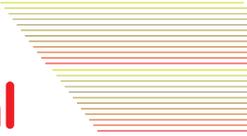


Mondialisation des soins et tourisme médical



Mondialisation des soins et tourisme médical

Etude pour l'Institut Montparnasse



Aïssa KHELIFA

Consultant spécialisé

Enseignant en économie de la santé

Sommaire

Avant-propos	5
Etude	7
Introduction	9
1. Quelques éléments théoriques.....	13
1.1. La santé comme service ou comme marchandise ?	13
1.2. La mondialisation des soins sous l'effet conjugué de la globalisation, des évolutions technologiques, et de l'essor économique	15
1.2.1. L'industrie pharmaceutique et du dispositif médical	15
1.2.2. Mobilité des acteurs et Essor économique : le « Brain Drain »	16
1.2.3. Mobilité des acteurs et Essor économique : le Tourisme	19
1.2.4. Internet.....	19
1.2.5. L'évolution des technologies médicales	21
1.3. L'évolution de la réglementation	22
1.3.1. Le cas Wellpoint	22
1.3.2. La directive sur les soins transfrontaliers en Europe.....	24
2. Les motivations liées au tourisme médical	29
2.1. L'impossibilité d'accéder aux soins dans son propre pays	29
2.2. La possibilité d'accéder à des protocoles de recherche (dans le cas de traitement non approuvés).....	30
2.3. Un doute sur la qualité des soins dans son propre pays	31
2.4. Les délais d'attente pour accéder aux soins dans son propre pays	32
2.5. Une présence familiale dans le pays des soins	32
2.6. Le coût des soins dans son propre pays	33
2.7. Comparaison de prix de prise en charge.....	35
3. Le contexte mondial	37
3.1. Le débat sur les chiffres.....	37
3.1.1. L'étude TRAM.....	37
3.1.2. L'étude Deloitte et son actualisation	38
3.1.3. L'étude Mc Kinsey	40
3.1.4. Les autres études.....	42
3.1.5. Une convergence sur la croissance du marché	43
3.2. Les stratégies des états	44
3.3. Les stratégies des offreurs.....	47
4. Typologie de la demande.....	51
4.1. Une segmentation du marché par pathologies.....	52
4.1.1. Le demande « de confort ».....	52
4.1.2. Développement d'activités aigües	53
4.1.3. Développement d'activités « lourdes » chroniques	53

4.2. Une segmentation du marché par type de demandeurs	54
4.2.1. La demande transfrontalière	54
4.2.2. La demande du 1/3 monde	55
4.2.3. La demande d'élites économiques, politiques ou autres	55
4.2.4. La demande de « masse »	56
5. Les acteurs clés de la reconnaissance internationale	57
5.1. La Joint Commission International	57
5.1.1. Présentation synthétique	57
5.1.2. Le label JCI	60
5.2. La stratégie des hôpitaux nord-américains	62
5.2.1. Les différents types de partenariat	62
6. Le « marché » du tourisme médical en mutation	65
6.1. Les demandeurs « institutionnels »	66
6.1.1. Les assurances privées	66
6.1.2. Les entreprises multinationales	67
6.1.3. Les états	67
6.2. Les intermédiaires et le marché gris	68
6.2.1. La faiblesse des sociétés savantes historiques	68
6.2.2. La place de la Medical Tourism Association	68
7. La santé comme enjeu économique	71
7.1. Le tourisme médical comme facteur de développement économique	71
7.2. Questions ouvertes sur les bénéficiaires	72
8. Le contexte sanitaire	75
8.1. Les risques sanitaires	75
8.1.1. L'exemple le plus célèbre : l'enzyme NDM-1	75
8.1.2. Les autres cas	76
8.2. Prise en charge des suites médicales	77
8.2.1. Données médicales ou anecdotes	77
8.2.2. Les réticences des organisations professionnelles	79
8.2.3. Les offres de services des fournisseurs	81
8.2.4. Les offres des assureurs	83
9. La place de la France dans le débat	85
9.1. Quels besoins non couverts pour les patients français ?	85
9.2. Quelle place pour l'assurance complémentaire ?	87
9.2.1. Informer et orienter les assurés	87
9.2.2. Sécuriser les offres	88
9.2.3. Garantir les prestations	89
9.3. Quelle offre de services potentielle ?	90
9.3.1. Des atouts insuffisamment mobilisés	90
9.3.2. Une absence d'orientation stratégique forte	92
Conclusions	101
Remerciements	103
Bibliographie	105

Avant-propos

Soins sans frontières

L'Institut Montparnasse veut inscrire la santé et la Sécurité sociale dans la modernité du XX^{ème} siècle commençant. La modernité c'est celle de la fertilisation croisée au plan mondial de la recherche et du progrès thérapeutique, celle aussi de la mobilité internationale croissante des personnes, patients et professionnels. Nous avons demandé à Aïssa Khelifa de faire le point sur « la mondialisation des soins ».

L'étude qu'il nous livre n'est, dit-il, « ni plaidoyer, ni rejet » mais « le constat d'un monde qui bouge ». Une mondialisation des soins dans laquelle « la France dispose de nombreux atouts », « un positionnement concurrentiel « tant en matière de coûts hospitaliers que de qualité générale. L'accessibilité de l'hôpital comme le niveau de prise en charge par l'Assurance maladie ne motivent pas en France l'expatriation sanitaire. Les soins peu remboursés (dentaire notamment) et les dépassements d'honoraires (chirurgie) peuvent pourtant y inciter. Car, accédant désormais à la mondialisation des informations électroniques (vigilance cependant !), l'individu est tenté de s'affranchir des systèmes nationaux pour revendiquer un « libre choix mondialisé ». Un marché se structure pour l'y inviter. Mais la santé ne supporte pas le « tourisme ».

On a longtemps mesuré le progrès à l'amélioration de la connaissance et des conditions économiques et sociales. Y substituerait-on désormais l'accès sans limite ni frontière à la consommation, le droit primordial et la liberté totale du consommateur ? L'interrogation vaut notamment pour l'accès aux soins.

L'affranchissement des cadres collectifs et des systèmes nationaux est une « tendance émergente ». Hier le mobile du recours aux soins hors frontières était la détresse morale de la maternité non désirée, l'espérance ultime en des traitements vitaux non reconnus sur le territoire ; aujourd'hui s'y ajoutent le contournement de réglementations restrictives, le recours à l'achat « en ligne », les actes chirurgicaux moins coûteux ou plus accommodants à l'étranger. La revendication individuelle ignore l'encadrement éthique, le dispositif de santé publique. Soins sans frontières géographiques, soins sans frontières éthiques ?

La santé est-elle service ou marchandise ? C'est l'interrogation première de l'étude d'Aïssa Khelifa. Relève-t-elle de l'organisation mondiale du commerce et des services

ou bien son impact humain et social légitime-t-il la réglementation de santé publique et l'encadrement éthique national et international ? Pour la France la réponse est claire, nette. Pour la grande majorité des français également. Mais la revendication individualiste gagne du terrain.

S'agissant de la prise en charge hospitalière la qualité et l'accessibilité des structures de soins, le niveau de remboursement socialisé, satisfont grandement la demande et le besoin. La France serait plutôt en situation de répondre davantage à une demande mondialisée. L'esprit de service public prévaut dans les stratégies publiques hospitalières. Pour autant, l'activité pourrait-elle accueillir, à coût marginal, davantage de patients internationaux ? L'étude ici publiée plaide en ce sens. La France a déjà un rayonnement mondial par sa recherche fondamentale (de nombreux Prix Nobel de médecine), par ses grands hôpitaux publics, par son industrie pharmaceutique, mais aussi par son excellence médicale humanitaire. Doit-elle ignorer la construction d'une mondialisation des soins encore émergente ? N'est-ce l'affaire que d'initiatives individuelles et dispersées ? Une stratégie coordonnée et anticipatrice n'est-elle pas devenue nécessaire ?

Nous répugnons à l'idée même d'un marché mondialisé des soins. A l'instar d'une Bourse mondiale des soins et des soignants. Tout premièrement parce que la plus value des actes de soins est humaine et sociale avant toute traduction économique. Cette affirmation principielle est le fondement des systèmes solidaires collectifs inscrits dans la politique sociale des États et tenant en lisière les réponses assurantielles individuelles ou particularistes. La Sécurité sociale est ainsi un socle de droits et un creuset d'égalité. Elle a su intégrer dans son périmètre de prise en charge des situations de soins hors frontières. Elle sera sans aucun doute amenée à le faire davantage. Solidarité nationale et soins sans frontières peuvent, dans une certaine limite, se conjuguer. La mobilité des réglementations doit savoir accompagner la mobilité des situations et des personnes. Dans une logique et un cadre de solidarité collective.

Jean-Michel Laxalt

Président de l'Institut Montparnasse.

Etude

Aïssa KHELIFA

Consultant spécialisé

Enseignant en économie de la santé

Introduction

« Mondialisation des Soins et Tourisme Médical ». Nous avons volontairement choisi de lier à la problématique très sérieuse de la mondialisation des soins le terme « Tourisme médical », bien que celui porte chez nous une forte connotation péjorative.

L'expression gêne en France, alors qu'elle est largement utilisée dans l'univers anglo-saxon. L'OCDE a consacré des travaux extrêmement sérieux à cette problématique, comme la revue très riche réalisée en 2011 par Neil Lunt pour cet organisme.¹

Elle est même utilisée par des travaux très académiques comme par exemple l'article de Chee Heng Leng « *Medical Tourism in Malaysia: International Movement of HealthCare Consumers and the Commodification of Healthcare* »².

Nous avons en France une image doublement biaisée du tourisme médical.

Le premier biais réside dans cette spécificité française qu'est la coexistence d'une excellente couverture des soins hospitaliers, avec un faible ticket modérateur, et d'un accès particulièrement aisé à ceux-ci, tant en secteur public qu'en secteur privé.

Dans ce contexte, notre système de protection sociale ne laisse qu'une place limitée aux offreurs étrangers, essentiellement pour des activités non ou peu remboursées comme la chirurgie esthétique et l'implantologie.

Notre vision est également faussée par la perception franco-française de la grande qualité de notre système de santé, dont nous nous sommes convaincu durant des décennies qu'il était le meilleur au monde. A partir de là, il est « naturel » de ne pas aller chercher à l'étranger ce que notre pays nous propose en mieux. D'ailleurs, la venue de patients d'Europe de l'Est ou du 1/3 monde dans nos hôpitaux démontre, si besoin était, que nous sommes « spontanément attractifs ».

Ces biais nous empêchent de percevoir un réel mouvement de fond, transformant de manière radicale l'approche historique d'un patient en asymétrie d'information. La mue du patient en un consommateur de soins est le moteur du tourisme médical, qui génère un marché un marché de plusieurs milliards de dollars, sur lequel notre pays ne s'est jamais véritablement positionné de manière stratégique.

L'objectif de cet ouvrage est de faire un point détaillé sur ce sujet. Il s'agit d'un travail difficile tant nous parlons d'une zone grise : il existe en effet peu de données validées

1 Lunt (2001)

2 Chee Heng Lee (2007)

sur les volumes, la qualité, les problèmes éventuels et, bien entendu sur les prix effectifs. Les études disponibles sont fragmentaires et parfois contradictoires.

La définition même du tourisme médical est elle-même équivoque. On y trouve l'idée d'une planification de soins à l'étranger, mais les dimensions médicales, économiques et touristiques sont traitées de manière différentes selon les auteurs.

L'étude Deloitte de 2009 « *Medical Tourism - Consumers in Search of Value* »³ retient une définition très large : le processus de quitter « la maison » pour des traitements et des soins à l'étranger (ou ailleurs aux Etats-Unis).

Ce dernier point est également noté par Berhmann et Smith⁴, dans un excellent article canadien de synthèse, où figure une partie sur le « *forgotten tourist* », le « touriste oublié » qui voyage à l'intérieur de ses frontières pour se faire soigner.

Lunt⁵ retient également une définition large : « *on parle de tourisme médical lorsque des consommateurs choisissent de traverser des frontières internationales dans l'intention de recevoir un traitement médical sous une forme ou sous une autre, lequel peut relever de toutes les spécialités médicales, mais concerne le plus souvent la dentisterie, la chirurgie esthétique, la chirurgie non vitale et l'assistance à la procréation* ».

Il distingue cependant le tourisme médical (*Medical Tourism*) du tourisme de Santé, en excluant par exemple la chirurgie esthétique alors que la chirurgie reconstructrice est prise en compte.

Il propose un modèle permettant de distinguer le tourisme médical du tourisme de santé selon trois critères : la nature de l'intervention, le lieu de l'intervention (hôpital vs site non-médical) et les moyens (Médicaments et dispositifs médicaux vs autres moyens).

Mc Kinsey⁶ adopte une définition plus restrictive : les « voyageurs médicaux » ont un « objectif premier et explicite de voyager dans un pays étranger pour recevoir des soins médicaux ». Sont exclus de la définition les soins de bien-être et d'acupuncture.

D'autres auteurs mettent en avant des considérations économiques, notamment le fait que le patient paye de lui-même les frais (« *out-of-pocket expenses* ») ou que le soin pèse plus lourd que le voyage. Ces deux approches ne nous semblent pas convaincantes, pour deux raisons : l'apparition de tiers financeurs dans le tourisme médical, comme certains assureurs américains ou certains états d'une part, et l'incapacité à distinguer

3 Keckley (2009)

4 Berhmann et Smith (2010)

5 Lunt (2011)

6 Ehrbeck (2008)

INTRODUCTION

et à quantifier convenablement ce qui concerne le soin et le séjour.

De plus, les problèmes liés à cette activité largement dérégulée sont souvent occultés. Le tourisme médical est un secteur où agissent de très nombreux intermédiaires et au sein duquel les agences de régulation nationales ne pèsent pas beaucoup, voire pas du tout.

L'activité de tourisme médical peut également parfois masquer de sérieuses entorses à l'éthique médicale, tels que des trafics d'organes ou la réalisation d'activités jugées illégales ou non éthiques dans les pays d'origine.

Nous avons tenté de présenter ce thème d'une manière intelligible pour le grand public, sans emphase ou parti pris. Ni plaidoyer *pro domo*, ni rejet, nous avons voulu produire le constat d'un monde qui bouge et proposer quelques pistes de réflexion pour l'avenir.

La première partie (chapitres 1 et 2) portera sur quelques discussions théoriques autour de la santé comme marchandise, puis sur les motivations micro économiques et macro-économique du tourisme médical.

La deuxième partie (Chapitres 3 à 7) présentera les données dont nous disposons, la demande, les acteurs clés et le « marché » du tourisme médical.

Une troisième partie (Chapitres 7 et 8) discutera la thèse du tourisme médical comme facteur de développement économique et mettra en évidence les risques éventuellement liés à la généralisation du tourisme médical.

Enfin, la quatrième et dernière partie (Chapitre 9) traitera la problématique du tourisme médical pour notre pays, tant pour les offreurs de soins que pour les patients et leurs assureurs complémentaires.

1. Quelques éléments théoriques

1.1. La santé comme service ou comme marchandise ?

La santé est une activité atypique, où coexistent – parfois sur des activités de même nature - des services non marchands et des biens et services marchands.

Historiquement, le poids du secteur non-marchand est important. Aux Etats-Unis, pourtant connu comme le système de santé dans lequel le secteur marchand joue le plus grand rôle, plus de 50 % de l'activité de soins est réalisée par des structures sans but lucratif.

Même réalisée par des structures non marchandes, la santé coûte cependant de plus en plus cher car elle nécessite de forts investissements. Sa prise en charge est largement socialisée dans la plupart des pays développés, y compris aux Etats-Unis où CMS (*Center for Medicare and Medicaid Services*, qui regroupe donc *Medicare* pour les plus de 65 ans et *Medicaid* pour les plus pauvres) représente plus de 40 % des dépenses de santé.

Ce rôle central du payeur est renforcé par la nature même de l'activité médicale, qui peut conduire à imposer des règles fortes, difficilement compatibles avec celle d'un marché. Par exemple, la plupart des pays développés ont mis en place des systèmes de gestion d'attribution pour les greffes, afin d'éviter que des patients plus fortunés ne bénéficient de privilèges exorbitants tout comme d'un accès plus rapide aux greffons.

Les économistes de la santé ont longtemps considéré que ces régulations étaient de surcroît rendues nécessaires par l'existence d'une forte asymétrie de l'information entre le patient et les professionnels de santé.

Tous ces éléments plaident pour laisser le secteur de la santé en dehors d'une régulation principalement exercée par le marché.⁷

Or la problématique du tourisme médical est rigoureusement contradictoire avec ce modèle. Au cœur de cette problématique, se trouve un patient

7 Voir notamment les articles de deux chirurgiens humanistes, Vallancien (2006) et Meurette (2006)

nouveau devenu consommateur avisé de soins.

Le patient évalue les offres, tant sur le plan du prix que celui de la qualité. La plupart du temps, il paye la prestation de sa poche, sans être couvert par son assureur. L'information disponible par internet, les garanties apportées par telle ou telle institution, les références des établissements, sont autant de facteurs qui vont l'aider à déterminer son choix. Sa démarche est facilitée par une armée de courtiers spécialisés qui vont l'assister dans ses décisions, au prix quelquefois de conflits d'intérêt majeur.

Il n'est pas nécessaire de postuler que le patient dispose d'une information complète, cohérente et fiable pour admettre que le principe même de sortir du cadre historique de soins nationaux et d'avancer dans la démarche de sélection – sur un large marché – d'un opérateur de soins modifie en profondeur le statut d'agent économique du patient. Les stratégies d'acteurs en situation d'information imparfaite ou de rationnement ont été décrites depuis longtemps par la science économique.

La marchandisation de la santé est pourtant peu théorisée. A partir d'une réflexion centrée sur la Malaisie, Chee Heng Leng⁸ en propose cependant un cadre conceptuel relativement générique. Il considère que ce mouvement de transformation du consommateur est le terreau du tourisme médical, mais qu'il nécessite la « marchandisation » des services de soins *« afin de faciliter le processus de consommation »*.

Ce processus de marchandisation se reflète dans 3 caractéristiques qu'on retrouve sur le marché de la santé de Malaisie.

Tout d'abord, le recours au marketing comme une activité importante pour se procurer des « patients consommateurs ». *« En légitimant le marketing des services médicaux, on accepte implicitement que le soin est une marchandise qui doit être vendue dans un environnement compétitif »*.

La deuxième caractéristique est *« l'accent croissant porté sur la qualité, et afin de l'atteindre, l'usage de benchmarks et de standardisations avec des marqueurs internationalement reconnus »*. *« La quête de la qualité (...) est étroitement liée avec le processus de standardisation qui rend le produit plus uniforme et plus universellement compris »*.

La troisième caractéristique est la *« création de clients et de consommateurs. Les consommateurs se voient présenter une pléthore d'options – des listes d'hôpitaux,*

8 Chee Heng Lee (2007)

avec une information détaillée sur les technologies proposées et les traitements offerts et les spécialistes qui les assurent. Ces informations sont présentées au travers de sites web, de brochures et par des agents commerciaux».

On notera que ces caractéristiques ne sont pas spécifiques du Tourisme Médical et que le processus de « marchandisation » est, selon ces critères, largement et depuis longtemps engagé sur le marché nord-américain de la santé.

1.2. La mondialisation des soins sous l'effet conjugué de la globalisation, des évolutions technologiques, et de l'essor économique

Si le marché du tourisme médical s'appuie sur un consommateur de soins plus « proactif » que le patient « historique », c'est que celui-ci s'inscrit dans un mouvement de mondialisation de la santé et des soins.

1.2.1. L'industrie pharmaceutique et du dispositif médical

Les industries du médicament et du dispositif médical n'ont pas attendu les migrations de patients pour développer leur offre à l'échelle mondiale. Les entreprises se sont concentrées à l'échelle mondiale par une vague de fusions-acquisitions : selon le Centre d'Analyse Economique, en 2009, les quatre premiers opérateurs du secteur pharmaceutique détenaient 44 % des parts de marché, les huit premiers 64 % et les vingt premiers 95 %. Ces entreprises mondialisées embrassent tous les marchés.

L'impact de cette forme de mondialisation est majeur pour le tourisme médical : une offre disponible sur un marché important l'est très rapidement sur n'importe quel autre marché de la planète. C'est, de fait, une grande partie des barrières technologiques à l'entrée de concurrents internationaux qui tombent grâce à cette dynamique de mondialisation de l'offre.

Ainsi, la mondialisation de l'offre « accessoire » de soins⁹ entraîne *ipso facto* une mondialisation de l'offre « principale ». Les traitements disponibles en France ou aux Etats-Unis le sont rapidement partout ailleurs, en Inde, en Turquie ou en Thaïlande.

9 Par accessoire, nous entendons les médicaments et les dispositifs médicaux.

Or, le modèle économique de la santé repose à la fois sur des coûts fixes importants liés aux investissements nécessaires et à des coûts variables élevés en raison de la nature des compétences nécessaires dans ce qui demeure une industrie de main-d'œuvre qualifiée.

Si des pays peuvent en même temps amortir - par des volumes importants - des investissements conséquents et maîtriser les coûts variables grâce à un vivier de main-d'œuvre compétente mais moins onéreuse, ils ont la possibilité de développer une concurrence par les prix, comme nous le verrons dans le chapitre 2.

Encore faut-il – pour être attractives - que ces offres «*low-cost*» proposent un niveau de qualité acceptable.

1.2.2. Mobilité des acteurs et Essor économique : le «*Brain Drain*»

L'accélération de la mondialisation s'appuie aussi ce que les américains appellent the *Brain Drain* (l'Attraction des Cerveaux), et qui se transforme malheureusement chez nous en « fuite des cerveaux ».

Les Etats-Unis aspirent une partie des élites du monde, notamment dans le domaine des sciences et de la technologie. En 2011, sur les 4 millions d'étudiants que comptaient les États Unis, 800 000 étaient nés à l'étranger.

Ce phénomène est naturellement vrai aussi en médecine, même si ce secteur d'activité n'est pas la priorité des étudiants étrangers. Les étudiants en médecine ne représentent en effet que 4 % des étudiants étrangers inscrits dans les universités américaines.

Commerce et Management	21.8
Sciences de l'ingénieur	18.5
Mathématique et informatique	9.3
Sciences sociales	8.7
Physique et Sciences de la Vie	8.6
Histoire de l'Art et Arts Plastiques	5.5
Anglais intensif	5.1
Professions de santé	3.9
Education	2.2
Humanités - Lettres	2.1

QUELQUES ÉLÉMENTS THÉORIQUES

Agriculture	1.3
Autres champs d'études	10.1
Non déclarés	2.9

Sur les 750 000 médecins diplômés exerçant aux Etats-Unis, 188 000 sont d'origine étrangère dont 41 000 Indiens, 13 000 Philippins, mais seulement 5000 Chinois.

Selon Fitzhugh Mullan¹⁰, dans le *New England Journal of Medicine*, «*les étrangers diplômés en médecine constituait entre 23 et 28 % des médecins aux Etats-Unis, en Grande Bretagne, au Canada et en Australie. Les pays à faible revenu constituent entre 40 et 75 % de ces médecins étrangers. L'Inde, les Philippines et le Pakistan sont les sources principales d'étudiants étrangers.*

(...) Neuf des vingt pays avec le facteur d'émigration le plus fort sont en Afrique Sub-Saharienne et/ou aux Caraïbes.»

The *Institute of International Education* publie sur son site internet¹¹ des données plus précises sur l'origine des étudiants en médecine.

Inde	4 813
Canada	4 238
Corée du Sud	3 542
Chine	2 910
Arabie Saoudite	1 605
Nigéria	1 005
Népal	837
Vietnam	701
Japon	619
Mexique	514
Thaïlande	412
Brésil	370
Royaume-Uni	312
Hong-Kong	289
Malaisie	209
Indonésie	207

10 Mullan (2005),

11 www.iie.org

Vénézuela	201
Colombie	189
Allemagne	187
Iran	154
Russie	149
France	115
Taiwan	88
Turquie	84
Pakistan	2

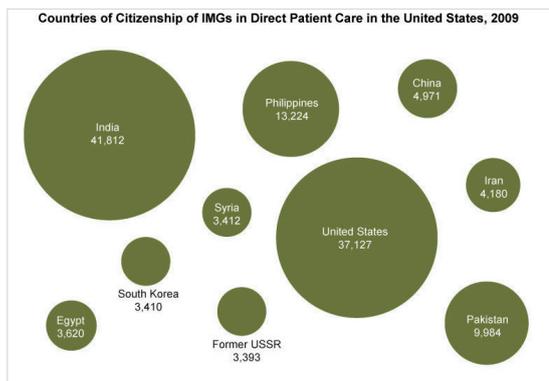
Il est cependant intéressant de bien noter que tous les praticiens formés aux Etats-Unis n'y demeurent pas pour travailler, puisque le « stock » de médecins chinois ou sud-coréens en exercice dans le pays est pratiquement équivalent au flux des étudiants en médecine de ces deux pays (selon les données de l'AMA).

Alors que plus de 3500 étudiants sud-coréens et près de 3000 chinois poursuivent des études de médecine, il y a avait en 2009 moins de 5000 praticiens chinois et de 3500 praticiens sud-coréens en exercice.

Cette tendance n'est pas à l'inverse du tout confirmée par les Indiens, dont le ratio entre le stock de praticiens installés et flux de médecins en formation est quasiment de 1 à 9.

Nous ne disposons pas de données plus détaillées, mais ces chiffres suggèrent que de nombreux étudiants repartent dans leur pays une fois dûment formés, alimentant une main d'œuvre qualifiée mais moins coûteuse que celle des pays développés.

12



12 Source: ECFMG database and 2009 American Medical Association Physician Masterfile

1.2.3. Mobilité des acteurs et Essor économique : le Tourisme

L'autre facteur lié à la mondialisation est le développement du tourisme, terme qui vient compléter l'idée de médecine.

Neil Lunt, dans le rapport de l'OCDE, l'exprime clairement : « Nous considérons que le concept de Tourisme Médical possède une valeur analytique. En tant que concept, il porte l'idée qu'à la fois la volonté de voyager et la volonté de se faire soigner sont deux processus au cœur du nouveau marché global du voyage médical¹³ ».

De 2000 à 2011, le tourisme mondial a augmenté de 50 %, générant 700 Milliards de dollars de recettes dans les pays d'accueil. En 2030, il devrait représenter 1,8 milliards de voyageurs, contre 1 Md en 2012, soit 43 millions de plus tous les ans.¹⁴

Le tourisme représente la première activité de services dans le monde, avec plus du tiers du marché mondial des services. La dépense moyenne par touriste est de 700 €, soit très loin de la dépense moyenne d'un séjour médical.

Le tourisme médical peut donc s'inscrire dans une relation duale avec le tourisme. Le développement de ce dernier facilite les déplacements à l'étranger et donc diminue les obstacles pour des soins à l'étranger. Il agit comme une vague porteuse sur laquelle le tourisme médical peut se développer.

En retour, la dépense d'un touriste médical est – par définition – très supérieure à celle d'un tourisme « normal », ce qui contribue à augmenter la dépense moyenne de manière très significative (cf. supra chapitre 2.2).

1.2.4. Internet

Le troisième grand vecteur est le développement de la technologie. L'élément le plus visible est bien entendu Internet et l'accès facilité à l'information.

Il ne fait aucun doute qu'Internet a facilité le développement du tourisme médical. Trois facteurs sont à considérer :

13 Lunt (2012)

14 Organisation Mondiale du Tourisme

La capacité des offreurs à présenter leur offre

Internet permet à partir d'une simple requête de connaître tous les offreurs potentiels. Ainsi la simple requête sur Google «*medical tourism mammoplasty*» fournit-elle instantanément 218 000 réponses.

Les onze premières réponses concernent neuf pays différents. La même recherche fournit 1 140 000 réponses avec «*medical tourism oncology*».

Certains sites regroupent plusieurs offres de différents pays.

Ainsi sur le site *www.health-tourism.com*, la requête «*oncology*» propose une quarantaine de réponses d'établissements hospitaliers de dix-sept pays différents. (Allemagne, Argentine, Autriche, Brésil, Costa Rica, Espagne, Grèce, Israël, Malaisie, Mexique, Panama, Philippines, Pologne, Royaume-Uni, Singapour, Thaïlande, Turquie).

Il est ensuite possible d'approfondir la requête par mots clés, comme par exemple «*brain tumor*».

La liste des hôpitaux prenant en charge les tumeurs cérébrales est présentée, avec celle des neurochirurgiens susceptibles d'intervenir, et pour chacun un CV détaillé. Il est aisé de demander des informations complémentaires à ces établissements, qui sont habitués à de telles requêtes.

Certains hôpitaux offrent également à travers leur propre site web des informations détaillées.

L'hôpital de la Croix Rouge Allemande à Berlin (*www.DRK-kliniken-Berlin.de*) présente ainsi ses activités pour les patients internationaux dans une version en anglais de son site. Il livre également la marche à suivre pour les patients, demandant notamment une lettre de leur médecin.

La capacité des demandeurs à échanger leur opinion au sein de sites communautaires

Cette démarche est directement dérivée de sites spécialisés dans le tourisme «généraliste» comme Expédia, Venere ou Tripadvisor qui présentent des avis de vrais clients. Ces avis sont considérés par les autres consommateurs comme plus fiables car ils sont censés être dénués de conflits d'intérêt.

Il en est de même en santé. Ainsi, le site *www.plasticsurgeryjourneys.com* permet – pour un abonnement de 35 \$ - de devenir membre premium et d'échanger sur ses expériences avec – selon les déclarations du site – plus de 10 000 autres patients.

Le développement du Web 2.0 et de ce que les anglo-saxons appellent « *patient empowerment* » (et qui traduit la responsabilisation, l'autonomisation, et la gestion par les patients eux-mêmes) leur permet d'échanger, d'évaluer et de commenter.

Cette dynamique est réelle au plan international, notamment pour les patients américains. Elle l'est également – dans une moindre mesure en France – où les fournisseurs de soins commencent à être évalués sur Internet.

La capacité des intermédiaires à organiser la prise en charge

Au cœur du modèle économique du tourisme médical se trouvent les intermédiaires.

Ceux-ci peuvent assurer la totalité de la prise en charge, depuis les contacts préparatoires, les évaluations préalables des patients, la sélection des offres, le voyage, la prise en charge médicale, l'hébergement et même dans certains cas, fournir les suites médicales de retour au pays.

Il n'existe cependant aucune accréditation de ces intermédiaires et seul le « bouche à oreille » électronique permet de se faire une opinion.

Internet joue ainsi pleinement son rôle de vaste place de marché entre acheteurs, vendeurs et courtiers en tourisme médical.

1.2.5. L'évolution des technologies médicales

Un élément sans doute déterminant dans le futur du tourisme médical est l'évolution des technologies et le mélange des Technologies de l'Information et de la Communication et de la robotique. La télémédecine offre déjà, dans des conditions de qualité équivalentes à des consultations physiques, la possibilité de téléconsultations et de télé diagnostics.

Ces outils facilitent dès aujourd'hui une qualification des patients à telle ou telle thérapie. La téléconsultation anesthésique est aujourd'hui largement utilisée dans la prise en charge des détenus pour éviter les extractions pénitentiaires.

Demain, la télémédecine permettra de préparer à distance la prise en charge du patient. Il n'est donc déjà plus nécessaire de se déplacer pour être pris en charge par un médecin étranger.

Il ne sera plus impératif de se déplacer pour se faire opérer. Le progrès des robots opératoires est spectaculaire et contribue à séparer un peu plus le patient de l'effecteur.

Dans des pays en développement, il sera demain tout à fait concevable que des établissements hospitaliers occidentaux élaborent des bases avancées, dotées de plateaux techniques diagnostiques et thérapeutiques, et qu'exercent en télé-médecine des médecins spécialisés en provenance de pays réputés.

L'évolution technologique joue donc un rôle dual : d'un côté les technologies de l'information et l'évolution des technologies médicales favorisent l'accès des patients à l'information et renforcent la compétition liée au tourisme médical.

De l'autre, elle permet à des établissements concurrencés par les prix de développer une réponse concurrentielle par le haut, fondée sur l'hyper-compétence.

Mais dans le même temps, la technologie coûte cher et renchérit le coût des soins dans les pays développés, notamment aux Etats-Unis, et cette hausse des prix unitaires renforce la concurrence par les prix des pays émergents.

1.3. L'évolution de la réglementation

Durant longtemps, le tourisme médical – ou tout au moins celui concernant les voyageurs des pays riches vers les pays émergents – a été le fait de patients supportant eux-mêmes le coût des soins.

Or nous assistons depuis quelques années sous l'effet des déréglementations commerciales et de la mondialisation à une modification en profondeur de ce modèle et à la fin, dans certains pays, du concept de « monopole local » lié au remboursement des soins, même si ce phénomène se déroulera sur un terme très long.

1.3.1. Le cas Wellpoint

Historiquement, l'assurance santé aux Etats-Unis ne couvre pas les soins à l'étranger. Medicare est d'ailleurs très clair sur son site Web : « *Medicare ne*

QUELQUES ÉLÉMENTS THÉORIQUES

*couvre pas les dépenses de santé quand vous êtes à l'extérieur des Etats-Unis*¹⁵.

Le CLEISS¹⁶ le dit tout aussi clairement à l'attention des visiteurs américains en France.

« Si vous êtes assuré du régime américain et si vous envisagez de venir en France dans le but de vous faire soigner ou au cours d'un arrêt de travail, les soins reçus en France ne seront pas remboursés par le régime français de sécurité sociale.

En effet, aucune disposition, ni dans l'accord franco-américain de sécurité sociale ni dans la législation française, ne permet la prise en charge des soins de santé d'un assuré du régime américain, quelle que soit sa nationalité, qui viendrait en France dans le but de se faire soigner ou au cours d'un arrêt de travail.

Vous devez prendre l'attache de l'organisme qui assure votre couverture maladie aux Etats-Unis afin de connaître les éventuelles modalités de prise en charge de vos soins en France.

A défaut de prise en charge par votre organisme assureur, les frais médicaux seront entièrement à votre charge. »

Cependant, CMS (Medicare et Medicaid) ne couvre pas et de loin tous les Américains. Une grande partie des bénéficiaires disposent de surcroît d'une couverture complémentaire couvrant les «trous» de Medicare. Par ailleurs, les actifs disposent majoritairement d'assurances collectives.

Au cours de l'année 2008, un assureur a ouvert une brèche considérable dans le principe de « territorialité » des garanties en proposant à un de ses clients en assurances collectives une prise en charge « globale » sur certaines procédures.

L'assureur a défini un plafond de prise en charge. Ce plafond génère un reste à charge important pour le patient si celui-ci est opéré dans un hôpital américain, dont les prix unitaires sont très élevés.

L'assureur propose en alternative dans son contrat une prise en charge à l'étranger. Patients, employeur et assureur s'y retrouvent :

- L'assureur bien entendu parce que le coût cumulé du séjour hospitalier et du voyage demeure significativement inférieur à celui d'une hospitalisation similaire dans un établissement américain,

15 www.medicare.gov

16 www.cleiss.fr

- le patient, car il est « sécurisé » par son assureur sur la qualité de sa prise en charge et qu'il voit son reste à charge diminuer considérablement,
- l'employeur qui voit baisser la prime d'assurance-santé.

L'étape suivante pour l'assureur a consisté à développer une stratégie de conventionnement sélectif des établissements étrangers pour faire baisser les prix unitaires en contrepartie de garanties de volumes.

Nous reviendrons en détail sur cette évolution dans le chapitre 6, suivie depuis par plusieurs assureurs.

L'évolution de la réglementation aux Etats-Unis et notamment la pérennité de l'*Obamacare* modifiera bien évidemment le marché.

1.3.2. La directive sur les soins transfrontaliers en Europe

Au sein de l'Union Européenne, l'éclatement du cadre national est venu de la directive dite « directive sur les soins transfrontaliers »¹⁷.

L'Europe avait résisté longuement à l'idée de s'engager dans une voie de dérégulation des structures nationales de santé, en laissant notamment la santé en dehors du champ de l'acte Unique.

C'est d'abord la jurisprudence de la Cour de Justice Européenne (CJE) qui a ouvert la voie, avec les arrêts Kohll et Decker de 1998. Ces décisions permettaient aux assurés sociaux de recevoir des soins ambulatoires dans un autre pays membre, sans accord préalable, et au retour d'être remboursés sur la base des tarifs de leur pays d'origine par leur organisme d'assurance-maladie.

Cependant, la CJE avait reconnu que l'autorisation préalable demeurait justifiée pour les soins hospitaliers.

Le second coup de boutoir est venu en 2006, avec l'arrêt contraignant le *National Health Service* anglais (NHS) à rembourser à une patiente une intervention pour prothèse de hanche que celle-ci avait fait réaliser en France, l'attente dans le NHS excédant un an.

A l'inverse, la CJE avait refusé la prise en charge de soins sur la base des prix

¹⁷ 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.

QUELQUES ÉLÉMENTS THÉORIQUES

pratiqués dans le pays de destination, rappelant à cette occasion que les frais doivent être pris en charge en fonction du niveau de couverture dans le pays d'affiliation.

L'adoption de la directive en mars 2011, après une longue résistance interne menée notamment par la Grande Bretagne et l'Espagne, n'a en fait que structurer et consolider les décisions successives de la CJE et les principes de libre circulation au sein de l'Union Européenne.

Sa transposition dans les droits nationaux doit être effective avant le 31 décembre 2013.

De manière synthétique, la directive sur les soins transfrontaliers permet à n'importe quel ressortissant d'un pays européen de bénéficier dans un autre pays membre des soins pour lesquels il a des droits ouverts dans son pays d'affiliation. Un patient ne peut ainsi pas bénéficier dans un autre pays de soins qui ne sont pas remboursés dans son propre pays.

La directive transfrontières impose le principe d'un remboursement sur la base de la tarification du pays d'affiliation et autorise le paiement par ce dernier de frais connexes comme les frais de transport ou d'hébergement dans le pays de traitement.

De manière assez novatrice, la directive inclue dans le cadre des soins transfrontaliers l'activité de télémédecine. Elle intègre également quelques garde-fous, notamment en excluant les transplantations d'organes du champ de la directive et en autorisant l'état d'affiliation à imposer sur certains actes une entente préalable.

Ces soins sont strictement définis comme suit :

Peuvent être soumis à autorisation préalable :

1. les soins soumis à planification et impliquant: (a) soit une nuit d'hôpital minimum, (b) soit le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux ;
2. les soins nécessitant des traitements exposant le patient ou la population à un risque particulier ;
3. Les soins dispensés par un prestataire de soins de santé suscitant des inquiétudes graves et spécifiques liées à la qualité ou sûreté des soins.

L'entente préalable peut être refusée dans les cas suivants :

- a) En cas de risque de sécurité pour le patient ;
- b) En cas de risque de sécurité pour le grand public ;
- c) Lorsqu'il existe des inquiétudes graves et spécifiques liées au respect par un prestataire des normes de qualité des soins et de sécurité des patients ;
- d) Si ces soins peuvent être dispensés sur son territoire dans un délai médicalement acceptable

De fait, il est relativement complexe pour un état d'affiliation de refuser la prise en charge, tant le concept de « délai médicalement acceptable » est discutable.

Il en résulte que des patients peuvent assez facilement migrer vers des établissements étrangers.

Or, dans une économie de coûts fixes comme l'est celle d'un hôpital, le coût marginal d'un patient est très inférieur au coût moyen. L'économie de l'hôpital est en fait assez proche de celle du transport aérien.

Les coûts fixes d'un hôpital sont tels que vide, il coûte environ 70 % de son coût en pleine capacité. Comme pour un avion, dont les coûts de vol sont peu dépendants du nombre de passagers (quelques repas supplémentaires et un peu plus de carburant), un hôpital fonctionne « à perte » jusqu'à un taux de remplissage des lits de 75 ou 80 % et passe en excédent ensuite.

Le coût marginal du séjour supplémentaire est donc très inférieur à sa facturation, alors que la recette marginale est égale à la recette moyenne.

Le fait de pouvoir augmenter son activité en accueillant des patients étrangers, même si les tarifs demeurent similaires ou peu supérieurs à ceux des nationaux, va donc conduire des établissements hospitaliers à rechercher ce type de patients étrangers pour accroître leur taux de remplissage.

La question s'est posée d'évoquer cette directive dans le cadre d'un rapport sur le tourisme médical. En effet, plusieurs auteurs excluent très clairement les soins transfrontaliers du champ du tourisme médical, sur deux critères : le financement y est socialisé et les soins transfrontaliers sont caractérisés *a priori* par l'absence de démarche touristique.

QUELQUES ÉLÉMENTS THÉORIQUES

Il nous semble au contraire légitime de prendre en compte cette dimension, en ce qu'elle entraîne une structuration de l'offre.

Ainsi les établissements américains se sont organisés pour prendre en charge des patients canadiens. Le Mexique cible de manière stratégique les minorités latino-américaines installées aux Etats-Unis.

Dans le même esprit, les hôpitaux belges se sont mobilisés pour offrir une alternative aux patients britanniques en attente au sein du NHS d'une prothèse de hanche.

Parce que d'une part elle génère une faille sans précédent dans le lien entre financement national et offre de soins nationale, et que d'autre part elle va pousser certains des acteurs les plus dynamiques à faire évoluer leur offre pour accueillir ce flux de patients nouveaux, il nous semble que la directive transfrontières trouve toute sa place dans la problématique du «tourisme médical».

Pour autant, un certain nombre de problèmes¹⁸ demeurent :

- Tout d'abord, la directive n'impose pas la dispense d'avance de frais. Elle peut donc induire un système à deux vitesses où l'argent servira de coupe-file pour ceux qui peuvent avancer les frais de séjour hospitalier.
- Ensuite, il n'existe pas au niveau européen de nomenclature commune des actes médicaux et des procédures hospitalières.

Le passage d'une facture d'un état membre à un autre état nécessite donc souvent un traitement manuel coûteux et peut s'avérer source d'erreurs et d'ambiguïté, ce d'autant plus que les législations sur l'accès aux données médicales des personnels administratifs chargés de traiter la facturation sont très disparates¹⁹.

- La directive ne permet pas d'identifier avec précision le partage des responsabilités entre les acteurs. Comment seront par exemple organisées les reprises de traitement dans le pays d'affiliation ? Qui en assurera le coût ?

A l'inverse, la Directive ouvre des perspectives remarquables en matière de coopération internationale, notamment dans le cadre des maladies rares. C'est particulièrement le cas en cas d'absence d'équipes de haut niveau dans le pays d'affiliation du patient.

¹⁸ Filhon (2012)

¹⁹ Les personnels administratifs des caisses d'assurance-maladie n'ont pas accès aux données médicales qui sont du ressort exclusif des médecins-conseils.

Selon François Faurisson, conseiller scientifique d'Eurodis (Association Européenne de patients pour les maladies rares), «construire une vraie Europe de la santé, en permettant à chaque patient d'avoir un libre accès à des consultations médicales d'un pays à l'autre, est une nécessité pour les maladies rares.

Aujourd'hui, certaines de ces pathologies touchent moins de 100 personnes dans toute l'Europe.

Pour un nombre aussi réduit de patients, il n'est pas possible que chaque pays se dote d'un centre d'expertise sur chaque maladie. Il est donc essentiel que les patients puissent circuler librement pour aller dans le pays où un spécialiste expérimenté sera capable de faire le bon diagnostic et le bon traitement »²⁰.

L'impact de la directive Transfrontières est encore difficile à évaluer.

Comme le notent Filhon et alli,²¹ « la mobilité des patients demeure à l'échelle de l'Europe un phénomène marginal.

La Commission européenne estime que les soins délivrés à des patients européens en dehors de leur État membre d'affiliation représentent 1 % de l'ensemble des dépenses publiques de santé, soit un peu moins de dix milliards d'euros par an et concernent 3 % à 4 % des citoyens de l'Union.

En France, la valeur totale des paiements recensés au titre des soins de santé programmés ou non, effectués à l'étranger (UE – Espace économique européen – Suisse), s'élevait en 2010 à un peu plus de 0,29 milliard d'euros. La majorité des patients préfèrent effectivement se faire soigner près de chez eux. Cependant, le phénomène monte en charge, principalement du fait de l'accroissement général des flux de personnes.

Ainsi, les paiements effectués par le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) ou reçus par celui-ci, au titre des prestations de santé, augmentent en moyenne de 10% par an depuis une dizaine d'années ».

20 Cf Aliouche Kerboua (2011)

21 Filhon (2012)

2. Les motivations liées au tourisme médical

Qu'est-ce qui pousse quelqu'un à choisir de se faire soigner à l'étranger? Le critère financier est bien entendu le premier qui vient à l'esprit, mais plusieurs autres critères déterminants ont été identifiés dans la littérature. Nous avons retenu 6 grandes catégories de facteurs.

2.1. L'impossibilité d'accéder aux soins dans son propre pays

Hors les aspects financiers, le plus évident motif est l'absence d'offre de soins dans son propre pays.

On pense immédiatement aux problèmes liés au développement économique, dans les pays du 1/3 monde. Il est vrai que de nombreux touristes médicaux se retrouvent dans les hôpitaux des pays développés, dans le cadre de protocoles d'accords internationaux sur leur prise en charge.

Cette impossibilité peut être ponctuelle ou permanente. Après la chute de Kadhafi, le gouvernement libyen a envoyé de nombreux combattants, blessés pendant les récents combats, se faire soigner en Europe, en particulier en France.

L'absence d'offre peut également intervenir dans des pays développés pour des facteurs religieux ou politiques. L'IVG est toujours officiellement interdite en Irlande et en Pologne et demeure restreinte après la 14^{ème} semaine d'aménorrhées en France, alors qu'elle est pratiquée jusqu'à la 24^{ème} semaine en Espagne.

Les cadres juridiques divergent également sur la Procréation Médicalement Assistée et surtout sur la Gestation pour Autrui.

L'absence d'offre peut être technologique. Les premiers *PetScan* pour des patients français étaient réalisés à l'étranger, en l'absence de toute offre pendant plusieurs années sur le territoire français.

De même, le *Gamma Knife*, utilisé en neurochirurgie, a-t-il nécessité plusieurs

années d'attente avant d'être implanté en secteur hospitalier à Marseille. Les patients français allaient se faire traiter à Barcelone.

Enfin, il peut exister des facteurs sociologiques, éthiques ou juridiques.

Pendant de nombreuses années, il n'existait pas de possibilité d'opération pour les transsexuels en France. L'assurance-maladie finançait au cas par cas des interventions en Belgique.

Certaines activités sont fortement réglementées : c'est le cas notamment des greffes où, au-delà de la liste d'attente qui peut aboutir à un décès faute de greffons (cf. supra), tous les patients ne sont pas éligibles. Or certains pays, comme par exemple les Philippines, ont sur la transplantation commerciale (l'achat de greffons) des politiques ouvertement permissives.

Berhmann et Smith²² citent le chiffre de 1200 \$ comme prix d'achat d'un organe sur donneur vivant dans certains pays.

On se souvient également que le NHS anglais avait il y a quelques années refusé la prise en charge d'anticancéreux de 3^{ème} et 4^{ème} lignes, au motif que leur ratio bénéfice / coût avait été jugé insuffisant par le NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*). Cette position avait généré un vif débat outre-Manche et les associations de patients avaient finalement eu le dernier mot et obtenu le remboursement de ces chimiothérapies.

La mise en œuvre restrictive de thérapies géniques peut aussi constituer une motivation pour aller chercher ailleurs des solutions thérapeutiques innovantes.

L'impossibilité d'accéder aux soins dans son propre pays n'est donc pas nécessairement une problématique de pays pauvres ou de prix trop élevés dans les pays développés.

2.2. La possibilité d'accéder à des protocoles de recherche (dans le cas de traitement non approuvés)

La complexité croissante des protocoles de recherche, notamment en cancérologie, amène l'industrie pharmaceutique à sélectionner des sites disposant de larges bases de données sur les patients.

22 Berhmann (2012)

Le lancement d'une recherche sur un traitement nouveau peut être un facteur incitatif de migration internationale, certaines molécules prometteuses mais toujours en cours d'évaluation faisant l'objet d'une large publicité dès la phase d'expérimentation.

Berhmann et Smith²³ prennent l'exemple du traitement de la Sclérose en Plaques par dilatation des veines. Cette procédure n'est pas approuvée au Canada en l'absence de preuves suffisantes sur son efficacité. Sur la base d'articles de presse, elle a cependant attiré à l'étranger des dizaines de patients canadiens atteints de SEP, qui ont trouvé dans ces traitements quelques motifs d'espérer non une guérison mais une amélioration fonctionnelle.

On peut adjoindre à cette problématique celle de la médecine prédictive.

L'étude des protocoles de traitements et des réponses en fonction du patrimoine génétique du patient est un champ prometteur²⁴ mais dont la diffusion - particulièrement coûteuse et fortement contrainte sur un plan juridique - risque de générer de fortes inégalités entre les pays et les patients et des tentatives de participer à des protocoles de soins novateurs à l'étranger.

2.3. Un doute sur la qualité des soins dans son propre pays

Ceci intervient quand l'offre existe, mais qu'elle est de qualité discutable et / ou non évaluée.

C'est le cas de certains pays d'Europe de l'Est, dans lesquels les soins sont disponibles mais n'inspirent pas confiance à une fraction non négligeable de la population, qui a ainsi l'incitation (et les moyens) de se faire soigner à l'étranger, notamment en Allemagne.

23 Berhmann (2012)

24 Ewald (2012)

2.4. Les délais d'attente pour accéder aux soins dans son propre pays

L'une des solutions radicales pour gérer les dépenses de santé consiste à mettre en place un rationnement implicite au travers de délais d'attente importants.

Le cas le plus connu est celui du NHS Anglais où le recours au médecin spécialiste est particulièrement complexe et contrôlé par le médecin de famille et où les interventions sont gérées par des files d'attentes plus ou moins importantes.

Ce phénomène de files d'attente produit des demandes d'intervention en Europe, qui étaient historiquement déremboursées, mais qui peuvent être maintenant solvabilisées dans le cadre de la directive sur les soins transfrontaliers²⁵.

Ces délais d'attente peuvent aussi être liés à l'insuffisance de donneurs dans le cadre des transplantations. L'ensemble des pays développés gèrent des listes de patients en attente de donneurs compatibles. Certains receveurs peuvent ainsi attendre en vain des donneurs.

Le caractère moins rigoureux, voire parfois commercial, de la transplantation dans certains pays, permet de s'affranchir de ces listes d'attente pour des sommes qui paraissent dérisoires dans les pays occidentaux.

Par ailleurs, et sans aborder ces problèmes d'éthique médicale, certains pays, plus accidentogènes que les pays occidentaux par exemple, ont un flux de donneurs potentiels plus important que celui des receveurs potentiels nationaux, et il y est donc plus facile de trouver un greffon pour un étranger.

2.5. Une présence familiale dans le pays des soins

Le phénomène de diaspora est un élément important d'attraction jouant dans les deux sens.

Une partie de l'attractivité des Etats-Unis en matière médicale, au-delà du potentiel technologique important, est liée à la présence de fortes

25 Tous les sites spécialisés anglais se font un plaisir d'expliquer à leurs clients la marche à suivre.

communautés d'origine étrangère, très structurées.

Les familles peuvent ainsi accueillir des parents lointains venus se faire traiter sur le sol américain. C'est notamment le cas pour les patients sud-coréens.

En France, les liens familiaux favorisent la prise en charge de patients en provenance du tiers-monde dans le secteur hospitalier public.

A l'inverse, certaines communautés nord-américaines vont se faire soigner dans leur pays d'origine.

Le Mexique s'est organisé pour recevoir des patients latino-américains résidant aux Etats-Unis. L'existence de traditions familiales fortes et donc de prise en charge locale vient renforcer l'incitation économique significative.

En 1984, une étude déjà ancienne estimait ce mouvement Nord Sud des Etats-Unis vers le Mexique à 984 000 patients par an.

Lunt²⁶ cite aussi des études portant sur les relations bilatérales Royaume Uni – Inde en matière de tourisme médical, qui pourraient augmenter considérablement si le NHS acceptait pour certaines pathologies de contracter avec des fournisseurs indiens.

Dans ce cas, les économies résulteraient à la fois d'un coût moins élevé et d'une diminution des listes d'attente. Lunt considère que « *certaines sous-groupes, comme la diaspora Indienne, pourraient préférer rentrer « à la maison » pour se faire soigner* ».

2.6. Le coût des soins dans son propre pays

Le coût des soins est bien entendu un facteur déterminant dans la décision de se faire soigner à l'étranger.

Mc Kinsey²⁷, dans l'étude de 2008, considérait que le facteur prix représentait 32 % des facteurs de demande du tourisme médical.

Cette étude (cf Chapitre 3) mélangeait cependant deux flux à traiter selon nous de manière distincte :

26 Lunt (2012). L'auteur cite différentes études réalisées en Angleterre, notamment Chanda et al (2011) et plusieurs études de Smith et al (2010 et 2011) référencées en fin d'ouvrage.

27 Ehrbeck (2008)

- d'un côté des touristes médicaux américains quittant les Etats-Unis pour des questions de coût,
- de l'autre des patients internationaux venant aux Etats-Unis se faire soigner et pour lesquels la sensibilité au facteur prix était moindre.

Si l'on considère que le marché des touristes médicaux américains partant à l'étranger représente le principal moteur d'un tourisme médical de masse dans les années futures, il faut alors bien admettre que le facteur prix est le facteur déterminant.

L'élément clé pour le patient est bien évidemment non le coût total des soins mais son Reste à Charge (RAC).

Celui-ci peut être très important, même pour des patients assurés.

Le Reste à Charge pour une prothèse de hanche pour un assuré américain de Medicare (système public destiné aux plus de 65 ans) est au minimum de 4000 \$. Il peut être beaucoup plus important pour des patients couverts par des assurances privées qui combinent souvent des franchises, co-paiements ou tickets modérateurs importants avec des plafonds de garantie. Le plafond de garantie est souvent suffisant pour les soins aigus, mais peut s'avérer très pénalisant dans le cas de soins longs et coûteux²⁸.

Compte tenu des différentiels de prix importants entre les Etats-Unis et le reste monde, on estime généralement que le seuil de déclenchement d'une incitation financière en facteur du tourisme médical est de 5 000 \$, seuil très vite atteint pour les Américains.

Au Royaume Uni, Lunt²⁹ évalue l'écart de prix entre le NHS et l'Inde en y ajoutant le coût du vol du patient, celui d'un accompagnant et de l'hébergement sur place. Le prix économisé sur certaines procédures (pontage cardiaque ou prothèse de hanche) atteint 4000 £. Il faut cependant noter que le bénéfice est réalisé ici par le NHS, pas par les patients pour lesquels il est alors nécessaire de mettre en œuvre d'autres incitations (l'effet diaspora ou la liste d'attente par exemple).

Pollard³⁰, sur la base d'une étude sur 650 patients britanniques, évalue

28 On se souvient de l'acteur Christopher Reeves, interprète de Superman, qui avait fini tétraplégique à la suite d'un accident de cheval. L'importance des soins et surtout leur durée avaient contribué à atteindre le plafond des garanties de sa police. Cet épisode a conduit à un débat pour relever les plafonds réglementaires sur les soins de santé.

29 Lunt (2012)

30 Pollard (2009)

l'économie potentielle à 2000 £ par patient, soit environ 50 % du coût total qu'ils auraient supporté en se faisant soigner au Royaume Uni.

En France, où les prix unitaires sont bas comme on le verra, ce sont essentiellement les soins non ou peu remboursés par l'assurance-maladie qui posent un problème.

Il s'agit principalement de la chirurgie esthétique (hors chirurgie réparatrice) et des soins dentaires, notamment l'implantologie.

2.7. Comparaison de prix de prise en charge

Quelques éléments chiffrés permettent de mieux comprendre cette problématique tarifaire, qui est particulièrement marquée aux Etats-Unis.

L'écart de prix entre les Etats-Unis et les principaux pays émergents en matière de tourisme médical est tout simplement vertigineux.

Le tableau ci-dessous synthétise pour quelques pathologies le coût de traitement.

Comparaison de coûts sur plusieurs pathologies lourdes (2007)³¹

	USA	India	Thailand	Singapore	Costa Rica	Mexico	Korea
Heart Bypass	\$80,000- \$130,000	\$6,651 -\$9,300	\$11,000	\$16,500	\$24,000	\$22,000	\$34,150
Heart Valve Replacement	\$160,000	\$9,000 - \$9,000	\$10,000	\$12,500	\$15,000	\$18,000	\$29,500
Angioplasty	\$57,000	\$4,998 - 7,500	\$13,000	\$11,200	\$9,000	\$13,800	\$19,600
Hip Replacement	\$43,000	\$5,800 - 7,100	\$12,000	\$9,200	\$12,000	\$14,000	\$11,400
Hysterectomy	\$20,000	\$2,300 - \$6,000	\$4,500	\$6,000	\$4,000	\$6,000	\$12,700
Knee Replacement	\$40,000	\$6,200 -\$8,500	\$10,000	\$11,100	\$11,000	\$12,000	\$24,100
Spinal Fusion	\$62,000	\$4,500 - \$8,500	\$7,000	\$10,000	\$25,000	N/A	\$3,311

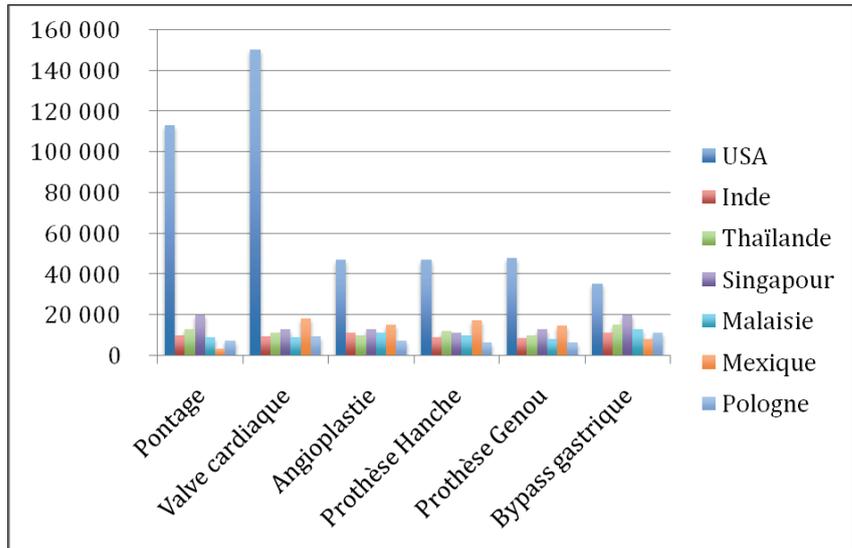
L'écart de prix est de 1 à 4 en moyenne, pour aller dans certains cas au-delà de 1 à 10. Ces écarts sont confirmés par plusieurs études récentes.

Le travail plus récent réalisé par Lunt³², et présenté ci-après, tout comme les estimations de l'auteur, convergent vers des données similaires.

31 Source: Medical Tourism Association Survey (données 2007)

32 Lunt (2012)

Comparaison internationale de coûts de traitements, 2011



3. Le contexte mondial

3.1. Le débat sur les chiffres

« Des données empiriques rigoureuses sur les voyages motivés par des soins sont limitées (...) Au global, il est clair que le plus gros de la discussion entre partisans et adversaires du tourisme médical est basé sur des preuves anecdotiques, des estimations et des projections discutables ou des hypothèses fondées sur des théories qui, bien qu'utiles au débat, manque de validations empiriques ».

Ce constat sans appel fait par Berhmann et Smith³³ cadre parfaitement le débat. Il existe entre les évaluations – tant en volume qu'en valeur – des écarts massifs.

3.1.1. L'étude TRAM

L'organisme d'études britannique *Tourism Research and Marketing (TRAM)* a publié en 2006³⁴ une estimation passionnante mais déroutante par l'ampleur des estimations.

Cet organisme spécialisé dans le marketing quantitatif du tourisme évaluait à l'époque le tourisme médical à hauteur de 19 millions de voyages pour un chiffre d'affaire de 20 milliards de\$. Ce chiffre semble discutable, et était probablement surévalué au regard des estimations disponibles par ailleurs.

Les autres principales conclusions de ce rapport étaient les suivantes :

- Un taux de croissance à 2 chiffres, avec une prévision de 40 millions de séjours en 2010, soit 4 % du volume mondial du tourisme.
- Une intervention des états.
- Un investissement croissant du secteur privé et le développement de joint-ventures.
- Un accroissement de l'offre, conduisant à une concurrence plus vive.

33 Berhmann (2012)

34 TRAM (2006)

- Un rôle plus important des fournisseurs dans le packaging et le marketing du tourisme médical.
- Le maintien de barrières réglementaires, notamment l'absence d'accords publics pour les soins à l'étranger et la couverture assurantielle.
- Des problèmes croissants d'éthique.

Au-delà des débats sur les chiffres, force est de constater que les tendances décrites dans ce rapport sont, sept ans après, bien présentes, à l'exception notable du maintien des barrières réglementaires qui ont considérablement évolué sous l'effet de la directive sur les soins transfrontaliers.

3.1.2. L'étude Deloitte et son actualisation

La principale étude sur la question a été publiée en 2009 par le cabinet de conseil Deloitte³⁵. Elle a fait l'objet d'une actualisation en 2011³⁶ car elle n'avait pas pris en compte dans sa version initiale l'impact de la forte récession de 2008-2009 aux Etats-Unis.

Cette étude soulève un certain nombre de questions sur les hypothèses quantitatives retenues.

En 2008, 3 % du panel annuel de Deloitte, composé de 4000 personnes, déclaraient avoir voyagé en 2007 à l'extérieur des Etats-Unis pour un traitement.

Deloitte extrapole ces données et considère donc qu'environ 750 000 Américains, soit 0,25 % de la population américaine, voyageraient chaque année à l'étranger pour se faire soigner.

On peut cependant noter que dans le panel 2009, le taux d'Américains s'étant fait soigner à l'étranger tombe à 1 %, soit 540 000 patients (alors que 1 % de la population américaine représente 3 millions de personnes). Le décalage entre les chiffres n'est pas expliqué. En revanche, Deloitte impute à la récession économique ce recul de plus de 30 %.

Bien qu'ayant révisé ses hypothèses à la baisse, Deloitte demeure fondamentalement très optimiste sur la croissance du marché.

35 Keckley (2009)

36 Keckley (2011)

LE CONTEXTE MONDIAL

Dans l'étude 2011, Deloitte estime que le marché américain du tourisme médical atteindra « *un niveau record de 1 621 000 patients en 2012* ». On peut cependant noter que la projection précédente, réalisée en 2008, aboutissait à 9,38 millions d'américains censés se faisant soigner à l'étranger en 2012.

L'enquête annuelle 2012, publiée en 2013, ne mentionne pas les données sur le tourisme médical.

Deloitte considère que le marché en valeur s'élevait à 2,1 Mds de \$ en 2007 et tendra vers 3,6 Mds de \$ en 2012 (après révision des données en 2010). Cette hypothèse se base sur un prix moyen pondéré de procédures à l'étranger de 1400 \$ en 2007, majorés annuellement de 3 % d'inflation.

Ce prix moyen pondéré semble anormalement bas au regard des données disponibles par ailleurs sur les traitements. Il semble donc que Deloitte majore les volumes réels mais on peut penser que les prix unitaires sont minorés.

Enfin, à partir des données américaines, Deloitte extrapole le marché mondial en considérant qu'il est 10 fois le marché américain, soit 18 Millions de patients en 2012. Ces chiffres sont inférieurs de moitié aux projections de l'étude TRAM de 2006.

L'étude de Deloitte est donc également à prendre avec prudence. En effet, on constate des écarts importants entre l'étude initiale et son actualisation. Par ailleurs, l'étude soulève quelques interrogations sur les incertitudes importantes relatives aux hypothèses retenues. Elle comporte cependant quelques tendances intéressantes.

Dans son panel, 9% des sondés indiquent être prêts à se faire opérer à l'étranger si le coût (en fait le Reste à Charge) est, pour eux, inférieur de 50 % ou plus au coût américain.

L'actualisation de l'étude montre également l'intérêt croissant des employeurs pour des solutions permettant de limiter la dérive des coûts d'assurance-santé de l'ordre de 8 %. Elle cite notamment quatre cas de souscription de contrats d'assurances collectives incluant des dispositions de tourisme médical.

3.1.3. L'étude Mc Kinsey

Mc Kinsey avait présenté en 2008³⁷ une étude aux orientations radicalement différentes.

A partir d'hypothèses beaucoup plus restrictives, Mc Kinsey estimait en 2008 le marché US du tourisme médical à un volume compris entre 65 et 80 000 patients, soit environ 10 % de l'estimation de base de Deloitte. Cependant, Mc Kinsey excluait de son analyse tous les patients ambulatoires, ainsi que les patients transfrontaliers.

Pour fonder son estimation, Mc Kinsey a travaillé à partir d'enquête sur une cinquantaine d'établissements accrédités par la Joint Commission International (JCI, cf supra, chapitre 7).

En revanche, comme l'indique le journaliste Ian Youngman³⁸ dans un article très critique sur ce travail, il y a des milliers d'établissements hospitaliers qui ne sont pas accrédités et qui accueillent des touristes médicaux.

L'exclusion des patients ambulatoires contribue à minorer les chiffres. Les données fragmentaires dont disposent Youngman sur les patients britanniques montrent qu'une vaste majorité d'entre eux subissent des interventions en chirurgie ambulatoire, ce qui est une tendance lourde des systèmes de santé indépendamment du tourisme médical.

Les données de Mc Kinsey sont incompatibles avec les chiffres indiqués par les autorités des pays d'accueil.

Selon Eximbank of India, l'Inde accueillait déjà en 2003 entre 97 et 200 000 touristes médicaux (Youngman cite le chiffre de 500 000 patients en 2006 mais cela comptabilise également les touristes en quête de bien-être et de médecine ayurvédique).

L'étude de Mc Kinsey constitue en quelque sorte le socle minimum du tourisme médical.

En allant encore une fois au-delà des querelles de chiffres, on peut noter quelques éléments intéressants dans l'étude.

Mc Kinsey s'interroge sur l'économie que pourrait représenter pour les Etats-Unis le développement du tourisme médical.

37 Ehrbeck (2008)

38 Youngman (2009)

LE CONTEXTE MONDIAL

Le cabinet considère qu'au maximum 20 % des admissions dans les hôpitaux US seraient éligibles au tourisme médical, les 80 % restants étant constitués de procédures à faible coût, de procédures urgentes ou non prévisibles et de procédures innovantes.

Mc Kinsey cherche alors à déterminer, en fonction des seuils d'écart entre le coût de la procédure aux Usa et le coût de la procédure et du transport dans les pays émergents, ce que serait l'impact maximum du tourisme médical pour l'économie américaine.

Le tableau ci-après est tiré de l'étude Mc Kinsey³⁹.

Il se lit comme suit: si l'économie minimale que doit dégager un voyage médical à l'étranger par rapport à une hospitalisation aux Etats-Unis est de 10 000 \$, alors le potentiel maximum est de 2 millions de cas.

Ces 2 millions de touristes médicaux représenteraient une économie de 33 Milliards de \$ pour les payeurs, dont la vaste majorité pour Medicare et Medicaid (65 %).

Seuil d'économies unitaires attendues	0 \$	5 000 \$	10 000 \$	20 000 \$
Nombre de touristes médicaux	8 000 000	3 000 000	2 000 000	360 000
Economie totale réalisable	51 mds \$	40 mds \$	33 mds \$	13 mds \$

On peut noter que « l'économie réalisée » est équivalente à une perte pour les fournisseurs de soins aux Etats-Unis⁴⁰. Elle est valorisée aux prix américains et ne correspond donc pas en revanche au « marché » du tourisme médical dans les pays d'accueil.

Dans l'hypothèse d'un ratio de prix de 1 à 5 entre les Etats-Unis et les pays émergents, le marché maximum représenté par les touristes médicaux américains est égal à 1/10 de l'économie réalisable, soit environ 6 milliards de dollars.

La démarche est intéressante, mais encore une fois, les données sont rigoureusement incompatibles avec celles de Deloitte. Mc Kinsey situe le séjour hospitalier moyen aux Etats-Unis à 23 000 \$, soit plus du double de

39 Erhbeck (2008)

40 Il serait intéressant de mesurer l'effet récessionniste qu'aurait une baisse brutale d'activité dans le secteur hospitalier américain.

l'estimation de Deloitte.

Enfin, le seuil attendu d'économies nécessaires pour justifier et déclencher un séjour médical à l'étranger est évalué à 10 000 \$ par Mc Kinsey. Ce montant nous semble réaliste, mais il est là aussi nettement au-dessus des hypothèses de Deloitte.

Par ailleurs, le coût du voyage (hors soins) est estimé à 7700 \$, soit plus de sept à 8 fois l'estimation faite par Lunt pour des patients anglais.

3.1.4. Les autres études

«*Treatment abroad*» est une compagnie britannique spécialisée dans le tourisme médical. Cette structure réalise de manière régulière des études assez solidement documentées.

*Treatment Abroad*⁴¹ évaluait en 2010 le nombre de patients anglais traités à l'étranger à 60 000, dont

- 43 % pour des soins dentaires
- 29 % pour des soins de chirurgie esthétique
- 28 % pour d'autres types de soins

La dépense moyenne est de 3000 £, soit environ 200 M€ pour la seule Grande Bretagne. Dans une étude plus récente, le montant moyen serait en hausse d'environ 20 %.

L'OCDE a mis en place les outils nécessaires à la qualification à travers les comptes nationaux du marché de tourisme médical. Le rapport final, de juin 2011, est intitulé «**Améliorer les estimations des exportations et importations de services et de biens de santé dans le cadre du Système des Comptes de la Santé**»⁴².

L'OCDE, comme tant d'autres, déplore «*le manque de données concrètes démontrant l'ampleur de la fourniture de services par-delà les frontières. En général, les données disponibles sont ponctuelles et fragmentaires. Cependant, l'entrée en vigueur d'accords relatifs aux déplacements à l'étranger et les effets de plus en plus importants qu'ils pourraient avoir sur les systèmes de santé nationaux*

41 Treatment Abroad (2010)

42 OCDE (2011)

ou régionaux rendent plus urgents la collecte de données comparatives et le suivi de l'évolution de la situation.»

L'OCDE indique que dans le cadre des mesures actuelles, les exportations et importations de biens et services demeurent faibles : «entre 0.0 et 1.0 % du total des dépenses de santé, bien que ces chiffres soient sans doute sous-estimés. Les échanges sont toutefois plus importants dans certains états membres de petite taille qui ont davantage besoin de se procurer des soins à l'étranger, en particulier certains traitements spécialisés »

Dans son Panorama 2011 des dépenses de santé⁴³, l'OCDE évoque pour le marché de l'OCDE le chiffre de 6 Milliards de \$, indiquant que celui-ci est probablement sous-estimé. Cette estimation ne tient pas compte de la plupart des pays asiatiques.

L'importation de services par les Etats-Unis (c'est à dire les touristes médicaux américains à l'étranger recensés par les statistiques nationales) ne représente que 0.04 % des dépenses totales de santé, soit 1 Mds de \$ environ en 2009.

L'exportation de services par ce même pays en fait le premier prestataire mondial avec 2,5 Milliards de dollars, même si cela ne représente que 0,11 % du total des dépenses de santé aux Etats-Unis.

3.1.5. Une convergence sur la croissance du marché.

Si les analyses divergent sur la masse totale du marché, en revanche elles sont convergentes sur sa croissance.

Le marché connaît une croissance tendancielle à 2 chiffres. En Europe, le tourisme médical recensé dans les comptes de la santé par la République Tchèque ou la Pologne connaît un taux croissance annuel moyen sur la période 2004 – 2009 de respectivement 27,8 et 41,9 %⁴⁴.

Concernant les Etats-Unis, les touristes médicaux vers ce pays augmentent annuellement de près de 7 %, alors que le marché des Américains partant se faire soigner à l'étranger augmente chaque année de près de 14 %.

L'organisation Mondiale du Commerce ne s'y est pas trompée.

43 OCDE (2011)

44 OCDE (2011)

C'est ainsi que l'OCDE ⁴⁵ peut écrire que le « *commerce des services de santé présente un plus grand intérêt pratique du point de vue des négociations commerciales et de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) négocié par l'Organisation mondiale du commerce.*

L'intérêt manifesté par de nombreux pays pour le développement des exportations de services de santé, sources potentielles de devises, a également créé la nécessité d'améliorer l'évaluation des niveaux et des tendances de ces activités. Les responsables de l'élaboration des politiques et les négociateurs commerciaux doivent disposer de données fiables pour mieux comprendre les facteurs en jeu dans la libéralisation des échanges et son impact sur la santé publique.

Ces données permettraient d'évaluer les courants d'échanges ainsi que l'ouverture des différents pays au commerce des services de santé. Elles permettraient surtout d'évaluer les risques et les possibilités associés aux engagements de libéralisation du secteur de la santé publique et, en conséquence, de concevoir des politiques appropriées afin de s'orienter vers des objectifs cohérents en matière de santé et de commerce.»

En résumé, on peut considérer que le marché du tourisme médical représente aujourd'hui entre 20 et 50 Mds \$, ce qui demeure modeste en comparaison des 850 Mds \$ que représente le marché pharmaceutique mondial.

En revanche, il possède un potentiel de croissance plus élevé que la totalité des autres marchés de biens et services médicaux.

Cette croissance est un jeu à somme non nulle. Compte tenu des différences de prix, les « pertes » sur le marché américain sont plus importantes que les « gains » sur les nouveaux marchés

3.2. Les stratégies des états

Certains états ont fait, depuis de longues années, du tourisme médical une stratégie de développement fondée sur une industrialisation de l'offre.

Selon Deloitte, plus de 35 états dans le monde généreraient chacun plus d'un milliard de dollars de recettes liées au tourisme médical. Même si ces données sont très probablement surestimées, elles indiquent une tendance lourde et sont un indicateur de la place donnée à cette activité dans certains pays.

45 OCDE (2011)

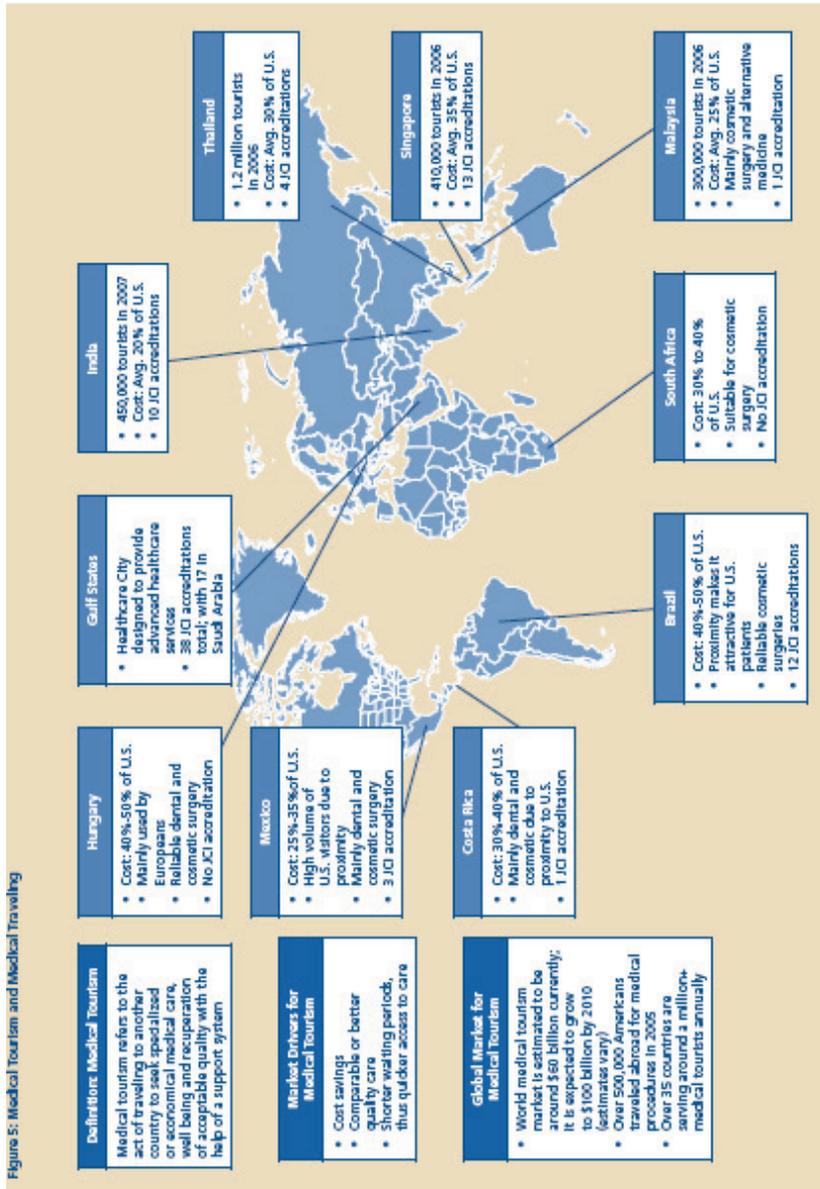
Cinq modèles principaux peuvent être trouvés :

- **Un modèle de type asiatique**, où l'offre est fortement soutenue par les pouvoirs publics, qui ont contribué – parfois au détriment de leur population locale – à l'avènement de grandes structures hospitalières. Une fois ces groupes créés, la stratégie internationale consiste souvent à rechercher des labels de qualité, que ce soit au travers de certifications nationales, de l'accréditation par la Joint Commission International ou de partenariats avec des grands établissements américains qui apportent leur savoir-faire en termes de processus de soins et de formation des équipes.

C'est ce modèle qu'on retrouve en Inde, en Malaisie, en Thaïlande et dans une moindre mesure en Corée du Sud.

- **Un modèle européen** où on va laisser des structures hospitalières se développer à l'international, sans en faire toutefois une priorité nationale. C'est principalement le cas de l'Allemagne, de la Belgique, du Royaume-Uni.
- **Un modèle sud-américain**, où des structures hospitalières vont chercher la clientèle nord-américaine dans des soins lourds (Mexique) ou dans le domaine de la médecine de confort (Brésil par exemple).
- **Un modèle est-européen**, qui va cibler une activité plutôt ambulatoire, notamment dans le domaine dentaire et le traitement de l'infertilité, et dans une moindre mesure la chirurgie bariatrique (chirurgie de l'obésité).
- Le dernier modèle se rattache partiellement au premier, puisqu'il suppose une intervention stratégique forte des états, mais il ne va pas viser un tourisme médical de masse mais une structuration de l'offre de soins en cluster autour d'activités de pointe. C'est le cas de Singapour et dans une moindre mesure des Emirats Arabes Unis.

Ce tableau⁴⁶ donne un aperçu sommaire de quelques grands acteurs dans le domaine du Tourisme médical.



LE CONTEXTE MONDIAL

Pour l'immense majorité, l'état a joué un rôle déterminant dans l'élaboration de l'offre.

Lunt en dresse un catalogue⁴⁷ dont nous nous sommes inspirés pour le tableau ci-après, qui recense, de manière partielle, les actions menées par un certain nombre de pays.

Quelques actions pour structurer l'offre

Pays	Actions
Thaïlande	- Promotion publique (congrès) - Publicité à l'étranger, - Soutien officiel et allègements fiscaux
Singapour	Création de plusieurs agences en partenariat public/privé : - Singapore Medecine pour promouvoir Singapour comme cluster pour la médecine de pointe. - International Entreprise Singapour (prise de participations à l'étranger) - Singapore Tourism Brand : marketing des services de santé
Inde	- Visa spécial pour touristes médicaux. - Allègements fiscaux. Attribution de terrain à prix réduit - Amortissement plus élevés.
Malaisie	- Création d'un comité national pour la promotion du tourisme médical. - Importants allègements fiscaux et incitations à l'accréditation
Pologne	- Création d'une chambre de commerce pour le tourisme médical. - Utilisation par le secteur privé des infrastructures publiques.

3.3. Les stratégies des offreurs

Dans tous les cas de figure, les offreurs de soins sont soumis à une triple concurrence :

- avec des structures comparables de leur propre pays,
- avec des établissements hospitaliers du pays d'origine du patient,
- et avec des concurrents d'autres pays développant une offre dans le tourisme médical.

Leur stratégie marketing va s'appuyer sur quelques éléments forts :

⁴⁷ Lunt (2012)

- Un site internet attractif et sécurisant: il faut par exemple permettre à un occidental de surmonter l'inquiétude naturelle d'aller se faire opérer en Inde.

La sécurité va passer par l'accumulation de références positives comme l'accréditation JCI et les partenariats hospitaliers. Le site est aussi l'occasion de présenter des statistiques plus ou moins complètes montrant leur niveau de performance et de donner des informations sur le coût des procédures.

Exemple de site internet visant la clientèle internationale⁴⁸

- Des réseaux de distribution: tous les groupes travaillent avec des intermédiaires de qualité variable.

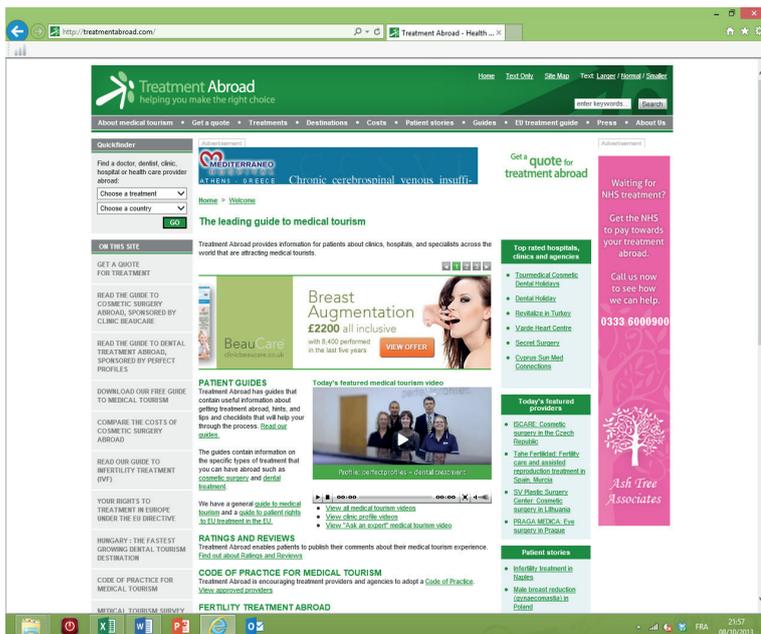
Ces courtiers en tourisme médical sont généralement bien implantés dans les pays développés et drainent les patients en organisant la filière de prise en charge. Ils sont généralement « multicartes » et proposent à

⁴⁸ Site du groupe indien Appolo www.appolohospitals.com

leurs clients un vaste choix de pays et d'établissements.

La qualité du référencement, le positionnement dans le site, les informations délivrées sont souvent déterminants.

Les sites des intermédiaires sont en règle générale très détaillés, avec une profusion d'informations médicales souvent invérifiables. Aucun d'entre eux n'est cependant labellisé HON⁴⁹.



Le site de « *Treatment abroad* »⁵⁰ ne fait pas exception à la règle, même si ses partenariats avec quelques structures universitaires rendent un peu atypique. Le site a lancé un « code de bonnes pratiques » et identifie ceux de ses partenaires qui y adhèrent.

- Certains acteurs vont s'adresser à des marchés ciblés. Les offreurs de soins dentaires hongrois ont par exemple choisi un positionnement plutôt haut de gamme et une stratégie de communication directe avec les patients français.

49 Le label HON (*Health On the Net*) « est un engagement moral pour divulguer les informations éditoriales. Il démontre la volonté d'un site à publier de l'information de santé utile, objective, et correcte ». www.hon.ch

50 www.treatmentabroad.com

Exemple de site hongrois destiné à des patients français

JNR SOINS DENTAIRES

Clinique dentaire Hongrie avec plus de 22 000 implants dentaires posés par nos dentistes

Offre spéciale 2013 !

Couronne dentaire - Hongrie : Baisse de prix : le prix de la couronne en Zirconne est à moins 20 %, aussi pour des couronnes à base d'implant dentaire ! (pour plus d'info, cliquez ici)

Blanchiment des dents à moitié prix ! (pour plus d'info, cliquez ici)

JNR Soins Dentaires, spécialisé dans les soins dentaires à l'étranger est votre partenaire, conseiller dans vos démarches pour trouver la clinique dentaire en Hongrie qui convient à vos attentes.

Vous êtes à la recherche d'une clinique dentaire qui est spécialisée dans l'implant dentaire en Hongrie ?

Plus de 22 000 implants dentaires posés par notre clinique dentaire en Hongrie !

C'est à notre **clinique dentaire** (Hongrie) partenaire que le prix de „Best of Budapest Health&Medical Service” a été décerné, la quatrième fois, pour la quatrième année consécutive. Le prix „Best of Budapest” a été créé, en 1993, par l'éditeur Budapest Week Publishing. Les titulaires du prix „Best of Budapest” sont choisis parmi les meilleures sociétés de prestations de service de Budapest qui, pendant des années, ont fait preuve de l'excellente qualité de leur travail dans leur domaine. Le prix de „Best of Budapest Health&Medical Service” est une garantie du service de qualité pour les patients désirant se faire soigner les dents à une clinique dentaire en Hongrie.

Pour un devis gratuit et personnalisé ou juste pour poser vos questions que ce soit pour un seul implant dentaire ou pour une réhabilitation complète, contactez-nous dès aujourd'hui au +36 70 455 33 42 ou par e-mail : info@jnr-soinsdentaires.com ! Renseignez vous sur nos prix d'implant dentaire !

Faites appel, gratuitement, à nos services d'accompagnement pour vos soins dentaires en Hongrie ! Sans frais de dossier, nous donnons suite à vos demandes le plus rapidement possible.

Pour avoir quelques exemples de soins réalisés sur des implants dentaires par notre clinique dentaire cliquez ici.

photos avant photos après

Accueil

Qui sommes-nous?

Nos prestations

Soins dentaires

Clinique dentaire

Tarifs

Partenaires - liens utiles

Votre voyage dentaire en Hongrie

Questions fréquentes

Contact

Témoignages

Devis

Actualités Promotions

Retrouvez-nous sur Facebook !

Actualité Promotions !

Bénéficiez de nos offres spéciales !

Témoignages - les patients approuvent

Contactez-nous avec Skype :

JNR-soinsdentaires

Contact

Appellez nous au 00 36 70 455 33 42

8+1 | 63

471

Teszk

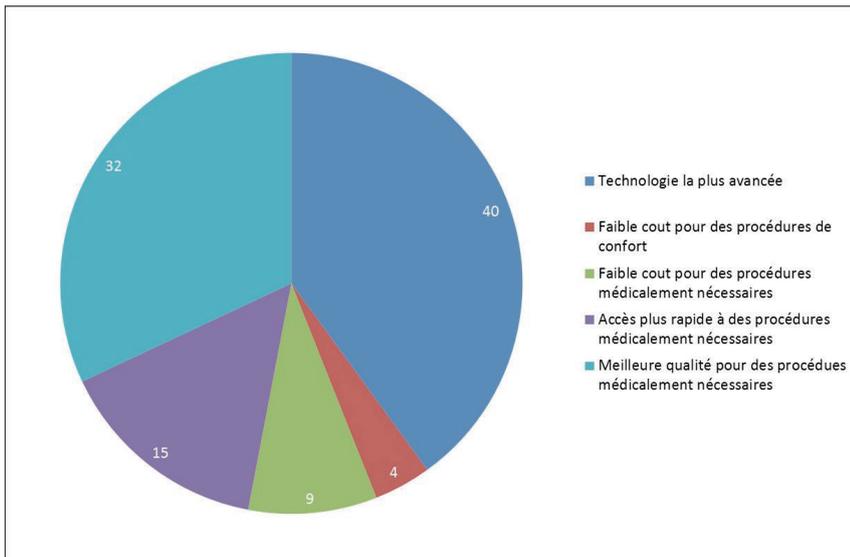
Une simple requête sur Internet permet d'en trouver plusieurs dizaines. Les sites hongrois disposent par ailleurs souvent d'un relais en France.

4. Typologie de la demande

Mc Kinsey, dans son étude de 2008, présente une typologie des facteurs de demande.

Sur la base d'un échantillon de 49980 patients, ils segmentent le marché comme suit, mais mélangent malheureusement des patients entrants aux Etats-Unis et des patients américains allant se faire soigner à l'étranger.

Motifs d'un voyage médical selon Mc Kinsey⁵¹



Le prix interviendrait donc très faiblement dans les facteurs de choix des patients, mais ces derniers sont essentiellement des patients entrant aux Etats-Unis.

Les 40 % de patients recherchant les technologies les plus avancées sont originaires d'Amérique Latine (38%), du Moyen Orient (35 %), d'Europe (16 %) et du Canada (7 %).

A l'inverse, parmi les 9 % de patients cherchant un moindre coût pour des procédures médicalement nécessaires, 99 % sont américains.

Ceci démontre, si cela était encore nécessaire, que le marché du Tourisme Médical ne peut être abordé de manière unique et qu'une segmentation fine du marché est nécessaire.

⁵¹ Ehrbeck (2008). Données retraitées par l'auteur.

4.1. Une segmentation du marché par pathologies

4.1.1. Le demande « de confort »

Treatment Abroad est un organisme spécialisé dans le tourisme médical sur le marché anglais. Il a publié en 2012 une étude⁵² portant sur plus de 1000 patients ayant accepté de répondre à un questionnaire.

Sur ces 1045 patients, 55 % étaient Anglais et présentaient donc des caractéristiques économiques plus proches des patients français que ne le seraient les patients américains⁵³.

42 % de ces patients étaient partis à l'étranger pour de la chirurgie esthétique, 32 % pour des soins dentaires, 9 % pour de la chirurgie de l'obésité, 4 % pour des traitements de l'infertilité, 4 % pour de l'orthopédie et les 9 % restants pour d'autres motifs.

La plupart y sont partis pour un couple prix / qualité, principalement en Europe. Les destinations les plus prisées étaient la Belgique (16 %), la Hongrie (15 %), la Pologne (10 %), la République Tchèque et la Turquie (9 %) et l'Espagne (7 %).

Une segmentation s'opère par nature de soins.

Pour les soins dentaires, la Hongrie arrive en tête avec 38 % des voyageurs, alors que la Belgique est le pays de choix de la chirurgie esthétique (18 %). La chirurgie de l'obésité se fait majoritairement en Belgique (50 %), et l'Espagne, Chypre et la République Tchèque sont spécialisées dans le traitement de l'infertilité.

Le coût est cité en premier par 83 % des patients. 71 % d'entre eux déclarent avoir économisé plus de 2000 £ et 12,7 % considèrent avoir économisé plus de 10 000 £.

Les patients dentaires citent aussi régulièrement la possibilité de combiner des soins et du tourisme. La durée moyenne du séjour sur place est de 16 jours, alors que la durée moyenne des soins est de 3 jours. L'expression

52 Treatment Abroad (2012)

53 En dépit de la différence des systèmes de santé entre la France et la Grande Bretagne, les deux systèmes présentent une couverture assez large sur les soins remboursés et laissent quasi-totalement déremboursée une fraction des soins. Les besoins sont donc relativement proches, notamment en chirurgie plastique et en soins dentaires. La principale différence est liée, sur certaines procédures, à l'ampleur des délais d'attente dans le NHS

« *tourisme médical* » trouve ici toute sa justification.

Ce segment évoqué par « *Treatment Abroad* » correspond au segment historique du tourisme médical, fait de soins relativement légers combinés à du tourisme.

4.1.2. Développement d'activités aiguës

Dans un deuxième temps, essentiellement en raison du marché américain et du coût des procédures, s'est développée une activité centrée autour d'activités « aiguës ».

C'est notamment le cas pour la chirurgie prothétique (hanche, genou), dont le temps d'hospitalisation aiguë est relativement court. C'est aussi le cas pour des interventions plus légères comme la chirurgie de la cataracte.

Nous ne disposons que de données extrêmement fragmentaires et particulièrement peu fiables sur ce segment de marché.

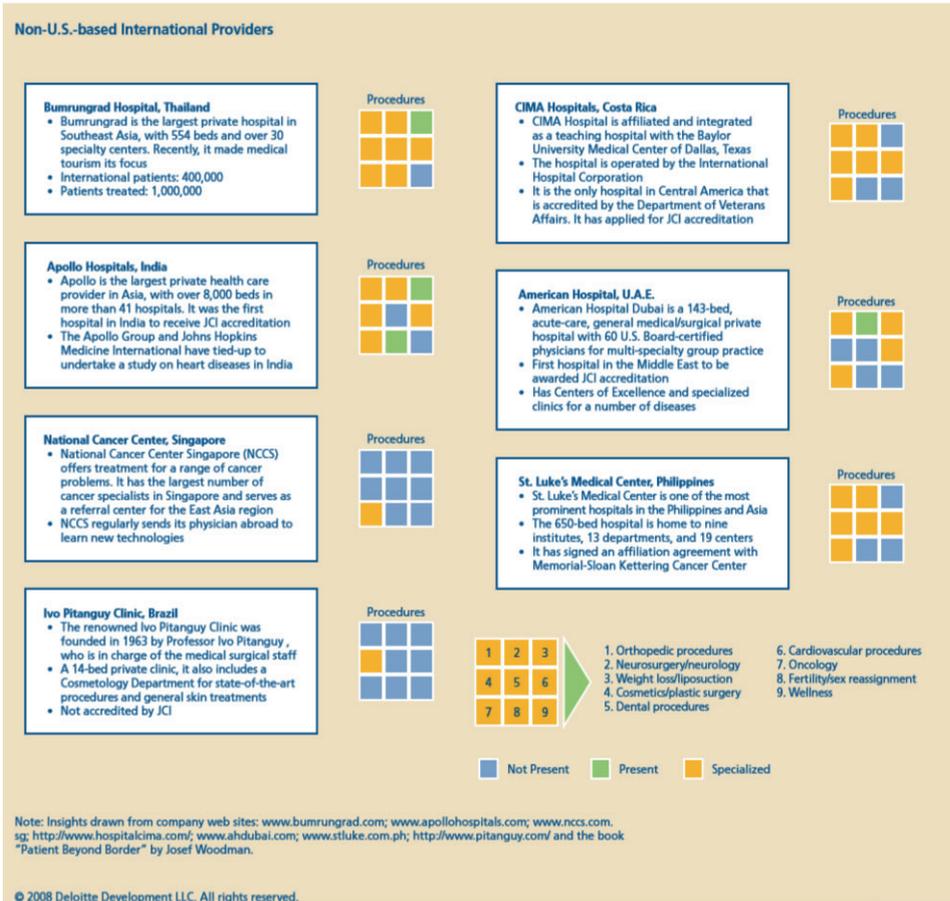
4.1.3. Développement d'activités « lourdes » chroniques

Un certain nombre d'établissements hospitaliers ont depuis plusieurs années développé une offre pour des patients lourds souffrant de pathologies en voie de chronicisation comme le cancer ou la chirurgie cardiaque.

Le coût de la prise en charge de ces pathologies, notamment des médicaments anticancéreux aux Etats-Unis, crée une dynamique pour ces établissements qui couvrent ainsi tout le spectre de la cancérologie (chimio, chirurgie, radiothérapie, nouvelles procédures et médecine prédictive).

C'est notamment le cas dans des clusters biomédicaux comme les Emirats et Singapour, où autour des structures hospitalières s'agglutinent des entreprises de matériels biomédicaux ou des laboratoires pharmaceutiques.

En chirurgie cardiaque, les volumes traités par certaines structures hospitalières indiennes ou thaïlandaises ainsi que la qualité de leur prise en charge en font des établissements de niveau mondial.



4.2. Une segmentation du marché par type de demandeurs

On peut tenter une segmentation du marché en fonction des profils de demandeurs. Nous avons retenu quatre segments, encore une fois pour partie superposables.

4.2.1. La demande transfrontalière

Nous avons déjà évoqué l'impact de l'activité transfrontalière. Son poids devrait – entre les Etats-Unis et le Canada, les Etats-Unis et le Mexique et à

l'intérieur de l'Union Européenne – croître de manière régulière et sensible.
Aux frontières de l'Europe, la Turquie s'est positionnée avec une offre de soins destinés aux résidents européens.

4.2.2. La demande du 1/3 monde

La deuxième catégorie de demandeurs correspond aux patients du 1/3 monde venant se faire soigner dans les pays développés.

Ces patients peuvent être financés par des protocoles internationaux, passant le plus souvent par les ambassades.

L'exemple de la Libye après la chute de Kadhafi est particulièrement intéressant. De nombreux combattants avaient été grièvement blessés. Le nouveau régime a contracté avec différents établissements dans plusieurs pays pour assurer la prise en charge de ces patients souvent d'origine modeste. Il s'agit alors d'un flux potentiellement important, mais pendant une durée limitée.

Cependant, le paiement des prestations n'est pas sécurisé par des accords internationaux et certains prestataires ont semble-t-il rencontré des difficultés à en obtenir le paiement.

Enfin, l'Aide Médicale d'Etat (AME), destinée aux résidents en situation irrégulière, est une autre façon d'assurer le financement de cette demande.

Cependant, les récentes modifications tarifaires sur l'AME⁵⁴ rendent l'hospitalisation de ces patients peu rentable sur le plan financier.

4.2.3. La demande d'élites économiques, politiques ou autres

Ce sont bien évidemment les cas les plus médiatiques du tourisme médical : la venue – plus ou moins discrète – d'un chef d'état, d'un sportif, d'une personnalité économique ou artistique dans une structure hospitalière pour s'y faire soigner.

Sur un plan stratégique, il s'agit d'une clientèle limitée, soumise à une forte concurrence, et largement dépendante d'une relation avec un médecin et non un établissement hospitalier.

Pour l'hôpital, il ne s'agit pas nécessairement de l'activité la plus rentable, car elle va mobiliser des ressources importantes pour une activité faiblement reproductible.

54 La facturation des séjours des patients en AME a été révisée en Août 2012 pour se rapprocher de la facturation « à l'activité » en vigueur pour les autres patients. Cette modification a engendré une baisse importante des recettes liées à ces séjours, de l'ordre de 25 à 30 %. (Cf: circulaire DSS/1A/DGOS/R5 no 2012-318 du 16 août 2012)

Il est difficile de la protocoliser, car la prise en charge va être gérée par les praticiens de manière individuelle, voire individualiste. C'est par exemple ce qui se passe aujourd'hui largement à l'AP-HP, où les patients « échappent » à l'institution.

4.2.4. La demande de « masse »

Le quatrième type de demande est probablement structurellement le plus intéressant. On voit émerger une demande plus massive, avec des prix unitaires certes moins élevés, mais l'opportunité de structurer des flux récurrents. Nous reviendrons en détail dans le chapitre 6 sur ce phénomène.

Il s'agit d'abord des patients américains, maintenant solvabilisés par leurs assureurs.

Mais on trouve également dans cette catégorie les salariés de grandes compagnies : par exemple, la *Koweït Oil Corporation* (KOC) contracte avec des établissements en Europe sur la base d'un rapport qualité / prix tout à fait attractif pour des établissements hospitaliers français, puisque les prix peuvent dépasser de plus du double le tarif d'un séjour hospitalier public correspondant.

Certains états ou structures étatiques contractent également pour une partie de leur population. C'est notamment le cas dans les pays du Golfe. Les programmes visent principalement les employés nationaux.

Certains assureurs européens, comme le Britannique Bupa ⁵⁵ qui revendique 14 millions d'assurés dans 190 pays, contractent dans toute l'Europe pour la fourniture de prestations d'hospitalisation.

On se retrouve donc avec quatre marchés différents :

D'un côté le marché des soins transfrontaliers et celui de soins de « masse » qui ont un potentiel de croissance important.

De l'autre, le marché des patients du 1/3 monde et celui des « élites » ont une croissance moins importante et des contraintes fortes en termes de rentabilité.

C'est pourtant aujourd'hui le positionnement principal de l'offre française en matière de tourisme médical, comme on le verra au chapitre 9.

55 www.bupa.com. Bupa est un assureur privé offrant des prestations alternatives au NHS.

5. Les acteurs clés de la reconnaissance internationale

Le marché du Tourisme Médical est organisé comme une place de marché.

Pour se donner de la visibilité et de la crédibilité, de nombreux acteurs vont chercher à obtenir un label visible et reconnu internationalement.

C'est ce que procure la *Joint Commission International (JCI)*⁵⁶ ou les partenariats avec des établissements hospitaliers.

5.1. La *Joint Commission International*

La *Joint Commission International*, qui est une structure sans but lucratif, est la division internationale de la *Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations*⁵⁷ (JCAHO).

Elle fournit des services d'accréditation fondés sur des référentiels américains.

Ce label est dans certains cas indispensable pour permettre aux patients d'obtenir une garantie (cf supra chapitre 8).

5.1.1. Présentation synthétique

L'accréditation peut porter sur différents programmes :

- l'hospitalisation (avec un programme spécifique pour les établissements hospitalo-universitaires),
- les soins ambulatoires,
- la biologie et l'anatomo-cytopathologie,
- les centres de soins primaires,

56 www.jointcommissioninternational.org

57 www.jointcommission.org (JCAHO - prononcer Djai-kho)

- les transports médicaux,
- les soins de longue durée,
- et le maintien à domicile.

La JCI a également développé des programmes (CCCP for Certification for *Clinical Care Programs*) portant sur des pathologies spécifiques pour des établissements déployant des prises en charge d'excellence.

- Infarctus du myocarde
- AVC primaire
- Néphropathie chronique
- Soins palliatifs
- HIV
- Gestion de la douleur
- Chirurgie prothétique
- BPCO
- Diabète
- Cancer
- Asthme
- Transplantation
- Traumas crânien
- Pathologies cardiaques.

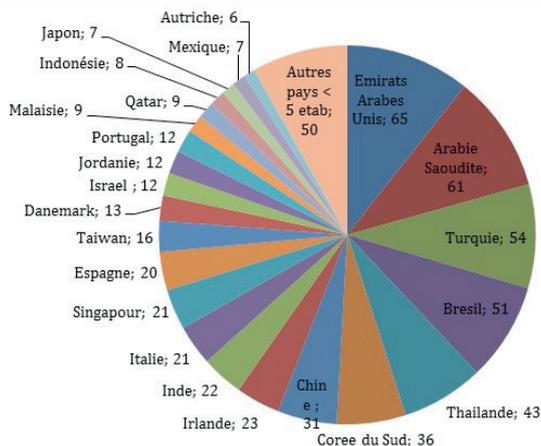
Depuis les premières accréditations en 1999, la JCI a développé une présence dans environ 90 pays, dont 57 ont actuellement des établissements accrédités.

Nous avons recensé, en septembre 2013, 614 établissements accrédités pour différents programmes, dont près de 300 pour la chirurgie.

LES ACTEURS CLÉS DE LA RECONNAISSANCE INTERNATIONALE

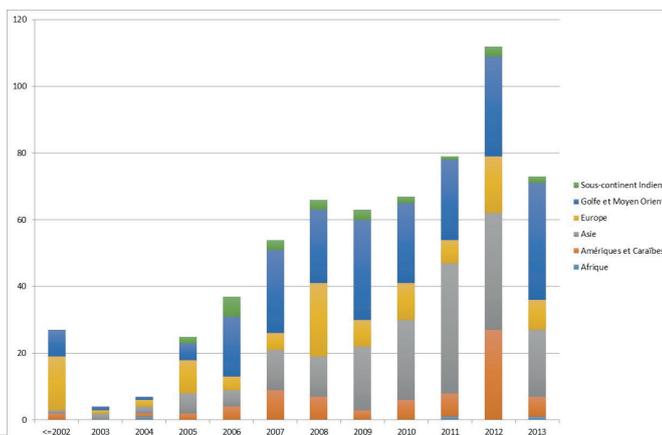
Nombre d'établissements accrédités par la JCI en 2013⁵⁸

Le tableau ci-après montre le développement par région des nouvelles structures accréditées.



L'année de référence retenue est l'année de première accréditation⁵⁹. On voit clairement l'accélération du marché à partir du milieu des années 2000 et l'intention stratégique des pays asiatiques de s'y positionner et d'aller concurrencer le marché des pays du Golfe.

Nombre d'établissements nouvellement accrédités par la JCI (2002-2013)

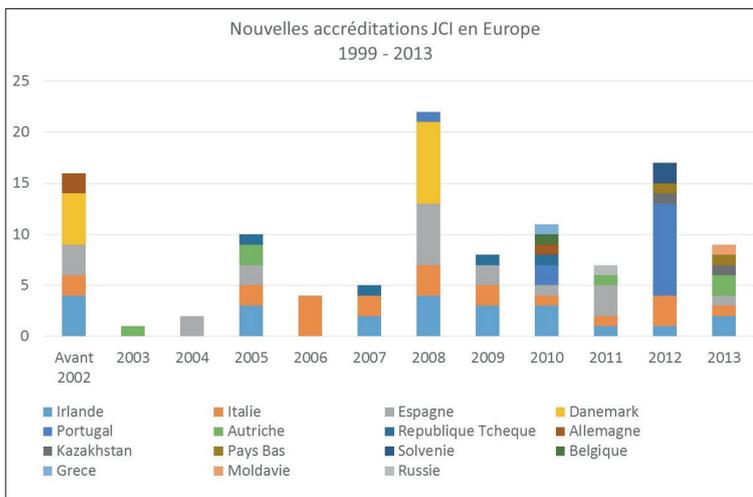


58 Source : site JCI, calculs effectués par l'auteur

59 Tous les établissements retenus ont renouvelé leur accréditation tous les 3 ans.

Le marché Européen est quant à lui atypique: un certain nombre de pays d'Europe de l'Est (Pologne, Hongrie, Roumanie), pourtant très présents sur le marché du tourisme médical, ont manifestement fait le choix de ne pas privilégier la démarche JCI.

Ceci peut s'expliquer par le fait que cette accréditation est largement répandue dans des pays plus développés, comme l'indique le tableau ci-après.



En Europe, l'accréditation JCI ne correspond donc probablement pas – pour les pays d'Europe de l'Est qui visent la clientèle européenne – à un bénéfice concurrentiel suffisant pour couvrir les coûts de cette démarche d'accréditation.

Le montant moyen facturé par la JCI en 2010 s'élevait à 46 000 \$, auxquels il faut ajouter les frais de déplacement et d'hébergement des experts-visiteurs, le prix des prestations d'accompagnement, et enfin le coût interne de mise en œuvre de la démarche.

5.1.2. Le label JCI

Dans son principe, l'accréditation par la JCI est très proche de celle de la Haute Autorité de Santé (HAS).

LES ACTEURS CLÉS DE LA RECONNAISSANCE INTERNATIONALE

Au départ, les établissements entament un processus d'auto-évaluation d'environ 2 ans, à partir d'une déclaration de candidature. Après cette auto-évaluation, les hôpitaux engagent la démarche d'amélioration.

La visite d'accréditation peut durer jusqu'à une semaine et mobiliser 6 experts.

Le label JCI est valide 3 ans. Les établissements qui obtiennent une première fois le label se retrouvent donc ensuite dans un processus permanent d'accréditation.

Les standards sont directement inspirés de ceux destinés aux établissements américains par JCAHO. Le manuel est divisé en deux parties majeures dont l'ordre est inversé par rapport à la certification HAS.

La première partie traite des standards centrés autour du patient et comporte 8 chapitres principaux :

- Les objectifs de sécurité du patient international
- Accès aux soins et Continuité des soins
- Droits du patient et de sa famille
- Evaluation des patients
- Soins aux patients
- Soins chirurgicaux et anesthésiques
- Gestion pharmaceutique.
- Education du patient et de sa famille.

La deuxième partie du label porte sur les standards de management

- Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Patients
- Prévention et Contrôle des Infections
- Gouvernance, Leadership et Direction
- Gestion des bâtiments et sécurité
- Qualifications et Formation des Equipes
- Gestion de la Communication et de l'Information

Fondamentalement, les labels JCI et HAS V 2010 couvrent les mêmes thématiques.

Rien ne s'opposerait donc à ce qu'un établissement déjà certifié sans réserve par l'HAS et soucieux d'un développement international se lance dans la certification JCI⁶⁰.

Il serait ainsi le premier établissement français⁶¹ à le faire.

5.2. La stratégie des hôpitaux nord-américains

Les grands établissements hospitaliers américains, qui sont majoritairement des fondations à but non lucratif, se sont dotés très tôt de structures de partenariat à destination des pays émergents. L'objectif avoué est bien entendu de sécuriser des collaborations ainsi que des flux de patients.

5.2.1. Les différents types de partenariat

Plusieurs types de partenariats sont susceptibles d'être mis en œuvre.

Manager / Conseiller: l'hôpital US apporte un savoir-faire opérationnel et assure la direction générale et quelques postes clés de l'administration hospitalière de l'hôpital partenaire. Cet apport de savoir-faire peut aussi être assuré par des prestations de conseils auprès des établissements concernés.

Soigner: un membre de l'équipe médicale US dirige l'activité médicale de l'établissement et en garantit la qualité. En revanche, les soins proprement dits sont assurés par l'équipe locale.

Le cas échéant, des téléconsultations sont mises en œuvre avec l'équipe médicale américaine. Les patients qui le nécessitent sont transférés aux États-Unis afin d'être pris en charge.

Former: les établissements américains forment de nombreux médecins étrangers, tissant ainsi des liens à long terme entre le corps médical et celui des établissements dans les pays émergents. Les facultés de médecine participent également à la certification des praticiens étrangers.

Le tableau ci-après donne une idée des différents services proposés par les principaux hôpitaux américains.

60 Cette démarche serait particulièrement adaptée à des établissements de taille moyenne, et fortement spécialisés comme par exemple le Centre Cardiologique du Nord.

61 L'Hôpital Américain de Paris, qui est accrédité, a passé avec succès la certification de JCAHO et non celle de la JCI, qui ne s'adresse qu'aux établissements non américains. C'est en effet un établissement de droit américain

LES ACTEURS CLÉS DE LA RECONNAISSANCE INTERNATIONALE

62

U.S. providers	B/T/C	HS	MS	Total
Cleveland Clinic		2		2
Cornell Medical School			1	1
Duke Medical School			1	1
Harvard Medical International	23			23
Johns Hopkins International	11	1		12
Memorial Sloan Kettering	9			9
University of Pittsburgh		3		3
Columbia University Medical School	3		1	4

BTC signifie *Branding / Training / Consulting* et recense les prestations de Labellisation/ Formation / Conseil.

MS signifie *Medical Schools* et recense les partenariats de formation initiale.

HS signifie *Hospital Services* et recouvre les prestations de soins proprement dites.

L'AP-HP s'est lancée, à une plus petite échelle, dans des partenariats de ce type avec le Brésil et le Liban.

Un rapport⁶³ de la Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des Soins du Ministère de la Santé en 2008 a traité ce sujet. Ce rapport porte sur « L'organisation et le financement des actions de coopération Internationale des hôpitaux dans le cadre de la tarification à l'activité ».

Le rapport cite 700 actions de coopérations réalisées par des hôpitaux français.

62 Source: Keckley (2009)

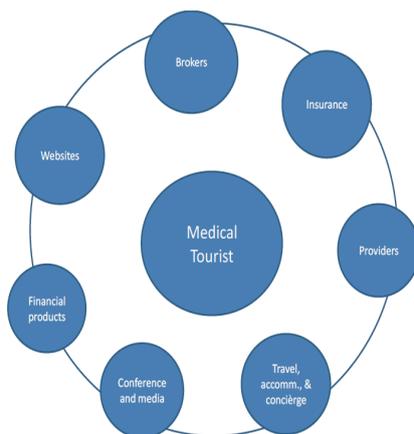
63 Mordelet (2008)

6. Le « marché » du tourisme médical en mutation

Le tourisme médical fonctionne comme une place de marché, avec ses demandeurs, ses offreurs, et ses intermédiaires. Contrairement à de nombreuses activités de santé, il est faiblement régulé et les autorités de contrôle sont relativement impuissantes. Son équilibre repose donc sur des mécanismes de marché plus traditionnels.

Le tableau ci-après, proposé par Lunt⁶⁴, représente la galaxie des acteurs impliqués dans le tourisme médical.

Figure 2: The Medical Tourism Industry



Il est donc nécessaire de les étudier. Nous ne reviendrons pas dans cette partie sur les patients-consommateurs, dont les motivations ont été largement décrites dans les parties précédentes, mais étudierons les autres acteurs de ce marché.

64 Lunt (2012)

6.1. Les demandeurs « institutionnels »

Il existe sur le marché du tourisme médical quelques acteurs institutionnels qui sont en train d'en changer l'allure générale, faisant passer ce marché de *BtoC (Business to Consumers)* à un marché de *BtoB (Business to Business)*.

6.1.1. Les assurances privées

Les premiers acteurs de cette mutation sont les assureurs. Ils ont été totalement absents de la première phase du marché, mais depuis la fin des années 2000, leur offre commence à se structurer.

S'appuyant sur le NAFTA (*North American Free Trade Agreement* ou Traité de Libre Echange Nord-Américain), Blue Cross Blue Shield (BCBS) of California avait dès 1999 introduit un dispositif de prise en charge des soins à l'étranger, pour permettre notamment à l'importante communauté latino-américaine de Californie de bénéficier de soins au Mexique.

Pour des raisons similaires, *United Group*, un assureur de Floride, avait également prévu un dispositif de soins en Amérique Latine.

Mais le vrai changement va venir de deux autres états: la Géorgie et le Wisconsin.

A Atlanta, *Blue Cross Blue Shield* a contracté avec une société spécialisée, *Companion Global Healthcare*, pour fournir des services de tourisme médical.

Companion Healthcare dispose de contrats avec des établissements en Europe (Allemagne, Espagne, Irlande et Turquie) et en Amérique Latine. Ce prestataire dispose également de la capacité d'assurer des soins de suite et la gestion de complications éventuelles à travers un réseau de professionnels de santé aux Etats-Unis.

C'est cependant de *Wellpoint*⁶⁵ que va venir le séisme. En 2008, Wellpoint annonce le lancement d'un pilote de tourisme médical international. A partir de janvier 2009, les 1200 salariés de la société Serigraph, une société d'impression de tissus située dans le Wisconsin, ont eu la possibilité de se faire soigner en Inde, dans des établissements accrédités par la JCI. Il s'agissait là du premier cas de contrat collectif spécifique à une entreprise. Plusieurs

⁶⁵ Wellpoint est l'un des plus gros assureurs privés américains, qui gère les prestations de nombreux plans de santé comme Blue Cross Blue Shield. Wellpoint est également connu pour avoir mené la bataille des assureurs contre la réforme de l'assurance-santé en 2009 et 2010.

assureurs américains ont emboîté le pas à Wellpoint depuis cette date.

A l'autre bout de la planète, l'assureur australien NIB, qui couvre 900 000 personnes, vient d'annoncer en octobre 2013 la mise en place d'une couverture « tourisme médical » destinée à permettre aux Australiens de se faire soigner en Asie à moindre coût⁶⁶. Elle assure les suites opératoires et les complications. La compagnie espère vendre dès la première année 1000 contrats, d'une valeur moyenne de 8000 \$, et anticipe un taux de croissance de 15 %.

En Europe, BUPA mène le mouvement. Il s'agit du plus vieil assureur santé Européen.

Créé en 1947, en alternative au NHS, il assure désormais 14 millions de personnes. BUPA a d'abord lancé des structures de soins entièrement privées en Grande-Bretagne, puis créé les premiers contrats permettant aux Britanniques de se faire soigner en Europe. Spécialisé dans les prestations de santé « multinationales », BUPA est un acheteur majeur sur le marché du tourisme médical.

Le renversement du marché est maintenant largement entamé. Historiquement fondé sur un marché de consommateurs individuels payant eux-mêmes leurs soins, il est en train de devenir petit à petit un marché d'assureurs. Cette nouvelle dimension renforce la massification du phénomène de tourisme médicale.

6.1.2. Les entreprises multinationales

Mais les assureurs ne sont pas les seuls acteurs collectifs de ce marché. Quelques entreprises multinationales achètent sur le marché des prestations d'hospitalisation soit en direct, soit au travers d'assureurs santé.

Il est particulièrement difficile d'estimer le marché réel généré par ces sociétés. Le congrès annuel de la *Medical Travel Association* (cf supra) reste l'endroit privilégié pour nouer des contacts commerciaux.

6.1.3. Les états

Dans la plupart des ambassades, notamment des pays d'Afrique et /ou du Golfe, il existe un conseiller santé chargé de négocier avec des structures

66 The Australian, 26 octobre 2013

hospitalières des modalités de prise en charge. De même, de nombreux ministères, notamment dans les pays pétroliers, gèrent également des contrats avec des hôpitaux.

Le travail d'identification de ces décideurs est souvent difficile, d'autant qu'une petite partie d'entre eux entretient parfois des relations privilégiées avec des intermédiaires / facilitateurs, selon des modalités peu compatibles avec la déontologie médicale. Mais la mise en place de relations solides permet d'envisager des flux de patients récurrents.

6.2. Les intermédiaires et le marché gris

S'il se structure progressivement en BtoB, le marché du tourisme médical a été pendant longtemps un marché de consommateurs individuels, dénué d'outils de régulation.

6.2.1. La faiblesse des sociétés savantes historiques

Les sociétés savantes ne sont pas impliquées dans ce domaine, sinon dans un positionnement très critique, justifié par la crainte de voir disparaître des parts du marché national au profit d'opérateurs étrangers.

Il en résulte paradoxalement un affaiblissement de leur capacité à se faire entendre.

Les rares études publiées le sont à charge, et souvent biaisées, notamment par la faiblesse des données recueillies.

6.2.2. La place de la *Medical Tourism Association*

La nature ayant horreur du vide, la *Medical Tourism Association* (MTA, devenue depuis *Medical Travel Association*), s'est auto proclamée en 2007 « société savante » du secteur.

Cette association sans but lucratif est dirigée par deux avocats, John Edelheit et Renée Marie Stephano. La création de la MTA reposait sur un coup marketing de génie : faire venir au Board des acteurs institutionnels majeurs, comme Karen Timmons, CEO de la Joint Commission International ou encore John Bridges de Johns Hopkins.

MTA a réussi à se donner ainsi immédiatement une notoriété et une respectabilité qui dépassaient les frontières des Etats-Unis et lui a permis de faire rentrer rapidement des acteurs internationaux dans les pays d'accueil.

Un an plus tard, tous les fondateurs institutionnels initiaux avaient démissionné, dont certains avec fracas, mais la MTA était lancée. A coup de contentieux juridiques, les deux fondateurs ont réussi à s'assurer le contrôle de l'association, dont ils sont respectivement Directeur Général et Présidente⁶⁷.

En parallèle de l'association, Edelheit et Stephano ont créé, au travers d'une société leur appartenant, le *World Medical Tourism and Global Healthcare Congress*. Ce congrès n'a bien entendu rien de scientifique.

En revanche, il s'agit d'une véritable place de marché où se rencontrent physiquement les offreurs et les intermédiaires des demandeurs. Son coût est relativement important (environ 2000 \$ pour une personne physique), mais les participants semblent satisfaits du volume et de la qualité des contacts mis en œuvre.

La «certification» des intermédiaires

Ce congrès est également l'occasion pour les intermédiaires, très nombreux dans le secteur, de devenir «agent intermédiaire de tourisme médical».

Moyennant 1500 \$ à 2000 \$, et une brève formation en ligne ou à l'occasion du congrès, il est possible d'être «certifié» par la MTA.

Autant dire qu'il n'existe aucune règle d'assurance qualité ni aucun code de déontologie des intermédiaires. Or ce sont eux qui ont, notamment au travers de leur site web, le contact avec le patient.

Contrairement aux métiers du courtage ou aux agences de voyages, qui font l'objet de règles et de contrôles professionnels, les intermédiaires de tourisme médical ne sont pour ainsi dire soumis à aucun contrôle. Leur sélection se fait essentiellement par le bouche à oreille ou le positionnement sur internet.

Certains intermédiaires sont bien entendu des structures de grande qualité, soucieuses de l'intérêt de leurs patients et garantes d'une déontologie et d'un processus de qualité.

D'autres sont en revanche moins respectueux des principes. Dans un certain

67 Cf l'article très critique de Reuters, 28 octobre 2009 : «*Controversial couple dominates U.S. medical tourism*» <http://www.reuters.com/article/2009/10/28/us-medical-tourism-idUSTRE59R23V20091028>

nombre de cas, l'accès des intermédiaires aux données médicales crée une vraie rupture du secret médical.

Un marché non régulé

On est donc en présence d'un marché non régulé.

Côté intermédiaires, le meilleur côtoie le pire.

Côté offreurs, l'accréditation par la JCI ne couvre qu'une partie du marché et concerne principalement des établissements souhaitant recevoir des patients américains. La majeure partie du tourisme médical se fait dans des établissements sans accréditation autre que les éventuelles accréditations locales.

Une telle situation est très atypique dans le monde de la santé qui est pourtant l'une des activités économiques parmi les plus régulées.

Compte tenu du caractère international de ce marché, la création d'une autorité de tutelle ne semble pas à l'ordre du jour.

La régulation ne peut dès lors venir que d'une chaîne de valeur fondée sur la qualité. Cette chaîne part des établissements hospitaliers et remonte vers le consommateur en contractualisant avec tous les acteurs, qu'ils soient financeurs ou intermédiaires.

On pourrait ainsi par exemple concevoir que les contrats passés avec des intermédiaires puissent faire l'objet d'un référentiel de la JCI et ainsi propager la démarche qualité.

7. La santé comme enjeu économique

Une démarche d'autorégulation bute cependant sur l'ampleur des flux financiers en jeu. Ce marché de plusieurs milliards de \$ suscite des convoitises.

De nombreux pays y ont vu un potentiel important de développement économique

7.1. Le tourisme médical comme facteur de développement économique

Dans les pays du tiers-monde comme dans les pays développés, le secteur de la santé est considéré comme un secteur doté d'un effet d'entraînement fort, comme le notent - en parlant de la France - Valérie Fargeon et Marion Brunat⁶⁸ : *« Plus généralement par son dynamisme, le système de santé est générateur d'emplois et source d'effets d'entraînements sur l'ensemble de l'économie ».*

Selon Lunt, les autorités singapouriennes, ainsi que celles de Malte et d'Inde, insistent sur le fait que « l'engagement dans le tourisme médical leur a permis de fournir une palette beaucoup plus large de services cliniques à leur population locale ». A Cuba, les recettes générées par le tourisme médical sont réinvesties dans le système national.

L'hypothèse selon laquelle le tourisme médical contribuerait à structurer une industrie fortement consommatrice de main d'œuvre qualifiée est difficilement remise en cause. Le Tourisme Médical est ainsi un gisement de ressources importantes, puisque certains pays revendiquent plus d'un milliard de dollars de recettes annuelles.

« Il est donc possible », toujours selon Lunt, « que quelques pays recherchent des patients étrangers pour développer des infrastructures afin de mieux servir leur patients locaux (en améliorant les équipes médicales, les investissements, l'expertise spécialisée ou simplement en finançant des activités déficitaires).

Ces arguments sont toutefois plus probablement un habillage cosmétique⁶⁹ de

68 Fargeon (2012)

69 Lunt emploie le terme de « *Window Dressing* »

l'objectif prioritaire qui est de dégager des réserves de change».

Peut-on pour autant lier de manière irrévocable afflux de recettes et développement économique ?

7.2. Questions ouvertes sur les bénéfices

La réalité semble plus contrastée. Berhmann et Smith⁷⁰ considèrent que la littérature ne montre pas d'amélioration corolaire du système de santé pour les populations locales.

Jishnu Das, un économiste de la Banque Mondiale, a publié une étude de cas très sévère⁷¹, comparant les différents systèmes de santé en vigueur en Inde. Les principaux résultats en sont les suivants:

- *«La connaissance moyenne des praticiens est très basse.*
- *Les ménages des quartiers pauvres ont recours à des médecins de piètre qualité.*
- *La compétence des médecins est signalée par le titre MBBS⁷². Certains médecins l'ont, d'autres ne l'ont pas mais disposent d'un diplôme de médecine reconnu par l'état. Les médecins privés avec un MBBS sont aussi compétents que les médecins du secteur public (où ils disposent tous de ce diplôme), alors que les médecins sans MBBS sont bien moins compétents.»*

Dans un article de 2010, Indrajit Hazarika livrait une approche des menaces engendrées par l'industrie du tourisme médical⁷³ sur le système de santé indien. Nous retiendrons quelques-unes de ses réflexions :

«Une plus grande inéquité du système de santé

Le secteur privé en Inde a une présence dominante. Il représente 82 % des consultations externes, 58 % des dépenses d'hospitalisation et 40 % des naissances hors domicile.

Une étude menée par le cabinet Ernst & Young et la «Federation of Indian Chambers of Commerce and Industry» (FICCI) montre que les recettes des

70 Berhmann (2010)

71 Das (2010)

72 Il s'agit de la version Indienne (et plus largement Britannique) du titre de Docteur en Médecine.

73 Hazarika (2010)

hôpitaux privés en Inde, de 15,5 milliards \$ US en 2006 devraient augmenter à US\$ 32,5 milliards en 2012, ce qui représente un taux de croissance annuel d'environ 19 % par an. Les perspectives du tourisme médical ont stimulé davantage de croissance dans ce secteur en introduisant un nombre croissant de joint-ventures.

Ces partenariats et collaborations ont contribué à améliorer les installations et à introduire des outils de gestion et des systèmes d'information. Toutefois, le potentiel du tourisme médical pourrait devenir un argument important des hôpitaux privés pour exiger de plus grandes subventions du gouvernement à long terme.

Cela pourrait entraîner une situation où des hôpitaux spécialisés sont établis à l'aide de fonds publics et subventions, détournant ainsi les ressources du système de santé publique et aggravant les disparités qui existent dans un système de santé à deux vitesses.

Ce système à deux vitesses pourrait aussi causer un écrémage, par lequel ceux qui ont besoin de moins, mais peuvent payer plus, sont servis au détriment des pauvres et les plus méritants

Une aggravation de la pénurie de professionnels de santé qualifiés

Selon un récent rapport, l'Inde manque de 600 000 médecins, un million d'infirmières et 200 000 chirurgiens-dentistes.

Alors que le secteur public est en pénurie de personnel et de ressources, on estime que plus de 75 % des ressources humaines et technologiques, 68 % des 15 097 hôpitaux et 37 % des 819 623 lits dans le pays sont dans le secteur privé.

Qualité des soins et agrément

Le tourisme médical a soulevé des préoccupations concernant la qualité des soins dans les pays de destination et c'est l'un des principaux arguments des adversaires du tourisme médical. (...)

La Joint Commission internationale (JCI) a accrédité 13 établissements en Inde, tous du secteur privé

Une croissance non régulée du secteur privé

Le gouvernement devrait jouer un rôle important dans la régulation du secteur privé. Cependant, en Inde, l'intervention de l'État (dans la régulation) a été minime. (...)

En Inde, le secteur privé a déjà reçu des subventions considérables sous forme de terres, d'exemption de droits à l'importation de matériel médical, etc. Le tourisme médical pourrait en outre légitimer leurs revendications et faire pression sur le gouvernement pour les subventionner encore plus.

Une augmentation du coût des traitements médicaux

En Inde, actuellement plus de 80 % des dépenses de santé est supporté par les patients. Il a été prédit qu'un des effets de l'augmentation des touristes médicaux serait une hausse du coût global des soins de santé dans le pays.

Ces dernières années, plusieurs études ont démontré cette hausse des coûts médicaux.

Selon certaines estimations, entre 1995–6 et 2004, les frais médicaux ont augmenté en zone rurale de 55,67 % (secteur public) et 77,28 %, (secteur privé). En zone urbaine, les hausses correspondantes sont respectivement de 76,6 et 116,2 %.»

On assiste donc à deux effets contradictoires :

- Le premier lié à l'augmentation de la richesse nationale générée par le tourisme médical, dont on peut légitimement penser qu'il produit – comme n'importe quel autre secteur économique – un effet d'entraînement sur le reste de l'économie du pays concerné.
- Le second lié à l'effet d'éviction sur des ressources rares, et donc une moindre contribution au développement lié à la perte de chance sanitaire pour une grande partie de la population locale.

Le poids de ces effets contradictoires tient probablement dans la situation de départ des pays.

Comme l'indique Lunt⁷⁴, la pression de la Thaïlande pour devenir une place centrale trouve son origine dans la grande crise économique de l'Asie au cours des années 90.

Cette crise a produit une chute de la demande intérieure et ainsi engendré des surcapacités dans le secteur hospitalier privé.

Dans ce cas, il n'y a pas d'effet d'éviction, mais bien une meilleure rentabilisation des infrastructures. En revanche, quand ces capacités excédentaires n'existent pas, comme cela semble être le cas en Inde, l'effet d'éviction pour les patients locaux peut être important.

74 Lunt (2012)

8. Le contexte sanitaire

On a vu précédemment les efforts faits par de nombreux établissements spécialisés dans le tourisme médical pour assurer la qualité de la prise en charge des patients.

Il n'en demeure pas moins que la perception du risque associé à certains pays demeure – à tort ou à raison – forte.

8.1. Les risques sanitaires

Les risques sanitaires engendrés par le tourisme médical sont de deux ordres. Ils peuvent concerner les patients eux-mêmes, à travers une intervention ratée ou la contraction d'une infection nosocomiale.

Les risques sanitaires individuels peuvent également devenir des risques collectifs : la propagation de bactéries ou de virus résistants devient un souci sanitaire croissant.

8.1.1. L'exemple le plus célèbre : l'enzyme NDM-1.

Cette enzyme a défrayé la chronique en 2010, à partir d'un article devenu fameux du prestigieux journal *The Lancet*⁷⁵. L'information a fait rapidement le tour de la planète.

Comme son nom l'indique (NDM pour *New Delhi Metallo Beta-Lactamase*), elle est originaire du sous-continent indien.

En 2009, NDM est identifiée chez un patient suédois, devenu résistant à l'antibiothérapie après avoir été hospitalisé en Inde. En 2010, elle est retrouvée chez des patients résidant au Royaume-Uni et dont certains ont effectué précédemment du tourisme médical pour de la chirurgie esthétique en Inde ou au Pakistan.

Cette enzyme est présente dans un certain nombre de bactéries (E-coli par exemple) et est capable de d'empêcher le fonctionnement des bêta-lactamines, qui regroupent les principales classes d'antibiotiques (entre

75 Kumarasamy (2010)

autres les dérivés de pénicilline, les céphalosporines et les carbapénèmes). Cette enzyme rend les bactéries résistantes à la plupart des antibiotiques utilisés et possède donc un niveau particulièrement élevé de dangerosité.

L'article a tout à fait logiquement suscité une réelle inquiétude et contribué à jeter une forme de discrédit sur les établissements hospitaliers indiens.

Cependant, rares sont les références à l'article publié deux mois plus tard dans la même revue, toujours aussi prestigieuse, par deux microbiologistes⁷⁶ de New Delhi.

Ceux-ci rappelaient que la même enzyme avait déjà été identifiée en 1996 en Caroline du Nord, dans le cadre de résistances à certains antibiotiques.

Les conclusions des auteurs sont ainsi sans appel: *«Le réveil brutal sur une bactérie NDM1 résistante est exagérément alarmiste. (...) Nommer un nouvel enzyme d'après une ville est une chose, mais faire porter à toute une région le blâme pour sa propagation, en est, en l'absence de toute évidence scientifique, une autre. Des conflits d'intérêts en raison du soutien de l'Union Européenne et d'une entreprise pharmaceutique pourraient avoir abouti à des conclusions biaisées.»*

Nous ne nous prononcerons bien évidemment pas sur ce débat de scientifiques.

En revanche, on peut constater, à partir de cet exemple, que l'enjeu économique est bien présent derrière les formes les plus diverses de communication, y compris dans les communications scientifiques.

8.1.2. Les autres cas

Il existe en fait relativement peu d'articles à haut niveau de preuve sur les risques sanitaires liés au tourisme médical.

Canales⁷⁷ a ainsi publié en 2006 un article sur les suites de transplantations rénales à l'étranger. L'article concluait à une aggravation des risques pour les patients ayant subi une transplantation rénale à l'étranger. Le principal facteur de risque identifié était une communication médicale inappropriée entre le médecin et le patient.

⁷⁶ Goel et Wattal (2010)

⁷⁷ Canales (2006)

D'autres papiers aboutissent cependant à des conclusions inverses et donc à l'absence de risque supplémentaires.

Certains articles traitent de manière générale sur les risques sanitaires liés à la mondialisation et aux migrations internationales (notamment sur le SRAS ou sur Ebola), mais ceux-ci ne sont pas intrinsèquement liés au tourisme médical.

Comme le note Lunt⁷⁸, « *les touristes médicaux peuvent voyager vers des pays avec des écosystèmes différents et rencontrer des pathologies comme la malaria, la dengue (...). L'absence de données en routine aboutit au fait qu'on a peu d'idées sur la prévalence de ces infections ou sur les différences entre touristes médicaux et touristes réguliers* ».

En l'absence de toute structure de suivi à long terme, il sera difficile d'obtenir des données fiables.

8.2. Prise en charge des suites médicales

Les suites à court terme des interventions peuvent, pour les établissements accrédités par la JCI, être évaluées puisque le taux de ré-hospitalisation fait partie des indicateurs suivis.

Les indicateurs publiés par la plupart des établissements sont, de ce point de vue, tout à fait satisfaisants.

Encore faut-il que le patient n'ait pas encore quitté le territoire.

8.2.1. Données médicales ou anecdotes

Les suites médicales font d'autant plus l'objet de nombreuses anecdotes qu'il n'existe pas beaucoup d'études sérieuses permettant de les quantifier ou tout au moins de les qualifier.

Les médecins s'accordent cependant sur un point : le risque accru de phlébite lié à un voyage aérien trop rapproché d'une intervention chirurgicale. Plusieurs études démontrent l'augmentation de ce risque lié à un retour prématuré au pays.

Les forums de patients regorgent de communications négatives sur telle ou

78 Lunt (2011)

telle structure, sans qu'il soit souvent possible de distinguer ce qui relève de la suite médicale proprement dite de l'insatisfaction des patients sur le résultat.

Ainsi, une opération de chirurgie peut être considérée comme réussie par le chirurgien et ratée par le patient.

Les mêmes forums reprennent également des commentaires de professionnels de santé ayant refusé de reprendre des patients qui se jugeaient en échec de leur traitement.

Les raisons avancées sont parfois économiques (les interventions de reprises sont souvent plus longues et plus complexes que l'intervention initiale) mais la plupart des professionnels avancent un argument de responsabilité médico-légale : leur intervention leur ferait porter une responsabilité sur les actes de leurs confrères étrangers.

Difficile, en l'absence de données fiables de démêler la réalité médicale du « *turf battle* », la bataille pour son pré-carré.

Globalement, les patients semblent cependant satisfaits.

Une enquête portant sur plus de 1000 patients réalisée par *Treatment Abroad*,⁷⁹ quoique probablement biaisée, donne quelques résultats intéressants.

- « 84 % des patients seraient prêts à retourner voir le même médecin ou dentiste ou à séjourner dans le même établissement.
- 51 % des répondants ont à l'occasion de leur séjour médical visité un pays où ils n'étaient jamais allés auparavant.
- 82 % des répondants estimaient que le personnel de la structure médicale où ils ont séjourné parlait leur langue très bien ou extrêmement bien. Seuls 4,4 % considéraient que le personnel ne « parlait pas bien du tout leur langue », ce qui est un facteur courant d'inquiétude.
- Les niveaux de satisfaction des patients pour leur traitement à l'étranger sont élevés, avec 85 % de patients « assez » ou « très » satisfaits de leur expérience. Interrogés sur les raisons de leur satisfaction, tous les participants citent le professionnalisme des équipes, le prix et la qualité des soins.
- Plus des 2/3 des patients indiquaient n'avoir pas eu de traitement complémentaire ou de suivi à leur retour.

79 *Treatment Abroad* (2011)

- *70 % d'entre eux ont été contactés par leur médecin ou son équipe après leur retour au pays.»*

Il n'est pas possible d'évaluer les biais de ce sondage.

8.2.2. Les réticences des organisations professionnelles

En revanche, les organisations professionnelles mettent sans surprise en avant les difficultés.

Le syndicat français des chirurgiens plastiques (SNCPRE) a listé un certain nombre de questions, citées par Ludovic Mary⁸⁰ dans son mémoire de Master :

«Comment un chirurgien qui n'a pas opéré a-t-il le droit de surveiller les patients opérés par un autre praticien, sans licence de remplacement ou contrat d'association déposé et enregistré à l'ordre des médecins ?

Comment sera rétribué le praticien qui assurerait le suivi, voire des interventions rendues nécessaires pendant la phase post-opératoire ?

Se trouverait-on dans une situation de compéragage ou de subordination ? (Le SNCPRE rappelle qu'ils sont interdits tous deux par le Code de la Santé publique, et ne nécessitant pas de versement d'argent, tout au plus une coalition d'intérêt).

Qui couvre les patients en cas de complication : l'assurance du voyageur, celle d'un chirurgien ou celle d'un établissement ?

En cas d'urgence, le patient peut avoir à payer le séjour hospitalier en France, car le SNCPRE considère que l'Assurance-Maladie ne couvre pas les suites opératoires (hors cas graves de complications médicales) d'actes non remboursés ?»

De son côté, le *Royal College of Surgeons* de Grande Bretagne a publié en 2011⁸¹ une étude réalisée auprès de chirurgiens plastiques anglais. 203 praticiens y ont participé et un 1/3 d'entre eux ont confirmé avoir reçu en consultation des patients présentant des complications opératoires suite à des interventions de chirurgie esthétique pratiquées à l'étranger.

80 Mary (2011)

81 Jeevan (2011)

L'analyse a finalement porté sur 215 patients vus en consultation par 63 chirurgiens.

Ces patients avaient des complications chirurgicales suite à une augmentation mammaire par prothèse, à une plastie abdominale, une réduction mammaire ou à un lifting de la tête et du cou. La majorité de ces patients avait été opérée en Europe de l'Est (82) ou de l'Ouest (66).

26% de patients, soit plus de 50 patients, sur les 215 de l'étude, ont nécessité une ré-intervention en urgence et 8% ont nécessité l'utilisation intraveineuse d'antibiotiques du fait d'une infection sous-jacente.

Cette étude, par ailleurs intéressante, montre cependant les limites de l'analyse et encore une fois les biais de communication.

Sa méthodologie fausse mécaniquement les résultats. En s'intéressant aux patients qui viennent consulter un chirurgien plastique anglais après une intervention à l'étranger, on est certain par définition d'avoir des taux élevés de reprise.

De manière symétriquement tout aussi biaisée, on pourrait considérer que l'étude du *Royal College of Surgeons*, lancée sur la totalité des chirurgiens plastiques du Royaume Uni (326) et à laquelle ont répondu plus de 60 % des praticiens (203) n'a produit «que» 215 cas de consultations, alors que le marché anglais de la chirurgie plastique à l'international est estimé à 20 000 interventions par an.

On serait donc dans un taux de consultations post-chirurgicales de 1 %, ce qui se comparerait de manière flatteuse aux suites opératoires dans les pays développés.

Une étude suédoise⁸², publiée dans la même revue internationale, porte sur un cas, par ailleurs tragique, d'une jeune femme en fonction végétative après des erreurs d'anesthésie lors d'une plastie mammaire.

La conclusion de l'article est claire et sans ambiguïté, mais d'une faible teneur scientifiques : de nombreux chirurgiens plastiques ont «vu ou entendu parler de divers désastres ou tragédies suivants des traitements médicaux à l'étranger. Nous proposons l'introduction d'une loi interdisant le commerce ou le courtage de traitements médicaux à l'étranger».

82 Niechajev (2011)

Le niveau de preuve, nécessaire quand on parle d'activités de santé dans le cadre national, semble soudainement s'évanouir quand on parle de tourisme médical.

A l'inverse, il est important de rappeler qu'il n'existe aucune publication sérieuse sur l'innocuité du tourisme médical. Comment pourrait-elle d'ailleurs exister tant les situations sont différentes selon les acteurs ?

Si les publications médicales sont rares, les publications économiques le sont tout autant. Il est donc aujourd'hui rigoureusement impossible de connaître le coût, pour un régime d'assurance-maladie, des reprises, dans les établissements hospitaliers du pays d'origine des patients, d'interventions chirurgicales ratées à l'étranger.

On peut d'ailleurs noter sur ce point le flou artistique de la directive sur les soins transfrontaliers.

Comme le note Naima Aliouche ⁸³, la directive ne tranche pas sur le point de la responsabilité juridique (et donc financière), notamment sur les reprises de soins dans le pays d'affiliation ou les éventuels recours juridiques. L'évolution économique et juridique sera donc, en Europe, largement fondée sur la jurisprudence à venir de Cour de Justice Européenne.

8.2.3. Les offres de services des fournisseurs

Certains fournisseurs ont développé des « garanties » de suivi et de ré-intervention.

C'est par exemple le cas d'Ypsée. Cette société française spécialisée dans le tourisme médical se contente de mettre en relation ses clients français et des établissements de soins. Ypsée prend soin de préciser qu'elle n'est ni une agence de voyage, ni un courtier, et ceci dans le but de s'extraitre de toute responsabilité professionnelle.

Pour améliorer les suites opératoires et leur prise en charge, Ypsée propose quelques démarches intéressantes :

83 Aliouche Kerboua (2011)

- Un dossier médical partagé, alimenté par le patient⁸⁴ et servant de support médical à la relation avec le praticien étranger.
- Une politique de recrutement de praticiens étrangers mais certifiés en France.
- Une « garantie », dont la description présente l'avantage d'être relativement claire même si on peut ne pas en partager toutes les conditions :

*« Il est nécessaire dans ce domaine de distinguer les **complications médicales et les insatisfactions de résultats**. Leurs gestions respectives sont complètement différentes.*

En cas de complications médicales

Pour information il faut savoir que la très grande majorité des complications en chirurgie esthétique surviennent au moment de l'opération ou juste après. Elles sont donc gérées immédiatement sur place par le chirurgien et l'équipe médicale, l'exemple le plus souvent cité est celui des hématomes. Bien évidemment les frais supplémentaires ne sont pas à la charge du patient.

IMPORTANT *Le délai de convalescence dans le pays, imposé par le chirurgien, doit absolument être respecté par le patient car il permet une surveillance étroite.*

En cas d'insatisfactions de résultats

La notion de résultat insatisfaisant est parfois délicate en chirurgie esthétique car elle comporte une part de subjectivité importante. Une relation patient/chirurgien basée sur une bonne foi mutuelle est déterminante. Deux cas de figure se présentent alors:

Le chirurgien accepte la ré-intervention

Lorsque le chirurgien, sur la base des photos qui lui ont été remises via votre dossier sécurisé Ypsée au bout de trois à six mois, constate une insuffisance de résultats manifeste qui nécessite une retouche, la totalité des frais (intervention + séjour de convalescence) sera à la charge du chirurgien et de la clinique. Le déplacement en avion reste toutefois à votre charge.

⁸⁴ On notera cependant qu'Ypsée n'est pas hébergeur agréé de données de santé et que la consultation à distance, par un professionnel de santé, d'un dossier médical pourrait être assimilé à de la télémédecine et à ce titre relever des obligations légales du décret de 2012

Le chirurgien émet des réserves

Très souvent les résultats d'une intervention esthétique demandent de longs mois, avant d'être considérés comme définitifs et chaque patient réagit de façon propre. Le chirurgien peut alors vous recommander de simplement attendre. En cas de doute votre chirurgien vous demandera l'avis d'un confrère inscrit en tant que chirurgien esthétique auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins de votre pays. Celui-ci devra lui faire un compte rendu précis de ses constatations.

- Si la ré-intervention est confirmée

La totalité des frais (frais de la consultation du chirurgien + intervention + séjour de convalescence) sera à la charge du chirurgien et de la clinique. Le déplacement en avion reste toutefois à votre charge.

- Si la ré-intervention n'est pas jugée nécessaire

S'il n'y a eu aucune faute, qu'il s'agit d'impondérables ou simplement d'un résultat qui ne convient pas au patient, le chirurgien pourra refuser de réopérer. Il vous reste la possibilité comme c'est le cas dans votre pays de demander réparation en justice à condition, bien sûr, de faire la preuve de la faute.»⁸⁵

On notera qu'en cas de ré-intervention, le patient doit payer le déplacement en avion et qu'en cas de conflit, les tribunaux locaux sont compétents.

A l'étranger, plusieurs intermédiaires proposent des dispositions similaires⁸⁶.

8.2.4. Les offres des assureurs

Certains assureurs ont développé depuis quelques années des solutions d'assurance complémentaire destinées à couvrir les risques de complications.

L'assureur américain *SevenCorners*⁸⁷ offre des garanties pour les touristes médicaux. Ces garanties couvrent le séjour lui-même (annulation, rapatriement) et les soins post-opératoires, ainsi que les complications.

Le prix est calculé selon la destination, la durée du séjour, le coût de l'intervention et la garantie souscrite, sous réserve que les complications interviennent dans un délai de soixante jours après l'intervention.

85 Source Site web www.ypsee.com

86 Voir par exemple *Companion Global Healthcare*

87 www.sevencorners.com

La condition impérative est que le patient soit pris en charge dans un établissement accrédité par la JCI.

A titre indicatif, une garantie pour un séjour d'un mois en Inde, pour une intervention comprise entre 5 et 10 000 \$, complétée par une garantie complications à hauteur maximum de 20 000 \$ coûte environ 850 \$.

On peut cependant s'interroger sur la portée de ces garanties. La faiblesse de l'écart entre l'intervention initiale (entre 5 et 10 000 \$ en Inde) et la complication (au maximum 20 000 \$ aux Etats-Unis), alors que les prix sont 5 à 10 fois plus élevés aux Etats-Unis qu'en Inde et que les interventions pour complications sont en général plus complexes, permet de douter de l'intérêt réel à souscrire de telles polices.

Le Lloyd's de Londres⁸⁸ a développé de son côté une police d'assurance innovante sur les actes de chirurgie plastique.

«*BeautySure Surgery Insurance*» couvre les complications médicales durant une durée de 12 mois à compter de l'intervention. Ce contrat est destiné aux chirurgiens plastiques et est disponible dans le monde entier, sous réserve d'agrément préalable du praticien.

L'intervention de reprise peut être réalisée dans un autre pays et par un autre praticien que celui ayant effectué l'acte initial, sous réserve que le second praticien soit également accrédité et assuré par «*BeautySure Surgery Insurance*».

L'assureur paye directement le praticien qui gère la complication. En aucun cas, le patient ne peut prétendre à des indemnités au titre de la police d'assurance. Bien évidemment, l'insatisfaction **esthétique** du patient quant au résultat de la première intervention n'est pas prise en compte par l'assureur, qui en couvre que le résultat **médicalement** insatisfaisant.

Cette approche assez originale permet de répondre de manière efficace à un vrai besoin de sécurisation des patients, tout en offrant grâce à l'accréditation par l'assureur des garanties sur la qualité des praticiens. De même, elle permet de résoudre le problème de la rémunération du praticien assurant la reprise éventuelle.

Le courtier français en Tourisme Médical Novacorpus propose également des assurances contre les complications médicales.

88 Cf Mary (2011)

9. La place de la France dans le débat

9.1. Quels besoins non couverts pour les patients français ?

La situation des patients français est radicalement différente de celle de la plupart des touristes médicaux.

L'offre de soins en France est très complète et l'hospitalisation est prise en charge avec un co-paiement faible, souvent couvert par une assurance complémentaire dont disposent 94 % des français. L'Affection de Longue Durée (ALD) assure une prise en charge à 100 % pour les patients les plus lourds.

Ainsi, il apparaît peu probable, dans un avenir proche, de voir des patients français suivre l'exemple des patients américains et partir se faire soigner pour des pathologies lourdes à l'étranger dans l'objectif d'éviter un reste à charge de plusieurs milliers, voire dizaines de milliers de dollars.

Contrairement au Royaume-Uni, nous n'avons pas non plus en France, la plupart du temps, de délais d'attente⁸⁹ suffisamment importants pour justifier une intervention à l'étranger, notamment dans le cadre de la directive sur les soins transfrontaliers.⁹⁰

Le Reste à Charge (RAC) des assurés français, s'il a crû de manière sensible ces dernières années, reste limité et fortement concentré sur 4 secteurs : l'optique, le dentaire, le médicament et les soins non remboursés. Ce sont donc potentiellement ces 4 secteurs qui peuvent justifier d'une demande de tourisme médical.

Même si le reste à charge unitaire est important en optique, les montants en cause ne justifient pas d'un déplacement à l'étranger. Ce sont plutôt le

89 Les transplantations peuvent cependant être un motif de tourisme médical, notamment pour des patients acceptant le principe de la transplantation commerciale et prêt à se rendre dans un pays doté de règles éthiques moins contraignantes que la France.

90 L'accès à un centre de référence en Europe sur une maladie rare peut cependant être un motif de voyage à caractère médical. Il est normalement pris en charge par l'assurance maladie.

développement d'offres low-cost, via internet, autant que la pression des assureurs complémentaires, qui pourront faire évoluer ce marché.

Sur le médicament, à l'exception de la problématique très spécifique de molécules innovantes ne disposant pas encore d'une Autorisation de Mise sur le Marché et de protocoles de recherche, il semble difficile d'imaginer le déplacement à l'étranger d'un patient pour accéder à un traitement médicamenteux.

Restent donc deux secteurs principaux: les soins dentaires et les soins non remboursés.

Dans le domaine dentaire, seuls les soins de reconstruction (prothèses et implants) vont justifier du coût d'un voyage. Le marché total représentait en 2012 environ 5 Mds €, correspondant aux dépassements des chirurgiens-dentistes.

La faiblesse des soins conservateurs et l'état bucco-dentaire des Français, considéré comme plutôt mauvais, permet d'anticiper une demande soutenue pour les soins de reconstruction.

C'est ce marché que souhaitent capter les offreurs tunisiens, turcs ou hongrois, avec des offres inférieures de 30 à 50 % au coût français.

Dans le domaine des soins médicaux non remboursés, trois axes semblent se détacher:

- la chirurgie esthétique, avec une offre inférieure d'environ 30 % (voyage compris) au coût français,
- la chirurgie ophtalmologique, notamment les traitements par laser,
- le traitement de l'infertilité, notamment aux confins de la loi Française sur la Gestation pour Autrui.

9.2. Quelle place pour l'assurance complémentaire ?

Quelle peut être l'offre de services pour un assureur complémentaire ?

Son champ d'intervention naturelle correspond naturellement aux activités mal remboursées par l'assurance-maladie.

Trois niveaux de services, d'engagement progressif, peuvent être envisagés. L'expertise acquise par les assistants (Mondial Assistance, IMA, ...) facilitera très certainement la mise en œuvre de ces services.

9.2.1. Informer et orienter les assurés

L'information des assurés peut prendre de nombreuses formes. On pense bien évidemment à l'identification des prestataires dans les domaines intéressant prioritairement les assurés.

Sans pour autant parler d'accréditation, il serait possible de mettre à disposition des informations intéressantes sur les prestataires : volume d'activité, titres et travaux, taux d'infections nosocomiales, garanties proposées, etc...

L'information pourrait ainsi être portée par une structure plus neutre et indépendante que ne le sont les intermédiaires, qui sont à la fois juges et parties.

Le blog « *patientsansfrontières.co* », qui regroupe des avis de patients, est ainsi managé par Ypsée qui fournit en même temps les prestations. C'est aussi le cas en Grande Bretagne de « *Treatment Abroad* ».

Un assureur ou un regroupement d'assureurs pourraient porter un forum destiné aux patients et leur permettant en toute indépendance d'exprimer leur avis sur telle ou telle prestation.

Dans le cadre de la directive sur les soins transfrontaliers, une information des patients sur les maladies orphelines ou rares, les centres de références en Europe et une assistance à l'organisation de la prise en charge pourraient être utiles à de nombreux patients.

9.2.2. Sécuriser les offres

Cette activité constituerait en soi une avancée intéressante, sans pour autant s'engager dans le remboursement des soins considérés.

Elle consisterait dans un premier temps à labelliser les offreurs sur la base de critères indiscutables. Cette démarche est déjà engagée par les assistants lorsqu'ils accréditent des établissements à l'étranger pour des soins urgents.

Les audits réalisés par certains prestataires de tourisme médical sont très insuffisants. Deux raisons pour cela :

- L'intermédiaire, même médecin, ne dispose que rarement des compétences nécessaires pour mener un audit d'accréditation, ni du temps pour le faire.
- L'établissement ne va pas sérieusement se lancer dans une accréditation non reconnue internationalement, pour satisfaire un intermédiaire qui ne lui apportera que peu de volume de patientèle.

Ainsi, un prestataire recommande, sur la «base d'un référentiel issu de celui de la HAS» un établissement en Tunisie pour l'ophtalmologie.

L'établissement en question dispose de praticiens certifiés en France, d'un plateau technique apparemment de qualité, mais n'a pas de Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et ne peut donc en aucun cas assurer un véritable suivi des infections nosocomiales et des mesures correctives mises en place.

On ne donnait par ailleurs pas le classement ISO de ses salles d'intervention, dans le bloc opératoire, alors que l'ophtalmologie demande des salles aseptiques de niveau 7.

Rien n'est plus dangereux que de s'improviser «accréditeur» et de bricoler un référentiel.

La certification V2010 de l'HAS ou celle proposée par la JCI constituent de bonnes solutions de certifications.

Pour les structures dentaires, la certification ambulatoire de JCI et quelques éléments spécifiques à l'implantologie serait une bonne base de départ.

L'élaboration d'un référentiel prend beaucoup de temps et doit aboutir à un résultat incontestable et sans ambiguïté. Encore une fois, les assistants qui

évoluent dans le périmètre des assureurs complémentaires savent mener à bien ce type de démarche.

Dans un deuxième temps, les contrats d'assurance complémentaire pourraient proposer une assistance juridique en cas de contestation quand le patient se rend dans une structure accréditée.

Quand une contestation surgit, sa résolution se déroule habituellement sur le territoire de l'effecteur, ce qui complique la tâche du patient qui s'estime lésé.

Une assistance et les règles définies par la certification devraient pouvoir limiter le nombre des recours judiciaires à mettre en œuvre.

Dans un 3ème temps, il serait possible de concevoir l'inclusion dans les contrats d'une garantie de prestation de ré-intervention. Celle-ci pourrait dans ses principes s'inspirer de la couverture «*BeautySure*» proposée par le Lloyd's de Londres, avec cependant quelques nuances importantes.

Le principe d'absence d'indemnisation du patient semble important et doit être conservé, de même que la non-prise en considération d'un litige sur le résultat esthétique. L'assurance couvrirait donc l'échec ou la complication, en finançant la ré-intervention par un professionnel accrédité.

A l'inverse du Lloyd's, la police ne serait pas adossé à l'assurance d'un professionnel mais ajoutée à celle du patient, sous réserve qu'il se fasse traiter par un professionnel compétent dans une structure accréditée.

Cette garantie pourrait couvrir les soins dentaires, la chirurgie esthétique et la chirurgie ophtalmologique.

9.2.3. Garantir les prestations

Est-il opportun de garantir les prestations non couvertes par l'assurance-maladie ?

La réponse à cette question se fonde sur des critères éthiques et politiques autant que sur des questions économiques et / ou commerciales.

La vraie question n'est bien entendu pas, pour une complémentaire, celle du tourisme médical, mais celle de la couverture en général de ce type de prestations non remboursées par l'Assurance Maladie, que l'acte soit réalisé sur le territoire national ou à l'étranger.

Si la logique de l'assurance complémentaire est de s'engager dans le futur sur des soins non couverts par l'assurance-maladie, la prise en charge de prestations à l'étranger pourrait avoir du sens. Dans le cas contraire, couvrir des prestations à l'étranger serait un non-sens.

9.3. Quelle offre de services potentielle ?

La France tient un rôle à part dans le domaine du tourisme médical.

Elle n'est jamais, ou presque, identifiée comme une destination de tourisme médical. Ainsi, elle n'apparaît pas ou peu dans les offres des courtiers et ne figure pas dans les destinations référencées.

La France est pourtant un prestataire historique en matière d'accueil des patients étrangers.

Son solde « migratoire » est très nettement positif, d'environ 270 M€ comme le démontrent sans ambiguïté les données du CLEISS. En 2011, les paiements par le CLEISS aux organismes étrangers de sécurité sociale représentaient 318 M€, dont les deux-tiers vers la zone Union Européenne et la Suisse. Il s'agit là des dépenses de patients français à l'étranger.

En sens contraire, les factures du CLEISS aux organismes étrangers représentaient 585 M€. On peut cependant noter que 98 % de ces facturations concernaient l'UE et la Suisse.

Ces dépenses ne prennent pas en compte l'Aide Médicale d'Etat dont la charge correspond à des prestations accordées à des résidents en situation irrégulière et qui se montent également à près de 600 M€.

9.3.1. Des atouts insuffisamment mobilisés

La France dispose de nombreux atouts pour accueillir des patients étrangers. C'est tout d'abord la première destination touristique mondiale avec 83 millions de visiteurs par an. Ce chiffre doit cependant être nuancé par la durée relativement courte du séjour⁹¹ et les faibles sommes dépensées en comparaison à d'autres pays européens⁹².

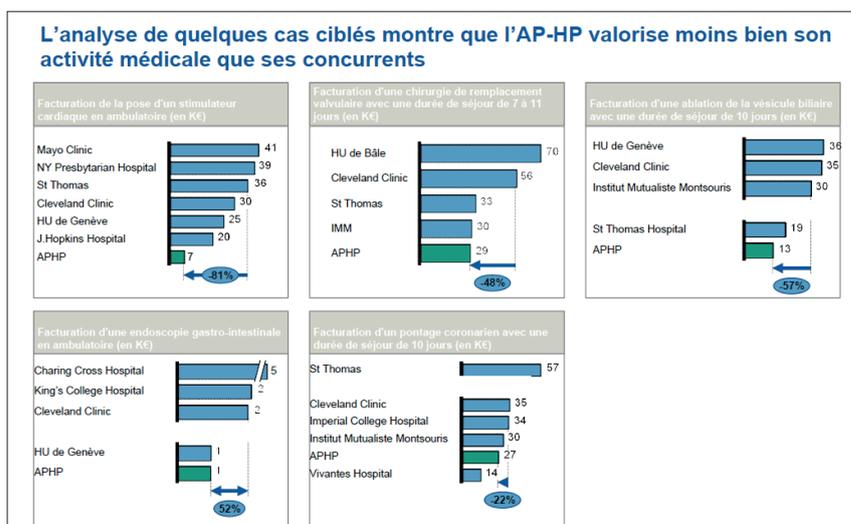
91 Il faudrait décompter l'effet spécifique d'Eurodisney, qui attire de nombreux touristes étrangers pour une très faible durée.

92 La France reçoit environ 45% de touristes de plus que l'Espagne, 3ème destination mondiale, mais la dépense moyenne par touriste y est inférieure de près de moitié. Au total, les recettes touristiques de l'Espagne sont supérieures de 3 Mds € à celles de la France.

Au-delà de ces réserves, on sait que le tourisme médical surfe sur la vague du tourisme, en croissance d'environ 4 % en 2013⁹³.

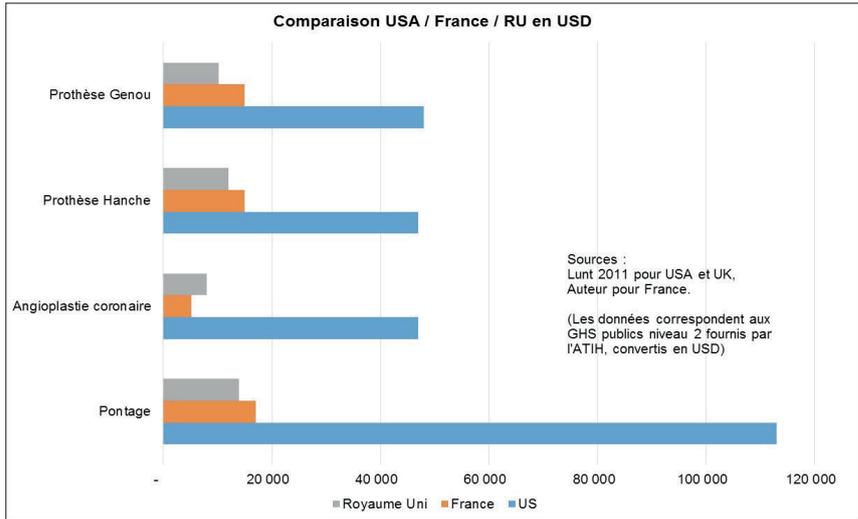
Nous disposons des capacités hôtelières et des infrastructures pour accueillir des touristes et bien entendu des structures hospitalières de premier plan pour prendre en charge les patients.

Les prix unitaires des services médicaux et notamment des séjours hospitaliers sont en France particulièrement bas. La CME de l'AP-HP en faisait le constat amer en septembre 2012 lors d'une session de travail sur l'accueil des patients étrangers.



Le positionnement prix de la France la rend ainsi concurrentielle face à la plupart des pays émergents.

L'écart de prix entre les Etats-Unis et les autres pays développés reste important. Le tableau ci-après résume pour quelques pathologies les prix unitaires. Il n'est bien évidemment pas tenu compte des frais de déplacement.



Cet écart important permet d'envisager un positionnement de certains pays développés, dont naturellement la France, sur le marché du tourisme médical américain.

La deuxième caractéristique française est la qualité de son parc hospitalier. De nombreux établissements de grande qualité sont certifiés sans réserve par la Haute Autorité de Santé.

Malheureusement, ce label n'a aucune résonance internationale. Un rapprochement avec JCI pourrait être opportun. A défaut, une stratégie de communication internationale sur la certification V2010 serait nécessaire.

A court terme, l'option la plus efficace serait que quelques établissements s'engagent dans une certification JCI.

La 3ème caractéristique est l'excellence reconnue de la formation médicale. Là encore, au prix de peu d'efforts, l'obtention de certifications américaines serait un facteur clé de succès.

9.3.2. Une absence d'orientation stratégique forte

La principale faiblesse de notre pays au regard du tourisme réside dans son absence d'orientation stratégique.

Les pays qui ont réussi à développer, dans les dernières années, une offre en

matière de tourisme médical l'ont d'abord pensée en termes stratégiques, ce qui n'est de toute évidence pas notre cas.

Contrairement aux pays émergents qui se sont tous appuyés sur une volonté politique forte, on ne trouve pas sur ce thème la trace de réflexions ministérielles abouties, ni à la Santé, ni à l'Industrie.

Le sujet est effleuré dans le rapport Mordelet pour le Ministère de la Santé. Il est ouvert et refermé en trois pages⁹⁴. *« Cette activité parfois appelé » tourisme médical « se heurte toutefois à des obstacles économiques, car les prix pratiqués en France (comme d'ailleurs aux Etats-Unis, en Allemagne ou au Royaume-Uni) apparaissent particulièrement élevés par rapport aux prix proposés pour des prestations similaires dans certains pays émergents ».*

Dans une note en bas de la même page, l'auteur, après avoir cité des chiffres concernant le pontage coronarien, conclut: *« Compte tenu de ces critères, il n'est pas certain que le marché hospitalier français soit bien positionné au niveau des prix ».*

Il s'agit malheureusement là d'une analyse un peu superficielle et fondée sur une approche BtoC du tourisme médical déjà dépassée.

S'il est clair que les prix français sont supérieurs à ceux de l'Inde, ils ne sont pas fondamentalement supérieurs à ceux pratiqués en Thaïlande, au Mexique, ou à Singapour. Et ils sont suffisamment moins chers que les prix américains pour inciter un patient américain à venir se faire soigner à Paris plutôt qu'à Bangalore.

L'auteur privilégie dans toute la suite du rapport le financement par dotation public (Missions d'Intérêt Général et d'Action concertée) des actions de coopérations et prône la mise en œuvre d'une structure publique nationale pour favoriser le déploiement de l'expertise française dans la construction d'hôpitaux à l'étranger.

La seule action significative des pouvoirs publics en la matière a été le vote dans le Projet de Loi de Finances pour la Sécurité Sociale de 2012 d'un article 75⁹⁵ au libellé un peu abscons: *« Pour les soins hospitaliers programmés ne relevant pas d'une mission de service public, les établissements de santé peuvent déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts ».*

94 Mordelet (2008)

95 LFSS 2012 portant modification de l'article L6112-1 du CSP. A notre connaissance, le décret d'application correspondant n'est pas encore publié.

par un régime d'assurance maladie régi par le présent code, à l'exception des patients (...) relevant d'une législation de sécurité sociale Mordelet (2008) coordonnée avec la législation française pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles en application des traités, accords et règlements internationaux auxquels la France est partie».

En clair, la loi autorise les établissements à tarifier comme ils le souhaitent les patients étrangers ne relevant ni de l'AME, ni d'accords bilatéraux de sécurité sociale.

Cette démarche s'inscrit dans la suite du rapport Attali de 2008⁹⁶ portant sur trois cents propositions pour libérer la croissance, notamment de sa proposition n°282 : *« Permettre l'établissement de devis forfaitaires pour l'accueil des patients étrangers. »*

Celle-ci s'inscrivait dans *« l'objectif d'accroître l'attractivité du secteur hospitalier français afin d'attirer la clientèle étrangère fortunée »*. Cette ambition était supposée avoir pour effet de générer des ressources qui *« pourraient être à terme considérable (plusieurs milliards d'euro) »*.

Il est dommage que la proposition connexe n° 283 *« améliorer les prestations hôtelières des hôpitaux »* n'ait pas été traduite dans les faits.

La vision d'Attali était bonne, mais elle repose sur des actions à la charge des établissements hospitaliers et non sur un vrai plan stratégique porté par l'Etat.

Les hôpitaux ont cependant clairement perçu ce premier pas, certes bien timide, mais réel.

L'AP-HP a durant l'été 2012 annoncé son intention de renforcer ses filières d'accueil de patients étrangers, notamment vers le Moyen Orient.

La Commission Médicale d'Etablissement (CME), dans sa séance du 21 septembre 2012, notait ainsi que *« la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit la possibilité pour les établissements de santé de fixer des tarifs spécifiques pour les patients internationaux »*;

L'AP-HP anticipe un *« repositionnement du tarif visant à :*

- *être plus juste économiquement sur cette cible des patients « payants » (en particulier sortir de l'impossibilité actuelle de facturer les molécules onéreuses*

96 Attali (2008)

et les Dispositifs Médicaux Implantables)

- *Trouver un point d'équilibre entre notre niveau de tarification actuel et le niveau de tarif des structures hospitalières comparables».*

Elle envisage ainsi de majorer son tarif de base de 30 %.

Malheureusement, en dépit des initiatives comme celles de l'AP-HP ou de l'AP de Marseille⁹⁷, le manque d'orientation stratégique au niveau national se traduit par une absence forte de consensus social sur ce thème.

L'annonce de l'AP-HP s'est ainsi heurtée à la réaction violente de la CGT :

« L'Union Syndicale CGT de l'AP-HP et la Fédération CGT de la santé et de l'action sociale tiennent à réaffirmer haut et fort que l'AP-HP est un service public, dont la mission est de traiter l'ensemble des patients accueillis sur un pied d'égalité.

La mise en place de cette filière particulière s'ajoute au scandale de l'activité privée permettant aux patients pouvant payer, de bénéficier de consultations et d'hospitalisations dans des conditions privilégiées. (...)

Si des coopérations avec des pays étrangers pour l'accueil de patients ne pouvant se faire soigner dans leur pays d'origine constitue une des missions anciennes de l'hôpital public, notamment des CHU, la sélection des patients selon leur compte en banque est inacceptable.»

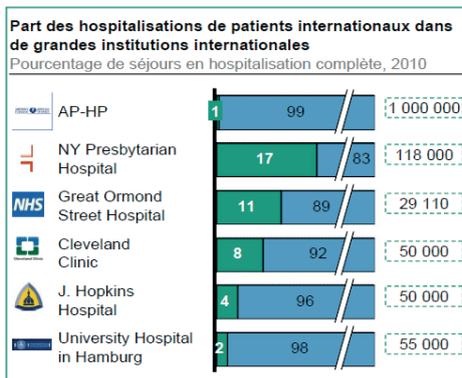
Le double constat fait par l'AP-HP était pourtant simple :

- La modification des règles tarifaires sur les patients en Aide Médicale d'Etat lui faisait perdre plusieurs dizaines de millions d'euro de recettes.
- La part des patients étrangers dans son activité est très inférieure à celle des principaux établissements hospitaliers dans le reste du monde.

Son objectif affiché était, qui plus est, particulièrement modeste : augmenter de 1 Million d'euro les recettes liées aux patients étrangers du Moyen Orient par une majoration de 30 % des tarifs de base.

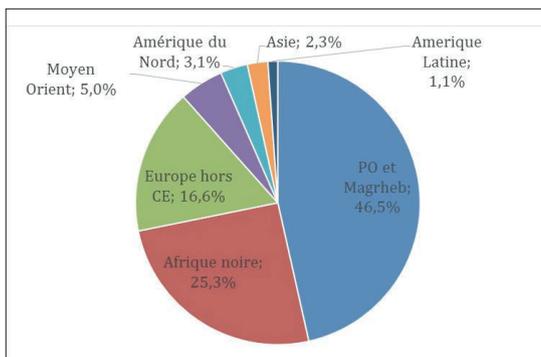
⁹⁷ En juillet 2012, l'APHM a lancé le « pôle Santé Méditerranée », en partenariat avec la Chambre de Commerce et d'Industrie dans l'objectif d'améliorer son recrutement de patients étrangers.

98



Avec moins de 1 % de patients internationaux, l'AP-HP est loin derrière les grands établissements américains⁹⁹. On notera au passage que ces établissements d'excellence ont une activité globale très inférieure à l'AP-HP.

2300 patients étrangers ont ainsi été pris en charge en 2010 à titre individuel ou avec une prise en charge par un organisme étranger. Majoritairement, il s'agit de patients du Maghreb et d'Afrique Sub-Saharienne.

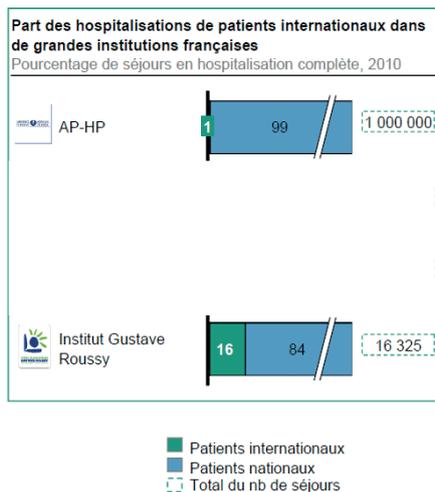


Il est intéressant de noter que les flux les plus importants de patients (Asie, Amérique du Nord et Moyen Orient) ne représentent que 10 % des patients, ce qui démontre clairement le décalage entre l'offre française et le marché mondial.

98 Source: CME de l'AP-HP

99 Les chiffres cités par l'AP-HP ne sont cependant pas concordants avec ceux annoncés par les établissements concernés et semblent surestimer la part d'activité réalisée sur des patients étrangers par les établissements américains.

En France, seul l'IGR a véritablement structuré une démarche de recrutement d'une clientèle internationale.



La structuration d'un plan stratégique de développement de l'offre de tourisme médical passe par plusieurs axes.

Un axe d'orientation stratégique: il faut évaluer sérieusement le bénéfice que pourrait tirer la France d'une telle offre.

Compte tenu de l'existant, du positionnement prix, des contacts internationaux, des recettes de l'ordre d' 1 Md €, soit 1,15 % de la dépense actuelle, ne semblent pas un objectif inatteignable. Cet objectif est significativement inférieur à celui par Jacques Attali en 2008.

Ceci correspond environ à 10 à 15 000 emplois supplémentaires dans le secteur hospitalier, dont on sait qu'il a un fort effet d'entraînement sur l'activité général.

Cette réflexion stratégique doit permettre de cibler les segments du marché sur lesquels développer une offre de services. Celle-ci peut être généraliste ou au contraire spécialisée. Elle peut cibler des populations limitées à fort pouvoir d'achat, comme dans le cas de l'AP-HP qui vise plus un type de clientèle moyen-orientale fortunée, ou se centrer avec des prix unitaires moindres vers des clientèles plus larges.

Un axe de construction : il nous semble indispensable de construire l'offre et de ne pas penser qu'il s'agit d'une adaptation marginale de l'offre existante. On pourrait concevoir des clusters régionaux, regroupant dans des spécialités de pointe plusieurs établissements publics ou privés.

L'offre de l'AP de Marseille, en coordination avec 2 centres de soins de suite, a du sens, d'autant qu'elle s'est limitée à quelques secteurs d'excellence.

Une erreur consisterait cependant à croire qu'une offre de tourisme médical est réservée à des grands établissements.

Des structures plus petites et particulièrement performantes peuvent se révéler plus agiles dans l'élaboration d'une offre. En Île de France, un cluster¹⁰⁰ regroupant des structures aussi différentes mais performantes que le sont l'Institut Gustave Roussy et Curie en oncologie, les Maussins ou Arago en orthopédie, le Centre Cardiologique du Nord en pathologie cardio-vasculaire, Jacques Cartier en chirurgie cardiaque aurait probablement également du sens.

Le concept de cluster est cohérent en matière de mutualisation des efforts de communication et de prospection.

Un axe de communication : il est nécessaire de faire savoir l'existence d'une offre aux acheteurs internationaux.

Cela passe par le développement de l'information sur le net¹⁰¹, auprès des assureurs, des intermédiaires, et une présence active dans les congrès et forums. Cela nécessite également d'avoir des relais actifs dans les ambassades de France des pays cibles.

Ceci pourrait, à l'instar de la Corée, de Singapour, et de bien d'autres pays, être coordonné par une Agence du Tourisme Médical.

Dans certaines grosses régions, les Comités Régionaux du Tourisme, qui dépendent des conseils régionaux, pourraient utilement relayer une telle démarche.

De même, on pourrait concevoir qu'Unicancer, qui regroupe les Centres Régionaux de Lutte contre le Cancer, puisse porter une offre au niveau international.

100 Aucun de ces établissements n'a été contacté. Il s'agit ici d'un exemple d'établissements de taille moyenne disposant d'une expertise incontestable.

101 Si l'AP de Marseille a – sur la page d'accueil – opportunément créé des formulaires en anglais, allemand, espagnol, italien et arabe, celui de l'AP-HP reste à l'heure actuelle désespérément franco-français....

LA PLACE DE LA FRANCE DANS LE DÉBAT

Le secteur mutualiste¹⁰², qui dispose non seulement d'une offre de soins hospitaliers de qualité mais également de relais mutualistes dans une partie des pays européens, pourrait jouer un rôle particulièrement important dans la prise en charge des soins transfrontaliers dans le cadre de la Directive Européenne.

102 Voir Meloux (2011)

Conclusions

Nous pouvons à ce stade tirer quatre conclusions partielles sur la problématique du tourisme médical :

Un phénomène mondial et irréversible : quel que soit le jugement que l'on porte sur le tourisme médical, force est de constater qu'il s'agit d'un mouvement mondialisé, de forte ampleur et en croissance rapide.

Pesant actuellement plusieurs dizaines de milliards de \$, il devrait dans un horizon relativement proche de quelques années atteindre les 100 Mds de \$.

Un marché en restructuration : conçu au départ comme un marché de consommateurs individuels, le tourisme médical est en train de se structurer progressivement par le biais des financeurs, qu'ils soient publics au travers de la directive sur les soins transfrontaliers ou privés, sur les marchés anglo-saxons notamment. Les règles du jeu seront fondamentalement différentes et les mécanismes de captation de flux de patients vont petit à petit se modifier pour aboutir sur un modèle traditionnel de business to business.

Cette dimension doit conditionner les réflexions stratégiques et le positionnement des offreurs.

Une opportunité économique pour la France : notre pays dispose d'atouts considérables pour devenir un acteur majeur de l'offre internationale. La France manque cependant d'une vision stratégique forte sur cette activité, vision stratégique qui a caractérisé tous les acteurs ayant réussi une percée internationale dans le domaine de tourisme médical.

Une réflexion approfondie et des choix organisationnels forts devront être conduits dans un délai rapide pour transformer nos potentialités en succès.

Un champ de développement pour les assureurs complémentaires : les assureurs complémentaires peuvent développer pour les patients français un ensemble de services sans pour autant se lancer dans la garantie de prestations actuellement non couvertes par la majorité des polices d'assurance-santé.

Il existe en amont à destination des patients toute une gamme de services qui pourraient, à moindre coût, compléter les garanties et servir de socle à une éventuelle prise en charge des soins eux-mêmes.

Remerciements

L'auteur exprime ses remerciements :

- à **François Ewald et Jean-Michel Laxalt** pour leur soutien constant durant la conception de cet ouvrage,
- à **Gilles Johanet**, pour avoir su me convaincre il y a 25 ans que la Santé est le plus beau secteur professionnel qui soit,
- au **Dr Jean-Marie Le Guen**, Député de Paris et Président du Conseil de Surveillance de l'AP-HP, pour m'avoir le premier permis de formaliser quelques idées sur ce thème,
- au **Dr Jean-Pierre Thierry et au Pr James (Jimmy) Goldberg**, qui furent pour partie à l'origine de ma réflexion sur cette question. Jimmy a initié les premières rencontres, notamment avec Karen Timmons, alors CEO de la Joint Commission International, et Carolyn Clancy, CEO de l'AHRQ,
- à **André Guinet, Directeur Général, et Francis Bailly, Président du Conseil des Gouverneurs de l'Hôpital Américain de Paris** pour nos échanges fructueux sur le thème,
- à **Laurent Alexandre**, pour son amitié fidèle et nos discussions passionnées sur l'évolution des systèmes de santé
- à **Eric Agulhon, Naima Aliouche Kerboua, Nadia Guyon, Philippe Jacqueson, Ludovic Mary, Jean-Michel Meloux, et Maryam Sassa**, pour leurs contributions dans le cadre du Master de l'Enass,
- aux mêmes et à mon ami **Gilbert Ducloy**, professeur à l'Enass, pour notre voyage d'études à Budapest,
- à **mes amis chers et relecteurs : Jean-Charles, Michel, Wilfrid, Saranda, Jean-Pierre, Alain, André et Alain**. Je garde bien entendu l'entière responsabilité des propos tenus dans l'ouvrage,
- à **Nathalie, Alexandre, et Judith**, pour leur fantaisie, leur enthousiasme, leur ouverture d'esprit, leur goût pour les destinations lointaines, et leur amour.

Bibliographie

Agulhon (2011), Agulhon E., *La mondialisation des soins: les assureurs santé en France ont-ils intérêt au développement du tourisme médical?*, Mémoire de Master, ENASS 2011.

Aliouche (2011), Aliouche Kerboua N., *L'eupéanisation des soins de santé. Y a-t-il une réponse assurantielle à une mobilité croissante des patients au sein de l'Union Européenne?* Mémoire de Master, ENASS, 2011.

Attali (2008), Attali J, *Rapport de la Commission pour la libération de la croissance française: 300 décisions pour changer la France*, La Documentation Française, janvier 2008.

Berhmann et Smith (2010), *Top 7 issues in Medical Tourism: Challenge, Knowledge Gaps, and Future Directions for Research and Policy Development*, *Global Journal of Health Science*, Vol 2, N° 2, October 2010

Bergmark, R., Barr, D. & Garcia, R. (2008), *Mexican Immigrants in the US Living Far from the Border may Return to Mexico for Health Services*. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12, 610-614.

Canales, M. T., Kasiske, B. L. & Rosenberg, M. E. (2006), *Transplant Tourism: Outcomes of United States Residents Who Undergo Kidney Transplantation Overseas*. *Transplantation*, 82, 1658-1661.

Carrera, P. & Lunt, N. (2010), *A European perspective on medical tourism: the need for a knowledge base*. *International Journal of Health Services*, 40, 469-84.

Chanda, R. (2002), *Trade in health services*. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 158-163.

Chanda, R., Gupta, P., Martinez-Alvarez, M. & Smith, R. D. (2011), *Telemedicine: A review of the literature and analysis of a role for bi-lateral trade*. *Health Policy*, (in press).

Chee, H. L. (2007), *Medical Tourism in Malaysia: International Movement of Healthcare Consumers and the Commodification of Healthcare*. Available: http://www.ari.nus.edu.sg/docs/wps/wps07_083.pdf.

Cortez, N. (2008), *Patients without Borders: The Emerging Global Market for Patients and the Evolution*

Das (2010), Das, J and Hammer, J. *The quality of medical care in Urban India: a summary of recent research*, *Indian Health Beat*, Jan 2010.

ECFMG database and 2009 American Medical Association Physician Masterfile

Ehrbeck T, and al (2008) . *Mapping the market for Medical travel, Mc Kinsey Quarterly*, Mai 2008

Ewald F. (2012), *Assurance, prévention, prédiction... dans l'univers du Big Data*, Institut Montparnasse, octobre 2012.

Fargeon, V et Brunat, M. (2012), *La contribution de la santé et de l'assurance santé au développement et à la croissance économique de la France*, Institut Montparnasse, janvier 2012

Fitzhugh Mullan (2005), *M.D The Metrics of the Physician Brain Drain N Engl J Med 2005; 353:1810-1818*

Freire, N.A., *L'essor du tourisme médical : joindre l'utile à l'agréable ?* Cahier de la Recherche de l'ISC Paris CRISC N°26 Management du Tourisme, ISC PARIS,

Goel (2010) : Goel and Wattal, New DelhiMetallo Beta Lactamase 1, *The Lancet Infectious Diseases, Volume 10, Issue 11, Page 751, November 2010*

Guyon (2011), Guyon N, *Le système de santé français face à la mondialisation*, Mémoire de Master, ENASS (2011)

Heung, V. C. S., Kucukusta, D. & Song, H. (2010), *A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research. Journal of Travel & Tourism Marketing*, 27, 236-251.

Indrajit Hazarika (2010) *Medical tourism: its potential impact on the health workforce and health systems in India, Health Policy and Planning 2010;25:248–25*

Institute of International Education. (2012). «*International Students by Field of Study, 2010/2011 - 2011/12.*» *Open Doors Report on International Educational Exchange*. Retrieved from <http://www.iie.org/opendoors>

Institute of International Education. (2012). «*Fields of Study of Students from Selected Places of Origin, 2011/12.*» *Open Doors Report on International Educational Exchange*. Retrieved from <http://www.iie.org/opendoors>

JCI. (2011), *JCI Accredited Organizations. Joint Commission International*.

Jeevan, R., Birch, J. & Armstrong, A. P. (2011), *Travelling abroad for aesthetic surgery: Informing healthcare practitioners and providers while improving patient safety. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*,

Keckley, P. H. & Eselius, L. L. (2009), *2009 Survey of Health Care Consumers: Key Findings*,

BIBLIOGRAPHIE

Strategic Implications. Washington: Deloitte Center for Health Solutions.

Keckley, P. H. & Underwood, H. R. (2008), *Medical Tourism: Consumers in Search of Value. Washington: Deloitte Center for Health Solutions.*

Keckley (2011), Keckley, P. H. & Underwood, H.R., *Medical Tourism: update and implications.. Washington: Deloitte Center for Health Solutions, 2011/*

Kumarasamy (2010), Kumarasamy, K.K., Toleman, M.A., Walsh, T.R., Bagaria, J., Butt, F., Balakrishnan, R., Chaudhary, U., Doumith, M., Giske, G.C., Irfan, S., Krishnan, P., Kumar, A.V., Maharjan, S., Mushtaq, S., Noorie, T., Paterson, D.L., Pearson, A., Perry, C., Pike, R., Rao, B., Ray, U., Sarma, J.B., Sharma, M., Sheridan, E., Thirunarayan, M.A., Turton, J., Upadhyay, S., Warner, M., Welfare, W., Livermore, D.M., Woodford, N. (2010) «*Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological stud*», *Lancet Infectious Diseases*,

Lun (2010) Lunt, N., Hardey, M. & Mannion, R. (2010), *Nip, tuck and click: medical tourism and the emergence of web-based health information. The Open Medical Informatics Journal, 4, 1-11.*

Lunt (2011), Lunt, N. & Carrera, P. (2011), *Advice for Prospective Medical Tourists: systematic review of consumer sites. Tourism Review, 66, 57-67.*

(Lunt (2012) Lunt N, et al.: *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review, OCDE, 2012*

Mary (2011), Mary L. *Le tourisme chirurgical esthétique: un nouveau marché pour les assureurs? Mémoire de Master, ENASS, 2011.*

Meloux (2011), Meloux JM, *Les impacts du tourisme médical en France et en Europe sur les mutuelles adhérentes à la Mutualité Française, Mémoire de Master, ENASS, 2011.*

Meurette (2006), Meurette J., *Mondialisation et Chirurgie, dans Actes du Colloque « Mondialisation et Santé », Cercle Santé Société, Avril 2006*

Mordelet (2008), Mordelet P, *Rapport sur l'organisation et le financement des activités de coopération international des hôpitaux dans le cadre de la tarification à l'activité, Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins, Ministère de la Santé, Novembre 2008.*

Niechajev (2012), Niechajev I, Frame J. *A plea to control medical tourism. Aesthetic Plast Surg. 2012 Feb;36(1):202-6.*

OECD (2010), *Health Accounts Experts, Progress Report. Trade in Health Care Goods and Services Under the System of Health Accounts. Paris: OECD.*

Pollard (2012), Pollard K. *Our survey says, 10 things you should know about medical tourism*, www.treatmentabroad.com

Sassa (2011), Sassa M. *Les réponses assurantielles au tourisme médical. Risques classiques – risques émergents*. Mémoire de Master, ENASS, 2011.

TaelGuy Ko, *Medical Tourism System Model*, *International Journal of Tourism Sciences*, Volume 11, Number 1, pp. 18-51, 2011 Tourism Sciences Society of Korea.

TreatmentAbroad. (2009), *United Kingdom: Medical tourism to the UK [Online]*.

TRAM (2006), Tourism Research and Marketing (TRAM), *Medical tourism: a global analysis*, feb 2006

Vallancien (2006), Vallancien G, *Industrialisation des soins médicaux et convergence des intérêts sanitaires dans le monde*, dans *Actes du Colloque «Mondialisation et Santé»*, Cercle Santé Société, Avril 2006

Youngman, I. (2009), *Medical tourism statistics: Why McKinsey has got it wrong*. *International Medical Travel Journal*.

Institut Montparnasse
3, square Max-Hymans - 75015 Paris
Tél. : 01 40 47 20 27
e-mail : contact@imontparnasse.fr
www.institut-montparnasse.fr

