



**Conférence
des Nations Unies
sur le commerce
et le développement**

Distr.
GENERALE

TD/B/COM.1/EM.1/2
7 avril 1997

FRANCAIS
Original : ANGLAIS

CONSEIL DU COMMERCE ET DU DEVELOPPEMENT

Commission du commerce des biens et services,
et des produits de base

Réunion d'experts sur le renforcement des capacités
et l'accroissement des exportations des pays en développement
dans le secteur des services : services de santé

Genève, 16-18 juin 1997
Point 3 de l'ordre du jour provisoire

**LE COMMERCE INTERNATIONAL DES SERVICES DE SANTÉ : DIFFICULTES
ET POSSIBILITES QUI SE PRESENTENT AUX PAYS EN DEVELOPPEMENT**

Note d'information du secrétariat de la CNUCED

TABLE DES MATIERES

	<u>Paragraphes</u>
Résumé	1 - 12
Chapitre I	
La nouvelle donne en matière de services de santé	13 - 22
Chapitre 2	
Modes de livraison des services de santé	23 - 80
a) Mouvement de personnes physiques	23 - 40
b) Mouvement de consommateurs	41 - 56
c) Présence commerciale à l'étranger	57 - 72
d) Echanges transfrontières	73 - 80
Chapitre 3	
Stratégies d'exportation dans le domaine des services de santé	81 - 93

RESUME

1. Dans la quasi-totalité des pays, y compris les plus développés, le secteur de la santé est en phase de restructuration. Dans ceux où les services de santé étaient considérés comme un droit accordé ou garanti à chacun par l'Etat, la compression des budgets et l'envolée des dépenses ont entraîné une réduction de la couverture sociale assurée par les pouvoirs publics et élargi la place faite au secteur privé. D'où des possibilités accrues de commerce international dans les services de santé, ce qui a permis à un certain nombre de pays en développement de mettre à profit les nouveaux débouchés existant dans ce secteur.

2. Les pays en développement se heurtent à un problème de restructuration particulièrement critique, dans certains cas en raison des conditions dont sont assortis les programmes FMI/Banque mondiale : à cela s'ajoute le fait qu'une grande partie de la population n'est pas toujours en mesure de payer un traitement médical, voire d'accéder à des soins. Pour certains pays en développement, le commerce des soins de santé est considéré comme un moyen d'accroître les recettes publiques, tout en renforçant et en améliorant le service national de santé. Dans ce type de commerce, ils peuvent exploiter divers atouts, tels que le faible coût de la main-d'oeuvre qualifiée, des facteurs culturels, des avantages naturels, ou telle ou telle forme de médecine.

3. La circulation des personnes physiques est d'une importance particulière en tant que "mode de fourniture" des services de santé. Le déplacement de personnel médical, en quête de revenus plus élevés ou de meilleures conditions de vie et de travail, peut donner lieu à des recettes d'exportation sous la forme de rapatriement de fonds, mais risque également d'entraîner un "exode des compétences" dans les pays qui ne peuvent pas offrir des possibilités de ce type. Dans de nombreux pays, l'émigration est compensée par l'entrée d'étrangers, mais les pays les plus pauvres, notamment parmi les moins avancés, sont pénalisés, car ils ne peuvent pas se procurer du personnel de remplacement. Les pays qui semblent le plus profiter de ce mode d'exportation sont ceux qui organisent le mouvement de personnel par équipe, ce qui permet à la fois de dégager des recettes d'exportation et de veiller à ce que les intéressés retournent dans leur pays d'origine en ayant acquis des compétences supplémentaires. Paradoxalement, il arrive qu'une réglementation soit élaborée en matière d'immigration pour faciliter l'admission du personnel médical, et que celui-ci se heurte ensuite à des difficultés pour exercer ses activités, ses qualifications professionnelles n'étant pas reconnues. A terme, il peut se révéler nécessaire de mettre en place des programmes d'études compatibles et des normes professionnelles mutuellement acceptables pour que les spécialistes de la santé puissent plus facilement se déplacer d'un pays à l'autre.

4. La circulation des personnes en tant que consommateurs s'intensifie et revêt différentes formes : elle ne se limite plus au déplacement de personnes nanties, originaires de pays en développement, vers les pays développés pour y bénéficier d'un traitement spécialisé. Les pays en développement mettent au point des stratégies pour attirer des patients étrangers. Le principal obstacle tient sans doute aux risques auxquels

s'exposent des personnes à la santé précaire, mais la non-transférabilité des polices d'assurance (tant publiques que privées) au niveau international limite en tout état de cause la taille de ce marché.

5. L'exportation de services de formation médicale, naguère chassée gardée de quelques pays développés, devient à présent un poste important dans le commerce extérieur de certains pays en développement. Les étudiants en médecine deviennent souvent des médecins résidents, assurant des prestations dans le pays où ils étudient : d'importateurs, ils deviennent des exportateurs.

6. L'établissement de sociétés étrangères dans le secteur de la santé était auparavant interdit, ou faisait l'objet de diverses restrictions, notamment sur la base du critère des besoins économiques. Cependant, l'élargissement de la place occupée par le secteur privé est allé de pair avec une ouverture partielle de ce marché aux entreprises étrangères dans de nombreux pays, souvent en vue de réduire les coûts, d'alléger les charges du secteur public et d'introduire de nouvelles techniques.

7. L'implantation sur les marchés étrangers est facilitée par l'apparition de nouvelles formes d'organisation commerciale telles que les organismes de gestion des soins de santé - ou réseaux de soins coordonnés - qui ont exercé des pressions à la baisse sur les dépenses de santé.

8. Grâce à la télémédecine, les services de santé se prêtent au commerce transfrontière. Par ce moyen, des services médicaux peuvent être assurés dans les pays pauvres et les régions isolées. Certaines entreprises commerciales fondent leurs stratégies d'exportation sur ce type de médecine.

9. Le processus de mondialisation des services de santé se traduit par une expansion du commerce dans les quatre "modes de fourniture" recensés. Une libéralisation est intervenue dans le cadre d'accords régionaux et sous-régionaux. Les réglementations et restrictions imposées par les gouvernements et les associations professionnelles privées sont remises en cause par le jeu des mécanismes du marché. Cependant, de multiples entraves pèsent encore sur le commerce international des services de santé : les engagements pris en la matière au titre de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) restent relativement limités.

10. De nombreux pays, tant développés qu'en développement, adoptent des stratégies d'exportation pour les services de santé, et certains libéralisent l'accès à leur propre marché. Cela étant, les limites à la concurrence observées dans de nombreux secteurs de services - qui tiennent à des facteurs sociaux et culturels et aux impératifs du développement - sont plus prononcées dans le secteur de la santé, où des vies humaines et le bien-être de la population sont en jeu. Il faudrait envisager une nouvelle "génération" de dispositions réglementaires pour développer le commerce dans ce secteur, de façon à réduire les dépenses, tout en veillant à ce que ce type de commerce contribue à améliorer la qualité et la portée des soins de santé.

11. Plusieurs facteurs pesant sur les capacités des pays en développement et leurs résultats commerciaux dans le secteur des services de santé semblent tout aussi pertinents dans les autres branches de services : tel est le cas de

la circulation de personnes physiques, qui permet non seulement de fournir des prestations, mais également d'améliorer les compétences et le potentiel technologique. Les technologies naissantes, qui facilitent le commerce transfrontière, et des formes inédites d'organisation commerciale, se prêtant à la conquête de marchés étrangers, offrent aussi de nouvelles possibilités commerciales. Des difficultés sont néanmoins prévisibles en ce qui concerne l'élaboration des dispositions réglementaires correspondantes et les engagements à prendre dans la perspective d'une telle évolution. Tous ces facteurs démontrent à la fois la nécessité de tirer parti des rôles complémentaires des secteurs public et privé et l'importance des travaux entrepris au titre de l'AGCS en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles.

12. Le commerce des services de santé fait apparaître l'extrême vulnérabilité des pays pauvres, notamment les pays les moins avancés, qui subissent un exode des compétences, d'une part, et, de l'autre, sont incapables d'accéder aux techniques de pointe. Une action directe s'avère indispensable de la part de la communauté internationale pour prévenir un effritement supplémentaire des capacités de ces pays dans le secteur de la santé et d'autres branches du tertiaire.

CHAPITRE I

LA NOUVELLE DONNE EN MATIERE DE SERVICES DE SANTE

13. Les gouvernements sont aux prises avec un ensemble de facteurs complexes, en raison desquels il devient de plus en plus difficile de fournir des services de santé à la population. Dans le monde développé, en particulier, le coût élevé des interventions médicales, conjugué au vieillissement de la population, pèse fortement sur la rentabilité de nombreuses prestations en termes de santé ¹. Le processus de mondialisation du commerce, des voyages et des migrations, de la technologie et des communications s'est nettement accéléré au cours des vingt dernières années, entraînant des avantages pour certains et une marginalisation pour d'autres. Des problèmes écologiques sont apparus, s'accompagnant de menaces supplémentaires pour la santé.

14. Comme l'a constaté l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des améliorations de l'état de santé, de la couverture médicale et de l'accès aux soins de santé sont manifestes partout dans le monde, mais tous n'en ont pas profité. De fait, le nombre des pauvres s'est accru dans les pays en développement, ce qui risque d'accentuer les disparités entre le monde en développement et le monde développé en matière de situation sanitaire. Certaines projections donnent à penser que les gains réalisés pourraient bien ne pas perdurer.

15. On s'accorde de plus en plus à reconnaître que les politiques économiques ont d'importantes incidences sur la situation en matière de santé. Or de nouvelles politiques tendent à réduire les dépenses publiques consacrées aux programmes sociaux et, si on n'y fait pas contrepois, elles pourraient avoir des conséquences néfastes pour l'état de santé de la population. De vives inquiétudes ont été exprimées ces dernières années au sujet des effets du développement économique et, en particulier, du processus

d'ajustement structurel tant sur l'environnement que sur le progrès social en général, notamment en ce qui concerne l'éducation et la santé². Les multiples facteurs qui influent sur l'état de santé étant mieux pris en compte, des efforts ont été entrepris pour mettre au point des démarches intersectorielles. Le secteur de la santé cherche à collaborer avec d'autres secteurs tels que l'agriculture, l'éducation, les finances, le commerce, l'environnement, etc.

16. Les ressources financières étant désormais moins abondantes au niveau mondial, il devient impératif d'appliquer des stratégies à la fois rentables et économiques au renforcement des systèmes de santé et aux prestations proprement dites. La concurrence entre les divers secteurs ira sans doute en s'intensifiant. Il s'avère nécessaire de percevoir les avantages d'une approche intersectorielle et de faire en sorte que d'autres secteurs participent à l'élaboration de programmes coordonnés en vue de mettre au point des mesures efficaces.

17. Les conditions dans lesquelles les systèmes de santé et les politiques correspondantes prennent forme se sont radicalement transformées. Ces dernières décennies, les gouvernements pouvaient tabler sur de longues périodes de reconstruction nationale, une croissance de l'économie et un plus large partage de la prospérité. Le développement s'inscrivait sous le signe d'une redistribution allant de pair avec la croissance. Or l'orthodoxie économique et la théorie du développement ont évolué. Sur tous les continents, l'on s'attache à redéfinir et à réduire le rôle de l'Etat. L'économie nationale est de plus en plus influencée par les mécanismes du marché, plutôt que par l'intervention des pouvoirs publics. Ces transformations se manifestent également dans le domaine de la santé, où le secteur privé intervient de plus en plus en tant que bailleur de fonds, producteur et prestataire de services. Dans certains pays, les institutions publiques sont privatisées et de nouveaux établissements privés viennent les remplacer ou les compléter. On encourage les plans d'assurance maladie et le financement par la collectivité, ainsi que la fourniture de services par le secteur privé. Cependant, un nouveau défi se présente aux gouvernements, à savoir continuer de guider et de réglementer le secteur de la santé, y compris les intervenants privés, dans l'intérêt de la santé publique.

18. Le rééquilibrage entre secteur public et secteur privé suscite des préoccupations touchant au principe d'équité et à l'accès aux services, surtout pour les populations les plus démunies. La plupart des gouvernements ont pris des initiatives tendant à réformer le secteur de la santé, notamment par un réexamen approfondi du mode de financement, de l'organisation et de la gestion des systèmes de santé. Ces réformes font une large place à la recherche de nouveaux partenariats et de nouvelles sources de revenu.

19. Les questions mentionnées ci-dessus touchent les pays de différentes façons, et l'environnement socio-économique et politique de chacun détermine en partie les moyens qu'il a de les résoudre.

20. Les principaux problèmes auxquels se heurtent un certain nombre de pays pauvres en développement englobent la pénurie de ressources financières, matérielles et humaines. A cela s'ajoutent des conditions économiques défavorables et l'exode du personnel qualifié au profit d'autres pays.

Beaucoup de pays pâtissent également d'un niveau technologique insuffisant, tandis que dans d'autres, les techniques de pointe ne servent qu'à une petite partie de la population. Les pays cherchent des moyens leur permettant de se procurer des capitaux étrangers et de mieux répondre aux besoins de la population : les débouchés commerciaux du secteur de la santé figurent parmi les possibilités étudiées. Il leur faut trouver des domaines dans lesquels ils disposent d'un avantage comparatif et en tirer parti pour développer les services destinés à l'exportation.

21. La compétitivité des services de santé est fonction de multiples facteurs : structure des coûts, ressources humaines disponibles et niveau de qualification du personnel, différenciation des prestations, technologie et installations offertes aux patients. Autant d'atouts qui peuvent être renforcés par d'autres facteurs, tels que la proximité géographique, des affinités culturelles et linguistiques, la dotation en ressources naturelles et une commercialisation efficace de tel ou tel avantage.

22. Les effets bénéfiques qui peuvent résulter de l'expansion des perspectives commerciales doivent être mis en balance avec les effets négatifs éventuels. Par exemple, l'aménagement d'installations privées dotées des équipements les plus modernes à l'intention des plus nantis ou des étrangers accroît certes le potentiel technologique du système de santé. Cependant, de telles installations ne sont guère susceptibles d'améliorer l'accès aux services de santé pour le reste de la population, à moins que des dispositions ne soient prises pour céder au secteur public une partie des lits ou des services disponibles. Du point de vue de la compétitivité, la technologie est un élément important qui contribue à rendre tel ou tel pays ou établissement de santé plus attrayant. Du point de vue de la santé publique, il faut trouver un juste milieu entre la nécessité d'investir dans des techniques qui garantissent des soins de santé à la fois modernes et efficaces et le souci d'éviter des dépenses excessives. De toute évidence, dès lors que les pays étudient les possibilités de commercialiser les services de santé, il s'agit de prévoir non seulement une réglementation à cet effet, mais aussi et surtout, des dispositions législatives et réglementaires allant dans le sens des principes de la politique nationale de santé, comme que l'équité et la viabilité.

CHAPITRE 2

MODES DE LIVRAISON DES SERVICES DE SANTE

a) Mouvement de personnes physiques

23. Au sens de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), les services de santé comprennent : les services médicaux et dentaires; les services des accoucheuses, infirmières et physiothérapeutes et du personnel paramédical; les services hospitaliers; et les autres services de santé humaine.

24. Le mouvement temporaire de personnel visant à fournir des prestations à l'étranger est un mode de livraison relativement important dans les services de santé, du fait que ceux-ci se caractérisent par un fort coefficient de main-d'oeuvre, que de nombreux pays connaissent des pénuries de personnel et

que les services de santé, à la différence de beaucoup d'autres services professionnels (juridiques ou comptables, par exemple), sont dans une large mesure fondés sur des connaissances scientifiques universelles.

25. Les professionnels de la santé se déplacent pour bénéficier à la fois de meilleures conditions de vie et de travail et de rémunérations plus avantageuses, en passant souvent du secteur public au secteur privé. Il arrive aussi qu'ils souhaitent acquérir des qualifications professionnelles plus élevées ou se familiariser avec de nouvelles techniques qui n'ont pas encore été introduites dans leur pays d'origine. Les employeurs, quant à eux, demandent des compétences qui manquent sur le marché intérieur³. L'arrivée de professionnels de la santé permet de remédier à des insuffisances dans les pays d'accueil, de même que les rapatriements de fonds peuvent améliorer le niveau de vie dans les pays d'origine. Ainsi, bien que l'émigration définitive de ces spécialistes risque d'entraîner un exode de personnel qualifié hors des pays en développement, des déplacements temporaires peuvent contribuer à une amélioration générale des compétences lorsque les spécialistes en question reviennent dans leur pays pour reprendre leur activité.

26. Selon des estimations, les pays en développement fournissent 56 % du total des médecins migrants et en reçoivent moins de 11 %⁴. La destination des flux a évolué au fil du temps. Dans les années 60, les médecins travaillant à l'étranger étaient pour l'essentiel originaires des pays développés : à l'heure actuelle, ils viennent principalement de pays en développement et surtout de l'Asie⁵. De nombreux pays enregistrent à la fois des sorties et des entrées de personnel de santé. Le Royaume-Uni, par exemple, "exporte" du personnel infirmier auxiliaire vers les Etats-Unis et, parallèlement, "importe" des infirmiers (de l'Irlande et de l'Inde notamment) pour faire face aux besoins intérieurs; la Jamaïque envoie des infirmiers aux Etats-Unis et en reçoit du Nigéria et du Myanmar. Ce sont les pays ayant le revenu le plus bas qui sont les plus touchés par l'exode des compétences, car ils ne sont pas en mesure d'attirer des remplaçants. L'Afrique du Sud, par exemple, a connu un exode de personnel médical vers le Royaume-Uni, le Canada et les Etats-Unis, de même qu'une migration du secteur public au privé. Dans un premier temps, l'hémorragie a pu être enrayée dans le secteur public en faisant appel au personnel de pays voisins; cependant, cette fuite de compétences se révélant intolérable pour ses voisins les plus pauvres, le Gouvernement sud-africain s'est mis en rapport avec Cuba pour faire venir du personnel médical disposé à travailler dans les régions les plus reculées. En outre, des dispositions ont été prises pour permettre à des médecins du Mozambique de travailler à temps partiel en Afrique du Sud (tout en résidant au Mozambique) de façon à améliorer leur revenu. Les professionnels de la santé des pays en développement fournissent souvent une grande partie de la main-d'oeuvre non qualifiée employée dans ce secteur dans le monde développé, indépendamment des titres qu'ils peuvent avoir.

27. Selon certaines études récentes, les marchés des pays développés, notamment aux Etats-Unis et dans l'Union européenne, semblent désormais saturés pour certaines catégories de spécialistes de la santé⁶. Cependant, de nouveaux débouchés pourraient encore apparaître dans différents secteurs, tels les soins aux personnes âgées et aux handicapés, ainsi qu'aux patients

souffrant de toxicomanie ou d'alcoolisme, et la fourniture de services médicaux dans les zones reculées. Les affinités culturelles et la proximité géographique facilitent à cet égard le transfert de personnel de santé à l'étranger.

Obstacles effectifs ou potentiels au commerce

28. Les restrictions pesant sur la libre circulation du personnel de santé tiennent à toutes sortes d'éléments : critère des besoins économiques, discrimination dans l'octroi de licences, agrément, reconnaissance des qualifications professionnelles étrangères, conditions de nationalité et de résidence, prescriptions imposées au niveau de l'Etat ou de la province, réglementation relative à l'immigration, accès aux examens pour le perfectionnement des compétences, contrôle des changes affectant les rapatriements des revenus et régime discriminatoire en matière de rémunérations et de dépenses.

29. Selon le *critère des besoins économiques*, une personne peut être admise temporairement dans un pays à condition qu'aucun résident ou ressortissant du pays d'accueil ne soit disponible ou ne possède les qualifications voulues pour exécuter la même tâche. Dans les engagements pris au titre de l'AGCS, un tel critère, considéré comme une limitation de l'accès aux marchés au sens de l'article XVI, apparaît souvent comme une restriction à la circulation des personnes physiques, notamment les personnes mutées à l'intérieur d'une société et les professionnels indépendants recrutés en vertu d'un contrat. Le critère des besoins économiques équivaut à une mesure de contingentement et peut avoir un caractère qualitatif ou quantitatif. Il tient compte des caractéristiques démographiques existantes, ainsi que des capacités des services de santé.

30. Le *régime de licence* peut entraver l'admission des étrangers en ne reconnaissant pas leurs qualifications professionnelles ou en leur imposant des normes discriminatoires, plus rigoureuses et plus coûteuses. L'octroi des licences et la reconnaissance des qualifications se révèlent particulièrement complexes dans les cas où il n'existe aucun organe national compétent et où l'autorisation de pratiquer la médecine est délivrée par les autorités locales (de l'Etat ou de la province), chacune ayant son propre organe chargé d'agréeer les spécialistes de la santé. L'enregistrement ou l'affiliation obligatoire auprès d'un organisme professionnel peut également constituer un obstacle pour quiconque souhaite offrir un service à titre temporaire.

31. Aux Etats-Unis, par exemple, les conditions requises pour obtenir le droit de pratiquer la médecine dans le cas de personnes formées hors du pays diffèrent suivant les Etats, certains autorisant les diplômés d'écoles de médecine étrangères à exercer leur activité à condition de passer un examen écrit. Les candidats doivent également se présenter à l'examen d'aptitude de l'Educational Commission for Foreign Medical Graduates, puis effectuer une période de stage dans un hôpital des Etats-Unis. De nombreux Etats accordent l'autorisation de pratiquer la médecine en avalisant les qualifications des diplômés d'écoles de médecine canadiennes agréées ⁷.

32. Au Canada, les conditions de délivrance de l'autorisation d'exercer pour les médecins ayant des qualifications étrangères varient d'une province à

l'autre. Les étrangers doivent aussi obtenir l'accord du ministère provincial compétent, qui détermine si les services professionnels qu'ils offrent sont nécessaires. Les infirmiers diplômés d'Etat doivent avoir obtenu des autorités provinciales l'autorisation d'exercer leur activité au Canada avant de pouvoir être admis dans le pays en qualité de professionnels. Un permis de travail est délivré à la date d'entrée dans le pays pour une durée maximale d'un an. Des prorogations peuvent être accordées par tranches d'un an, sur décision d'un agent des services d'immigration. L'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) comporte des dispositions relatives à la circulation temporaire des professionnels de la santé.

33. Au sein de l'Union européenne, tout traitement discriminatoire fondé sur la nationalité visant les ressortissants d'autres Etats membres est interdit en ce qui concerne tant le droit d'établissement que la fourniture de services. Les fournisseurs de services de santé font l'objet de plusieurs directives (directives 77/452/CEE sur les infirmiers responsables des soins généraux, 78/1026/CEE sur les vétérinaires, 80/154/CEE sur les sages-femmes et 85/433/CEE sur les pharmaciens). La directive 93/16/CEE du Conseil, du 5 avril 1993, vise à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres. Elle prévoit des dispositions destinées à leur faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services, ainsi que des mécanismes de convergence et de coordination. Des propositions ont été formulées en vue d'examiner les problèmes des ressortissants de la Communauté possédant des qualifications médicales obtenues dans des pays tiers⁸. La directive 89/48/CEE du Conseil, du 21 décembre 1988, définit un système général garantissant l'équivalence des diplômes universitaires afin d'assurer une liberté effective d'établissement au sein de la Communauté. En vertu de l'article 3, principale disposition de cette directive, quiconque a la faculté d'exercer une profession dans le pays membre d'origine bénéficie d'une reconnaissance de son diplôme dans l'Etat d'accueil pour y exercer la même profession. Cet article crée donc un droit à la reconnaissance du diplôme dont les intéressés peuvent directement se prévaloir devant les autorités nationales, tant administratives que judiciaires. Un tel système se fonde sur le principe de la confiance mutuelle et de la comparabilité des niveaux de formation; cependant, en cas de différences structurelles importantes entre les programmes de formation, l'Etat membre d'accueil peut y remédier en imposant une période d'adaptation et un examen d'aptitude⁹.

34. Même si les associations professionnelles jouent un rôle déterminant en veillant au respect des normes et à la qualité du service, elles ont souvent tenté de peser sur la concurrence en matière de prix et de limiter le nombre de nouveaux venus sur le marché. L'American Medical Association, par exemple, prévoyait des règles contractuelles en vertu desquelles il était déconseillé à un médecin de traiter des patients au titre d'un contrat rémunéré conclu avec un hôpital ou un organisme de gestion des soins de santé contrôlé par des non-médecins. Selon les règles de l'association, un médecin qui acceptait une rémunération considérée comme insuffisante par rapport aux honoraires en vigueur au niveau de la collectivité enfreignait les principes de déontologie. Les professionnels de la santé ont utilisé leur mainmise sur les régimes de prestations médicales et les sociétés d'assurance pour exercer une discrimination à l'égard des concurrents éventuels tant sur le marché intérieur qu'à l'étranger. Cependant, les mécanismes du marché contribuent

désormais à la remise en cause des restrictions imposées par les associations professionnelles. Il est à noter que certaines mesures concertées sont légitimes et visent à faire respecter des normes et à garantir la qualité des prestations.

35. *L'absence d'informations, ou le caractère incomplet de celles-ci,* peuvent empêcher les professionnels de la santé de chercher des possibilités d'emploi à l'étranger. Compte tenu de ce problème, diverses sociétés se spécialisent dans la recherche de personnel médical pour des destinations étrangères.

36. La réglementation interdit souvent aux praticiens d'annoncer les prix, les rabais et les services offerts. La suppression de cette contrainte pourrait contribuer à favoriser la concurrence, encore que de telles dispositions aient pour objet de maintenir la qualité des prestations et d'empêcher que les consommateurs ne soient trompés ou lésés.

Engagements pris au titre de l'AGCS

37. La plupart des engagements contractés en vertu de l'AGCS au sujet de l'admission et du séjour temporaires des personnes physiques ne sont pas propres à tel ou tel secteur : il est donc difficile de déterminer comment ils toucheront le personnel des services de santé ¹⁰. Les engagements relatifs à la circulation des personnes physiques comprennent normalement des conditions d'admission pour trois grandes catégories de personnel - les personnes se rendant dans un pays en voyage d'affaires, le personnel chargé d'établir une présence commerciale et les personnes transférées à l'intérieur de leur société - ainsi qu'une quatrième catégorie, celle des professions spécialisées. A l'intérieur de celle-ci, un accès limité pourrait être accordé aux professionnels de la santé, par exemple dans le domaine des conseils de gestion, de la recherche-développement et des services d'éducation relatifs à la santé. Seuls quelques pays ont, jusqu'ici, pris des engagements à l'égard du personnel exerçant des professions spécialisées.

38. Certains des obstacles au commerce mentionnés ci-dessus apparaissent clairement dans les engagements contractés au titre de l'AGCS, qui imposent des limitations concernant l'accès aux marchés et le traitement national. De plus, l'admission et le séjour temporaires du personnel des services de santé exerçant à titre indépendant ne sont généralement pas visés. Quelques engagements s'appliquent néanmoins à la circulation des personnes physiques au titre de services médicaux et dentaires. Dans le sous-secteur des services professionnels, la Communauté européenne (CE), par exemple, a pris des engagements concernant : i) les services médicaux et dentaires et les services des accoucheuses (CPC 9312, 93191); ii) les services vétérinaires (CPC 932); iii) le personnel infirmier, les physiothérapeutes et le personnel paramédical (CPC 93191); et iv) les pharmaciens. Les engagements visant la catégorie i) ci-dessus s'appliquent à la présence commerciale et à la circulation des personnes. Concernant la présence commerciale étrangère, certains pays membres limitent l'accès de leur territoire aux personnes physiques ou aux associations professionnelles de personnes physiques. Les prestations assurées par des personnes physiques sont soumises à des conditions de résidence ou de nationalité, au critère des besoins économiques ou à des autorisations de durée limitée ¹¹.

39. Ainsi qu'il ressort des engagements spécifiques relatifs à ce mode de fourniture, rares sont les pays qui ont consolidé leurs dispositions législatives et réglementaires en matière d'immigration; il est donc possible d'améliorer dans une certaine mesure les concessions sans modifier à proprement parler la législation pertinente. De fait, plusieurs pays ont introduit dans leur régime d'immigration des dispositions visant à faciliter l'admission temporaire de certaines catégories de personnel médical. Aux Etats-Unis, par exemple, des visas H1A sont accordés aux infirmiers qui n'ont pas le statut d'immigrant et occupent à titre temporaire des postes permanents; ce visa n'est pas subordonné à la délivrance d'un certificat par le Ministère du travail des Etats-Unis. Une loi de 1994 autorise les services de santé publique de chaque Etat à accorder des dérogations à 20 médecins au maximum par an pour leur permettre de travailler dans des régions qui connaissent une pénurie de personnel médical ¹².

40. En Australie, sur les 24 grandes catégories de visas de résidence temporaire et d'entrée, neuf au moins concernent l'admission temporaire du personnel spécialisé, notamment le personnel de l'enseignement, les universitaires invités, les médecins et les conférenciers. Au Japon, outre les personnes chargées d'établir une présence commerciale et le personnel transféré à l'intérieur d'une même société, des permis de travail donnant droit à des visas professionnels temporaires peuvent être accordés à 13 catégories de personnes, notamment les professeurs chargés de recherche et d'enseignement au niveau des collèges, les fournisseurs de services médicaux et les chercheurs. Le Royaume-Uni applique aux personnes non ressortissantes d'un pays de la CEE un régime en vertu duquel des permis de travail peuvent être délivrés aux professionnels agréés, au personnel administratif et d'encadrement, aux techniciens hautement qualifiés ayant une expérience spécialisée, aux travailleurs occupant des postes clefs et possédant des connaissances techniques particulières, et aux auxiliaires de santé des hôpitaux. Ces catégories de personnel sont soumises au critère des besoins du marché du travail et, dans le cas des auxiliaires hospitaliers, à un contingentement ¹³.

b) Mouvement de consommateurs

41. Le commerce des services de santé effectué selon ce mode de livraison correspond principalement à des prestations fournies à des patients étrangers; cependant, les services d'enseignement dispensés aux étudiants étrangers peuvent aussi entrer dans cette rubrique.

42. Dans le cas du *mouvement de patients*, l'obstacle le plus important réside dans le sentiment d'insécurité des personnes malades, qui ne souhaitent pas être éloignées de leur famille et sont particulièrement sensibles à des différences culturelles et linguistiques. Pour les personnes disposées à se déplacer pour bénéficier de soins, l'un des éléments dissuasifs tient au fait que, dans la plupart des cas, les systèmes publics de santé et les assurances privées ne couvrent pas les traitements reçus à l'étranger (à l'exception de certains plans d'assurance privés "haut de gamme", qui incluent les traitements à l'étranger moyennant des primes très élevées, et de certaines polices d'assurance qui couvrent les soins de santé reçus à l'étranger en cas d'urgence, au cours de voyages d'affaires ou de vacances). Ce facteur limite les prestations de services de santé à certaines catégories de consommateurs.

Il se peut néanmoins que les patients cherchent à bénéficier de soins à l'étranger si le traitement requis n'est pas pris en charge ou n'est pas disponible, ou s'il n'est couvert qu'en partie par leur assurance maladie. Vu qu'ils doivent payer ce traitement, ils peuvent envisager d'aller là où le rapport qualité/prix est plus favorable que chez eux. Le type de couverture prévu par l'assurance joue un rôle moins important lorsque l'accès aux services médicaux est subordonné à de longs délais d'attente, ou que le patient juge la qualité des services de santé des établissements étrangers nettement meilleure que celle des établissements nationaux et qu'il peut payer ces services, indépendamment du régime d'assurance.

43. Les patients en quête de soins de santé dans des pays étrangers se rangent en plusieurs catégories : i) ceux qui recherchent soit des traitements spécialisés ou chirurgicaux faisant appel à des techniques de pointe non disponibles dans leur propre pays, soit des établissements de santé réputés; ii) les convalescents désireux de recevoir des soins appropriés; iii) les personnes qui se rendent à tel ou tel endroit en raison des caractéristiques naturelles du lieu (source d'eau chaude, station thermale) et qui sont disposées à associer un traitement médical à d'autres activités, telles que le tourisme de loisir; iv) les personnes qui se déplacent pour recevoir un traitement médical ou dentaire ambulatoire et recherchent des soins de qualité similaire à ceux qu'elles peuvent recevoir chez elles, mais à un moindre coût, ou des services spécifiques non disponibles dans le pays d'origine (émigrants vivant à l'étranger et travailleurs frontaliers, par exemple); v) les personnes âgées qui se rendent dans des pays où les coûts sont moins élevés et le climat plus favorable que dans leur pays d'origine et les nationaux qui ont vécu à l'étranger pendant de nombreuses années et reviennent prendre leur retraite dans leur pays d'origine. Les retraités sont considérés par beaucoup comme le principal marché potentiel des pays en développement, et les soins de santé que peuvent offrir ces pays influenceront sur leur aptitude à attirer ce type de patient. Cependant, la non-transférabilité de l'assurance maladie est un obstacle majeur pour quiconque souhaite prendre sa retraite à l'étranger ¹⁴.

44. Des éléments tels que des transports bien développés, une langue et une culture communes ou similaires, la qualité des relations médecin-patient, les informations disponibles sur les installations de santé à l'étranger et les liens existant avec les établissements de santé du pays d'origine contribuent dans tous les cas à rendre la formule des soins de santé dispensés dans un pays étranger plus attrayante. Au contraire, l'obligation d'obtenir un visa, les restrictions en matière de change ou l'agrément préalable des dépenses médicales peuvent dissuader de nombreux patients de se rendre à l'étranger pour y bénéficier de services de santé.

45. Jusqu'ici, les pays qui attiraient les patients étrangers étaient ceux du monde développé, capables d'offrir les services de praticiens de réputation internationale, des traitements spécialisés et des techniques de pointe. Cependant, les pays développés se font eux-même concurrence en fonction des rémunérations demandées ¹⁵. Un certain nombre de pays en développement s'emploient activement à attirer des consommateurs étrangers, en misant sur leur capacité d'offrir des soins de santé de qualité, à des prix sensiblement inférieurs à ceux des pays développés. D'autres s'efforcent de s'implanter sur le marché international des services de santé en s'appuyant sur la spécificité

des traitements qu'ils peuvent offrir ou sur des atouts naturels, géographiques et culturels : cependant, ces éléments sont généralement associés à des avantages en matière de prix ¹⁶.

46. L'Union européenne a résolu le problème de la non-portabilité de l'assurance-maladie du secteur public en instituant un système selon lequel les prestations de maladie en nature sont servies conformément à la législation du pays où un ressortissant de l'Union réside ou séjourne, comme si ce dernier était assuré dans ce pays. Ces prestations peuvent être plus ou moins avantageuses que celles accordées par le pays où ce ressortissant est effectivement assuré. Après fourniture du service, une facture est présentée à l'assurance-maladie du pays d'origine aux fins de règlement ¹⁷. Dans quelques autres pays (Egypte, Jordanie, Costa Rica, par exemple), les malades peuvent être autorisés à se faire soigner à l'étranger aux frais de la Sécurité sociale, lorsque celle-ci n'est pas en mesure de fournir le traitement prescrit. Toutefois, les formalités à remplir peuvent être longues et compliquées. Certains pays, notamment des Etats membres de l'Union européenne, ont conclu des accords bilatéraux prévoyant une portabilité totale ou partielle de l'assurance-maladie du secteur public.

47. Il y a quelques années encore, on s'attendait à voir augmenter les déplacements de malades, car on pensait que ces derniers exigeraient de plus en plus des soins très spécialisés et que les établissements capables de les fournir seraient peu nombreux. Or le développement d'autres modalités de l'offre, en particulier la présence commerciale et le commerce hors frontières, dont nous parlerons plus loin, a peut-être tendance à réduire l'intérêt pour les malades de se rendre à l'étranger, ou à raccourcir la durée de leur séjour à l'étranger.

48. D'autre part, la tendance générale à l'accroissement des dépenses de santé et à la diminution des budgets de la santé, qui entraîne une réduction du remboursement des soins, pourrait encourager un plus grand nombre de malades à chercher à se faire soigner dans des pays où le rapport qualité/prix est plus avantageux que chez eux. Les efforts entrepris pour maîtriser les dépenses de santé pourraient inciter les organismes de gestion des soins des pays développés à incorporer dans leur réseau des établissements de santé de pays en développement capables d'offrir un traitement médical à des prix compétitifs. La réduction de la couverture publique de la santé favorise le développement de l'assurance privée, celle-ci pouvant offrir la possibilité de se faire soigner à l'étranger ¹⁸.

49. Le suréquipement de certains pays, notamment les Etats-Unis, en lits d'hôpitaux, explique les gros efforts de commercialisation qui ont été faits en direction d'une clientèle étrangère potentielle. De même, dans les pays où la médecine d'Etat était naguère la règle, les efforts déployés par les établissements médicaux pour attirer de riches clients étrangers commencent à porter leurs fruits.

50. Dans les engagements relatifs au commerce des services de santé pris au titre de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) la consommation à l'étranger est généralement autorisée sans restriction, mais certains pays (la Bulgarie, les Etats-Unis et la Pologne) ont limité la couverture extérieure des systèmes publics d'assurance-maladie.

51. Comme les *étudiants* préfèrent étudier dans leur pays pour éviter d'avoir par la suite des difficultés à faire reconnaître leurs diplômes ou obtenir l'autorisation d'exercer leur profession, ce type de déplacement de consommateurs se produit surtout quand il n'existe pas d'enseignement de la médecine dans le pays d'origine, que le coût de la formation médicale ou paramédicale varie sensiblement d'un pays à l'autre, que les étudiants sont dans l'impossibilité de satisfaire aux critères des écoles nationales de médecine ou ambitionnent d'atteindre un niveau de formation supérieur susceptible de leur faciliter l'accès au marché du travail du pays où ils ont étudié ou de leur permettre d'espérer une meilleure rémunération dans leur pays. Dans certains cas, des étudiants étrangers deviennent des "internes" (médecins stagiaires diplômés prestataires de services), passant ainsi du statut d'importateur à celui d'exportateur de services tout en demeurant dans le même établissement.

52. En général, l'attrait que présentent les pays développés pour les étudiants étrangers tient essentiellement à la renommée internationale de leurs établissements et/ou à l'excellence de la formation qu'ils peuvent offrir, mais de plus en plus le coût entre également en ligne de compte. Certains pays en développement s'efforcent eux aussi d'attirer des étudiants étrangers en faisant valoir la bonne réputation de leurs écoles et/ou la formation spéciale qu'elles proposent, ainsi que le facteur coût. Les liens qui se nouent entre les étudiants étrangers et les hôpitaux où ils accomplissent leurs études ou leur formation pèsent peut-être par la suite dans l'orientation des malades vers ces établissements à partir du pays d'origine des étudiants.

53. Les critères les plus importants dans le choix d'un établissement étranger semblent être sa réputation, son coût et les crédits dont il dispose. D'autres facteurs, comme la langue, les affinités culturelles et la proximité géographique jouent également un rôle non négligeable. Dans certains cas, c'est la qualité hors pair de la formation qui attire les étudiants étrangers, comme c'est le cas, par exemple, de la médecine chinoise traditionnelle. La décision d'aller à l'étranger pour y étudier et/ou acquérir une formation dépend également de la mesure dans laquelle les diplômes étrangers sont reconnus par le pays d'origine ¹⁹.

54. Les questions relatives à la reconnaissance des diplômes sont généralement très délicates. Cela tient pour une part aux différences objectives entre les programmes d'enseignement proposés par différents pays/établissements et, pour une autre part, à la résistance qu'opposent les associations professionnelles de la santé à l'ouverture du marché national aux étudiants qui ont étudié à l'étranger, en particulier lorsque le personnel médical formé dans les écoles du pays ne manque pas. Toutefois, les associations professionnelles jouent un rôle très utile lorsqu'elles veillent à ce que les professionnels de la santé satisfassent à certaines normes de qualité. Les établissements situés dans des pays qui attirent les étudiants étrangers surtout parce que les droits de scolarité y sont peu élevés et qu'il n'y a pas de sélection dans l'inscription des étudiants étrangers risquent d'être handicapés si, parallèlement, ils ne sont pas en mesure de fournir des assurances quant à la qualité de l'enseignement ou de la formation dispensée et quant aux normes appliquées dans la délivrance des grades.

55. Certains pays ont une longue tradition d'accueil des étudiants étrangers dans leurs établissements d'enseignement et de formation (le Royaume-Uni²⁰ ou les Etats-Unis, par exemple) tandis que d'autres ont abordé ce marché tout récemment (l'Australie par exemple)²¹. D'autres pays, comme la Chine, qui offrent depuis longtemps un enseignement et une formation à des étudiants étrangers dans le cadre de programmes de coopération technique commencent maintenant à le faire sur une base commerciale. Toutefois, des pays comme le Brésil continuent d'accueillir des étudiants étrangers principalement dans le cadre d'accords d'assistance technique ou autres.

56. Le nombre des étudiants originaires de pays en développement qui vont étudier dans d'autres pays semble décroître, plusieurs pays en développement ayant créé des écoles de médecine et des écoles paramédicales pour répondre à la demande nationale²². De surcroît, l'utilisation des techniques de l'information et en particulier de la télémédecine a des incidences sur le mouvement des étudiants, car elle leur permet de recourir à des services d'enseignement interactifs et de parfaire leurs connaissances sans aller à l'étranger. Toutefois, si quelques années en arrière les étudiants dans les disciplines de la santé se tournaient surtout vers la médecine, l'art dentaire ou les soins infirmiers, ils envisagent parfois aujourd'hui de s'inscrire dans de nouvelles disciplines comme la gestion des services de santé ou l'administration des soins infirmiers. La plupart des pays en développement n'étant pas encore en mesure d'offrir un enseignement et une formation appropriés dans ces domaines nouveaux, il est possible qu'un certain nombre d'étudiants envisagent d'aller à l'étranger pour y faire ce type d'études ou recevoir cette formation.

c) **Présence commerciale à l'étranger**

57. Cette rubrique recouvre la création d'une présence commerciale sur un marché étranger pour proposer à la clientèle de ce marché des services ayant trait à la santé. Cette présence commerciale peut concerner :

- i) l'exploitation ou la gestion hospitalière; ii) l'assurance-maladie;
- iii) l'enseignement; ou iv) être adaptée aux circonstances.

58. Dans la plupart des pays, l'investissement étranger dans le secteur de la santé est, sinon interdit, tout au moins soumis à des restrictions importantes. Toutefois, bon nombre de pays ont commencé à ouvrir leur marché à diverses formes de présence étrangère et à encourager la concurrence en vue d'améliorer la qualité des services de santé, de freiner la montée des prix et de soulager le secteur public. De plus, les nouvelles techniques commerciales facilitent une participation étrangère comportant un minimum d'investissements effectifs.

59. Présence commerciale étrangère dans le secteur de l'exploitation ou de la gestion hospitalière. Les sociétés de gestion hospitalière cherchent généralement à s'établir dans des pays qui ont une législation libérale en matière d'investissement, qui sont ouverts à la création de coentreprises et qui ont un revenu par habitant élevé ou dont une fraction suffisamment importante de la population a les moyens de se faire soigner dans le secteur privé.

60. Il apparaît que la plupart des prestataires de services de santé sont établis dans des pays étrangers dans le cadre de coentreprises créées avec des partenaires locaux ou d'opérations triangulaires auxquelles participent des investisseurs locaux et des investisseurs de pays tiers. L'achat d'installations est une technique de présence commerciale, mais elle est soumise à des restrictions dans beaucoup de pays; aussi les contrats de gestion et accords de licence sont en train de devenir un moyen privilégié d'établissement commercial pour les services hospitaliers. Une association avec un partenaire local est généralement recherchée parce qu'elle permet de trouver sur place un personnel médical possédant les diplômes et les qualifications voulus. Un partenaire local peut en outre aider à nouer des contacts et obtenir des engagements sur le plan local.

61. L'établissement d'une présence commerciale dans l'exploitation ou la gestion hospitalière a pour caractéristique notable de faire intervenir des sociétés dont les activités habituelles sortent du cadre des services de santé, telles que des sociétés de gestion ou des sociétés pharmaceutiques. Cette tendance indique que l'exploitation et la gestion hospitalières sont considérées comme un secteur de croissance qui se prête parfaitement à la diversification. Une autre tendance de plus en plus répandue consiste à sous-traiter des services auxiliaires de santé à des sociétés étrangères au secteur de la santé.

62. Présence commerciale étrangère dans le secteur de l'assurance-maladie. Jusqu'à une époque récente, les régimes d'assurance-maladie privés n'ont guère prospéré à l'étranger, en partie à cause du manque de débouchés, mais aussi parce que dans certains pays il existait des règlements tendant à limiter ou interdire l'investissement étranger privé dans le secteur de l'assurance-maladie.

63. Au Brésil, par exemple, le marché de l'assurance-maladie s'est ouvert aux sociétés et capitaux étrangers en mai 1996 dans le cadre de l'engagement pris par le Gouvernement d'améliorer la qualité des services de santé, d'en abaisser les prix et d'établir une juste concurrence sur le marché²³. Toutefois, les baisses de prix annoncées ne se sont pas encore matérialisées, pour la raison essentielle que les sociétés d'assurance étrangères ne sont pas autorisées à investir dans le secteur hospitalier et que, de ce fait, ce marché est encore caractérisé par une concurrence très limitée.

64. Une autre technique de pénétration des marchés étrangers est celle de la "maîtrise des soins", qui associe gestion et assurance. Il s'agit d'un système qui combine à des degrés divers le financement et la fourniture des soins médicaux par le biais de contrats conclus avec certains médecins et hôpitaux et de liens noués avec des sociétés d'assurance (la plupart des "organismes de gestion des soins de santé" étant mis en place par de grandes sociétés d'assurance) en vue d'offrir une gamme complète de services de santé aux adhérents moyennant le paiement d'une prime mensuelle fixée d'avance²⁴. Ce système a donc pour effet de créer à la fois des fournisseurs captifs et un marché captif, mais il contribue à réduire les dépenses globales de santé en exigeant des médecins participants qu'ils dispensent le traitement le moins coûteux. Dans certains pays, des personnes qui normalement n'auraient pas les moyens de souscrire une assurance privée peuvent adhérer à des programmes de maîtrise des soins, qui soulagent d'autant le secteur public de la santé.

Cependant, de tels systèmes peuvent inciter des médecins à abandonner le secteur public pour le secteur privé. Les médecins libéraux sont plutôt hostiles aux organismes de maîtrise des soins, car ils craignent une diminution de leur autonomie, de leur revenu et de la qualité des soins médicaux, mais ils constatent qu'il est difficile de les concurrencer.

65. Présence commerciale étrangère dans le secteur de l'enseignement .

Certaines écoles de médecine réputées s'implantent dans des pays étrangers, notamment dans des pays en développement, généralement en s'associant à des écoles locales. Ce type de présence commerciale à l'étranger s'accompagne souvent d'un déplacement des fournisseurs (par exemple, les professeurs) et des consommateurs (par exemple, les étudiants qui se dirigent vers les établissements périphériques ou qui reviennent à l'établissement central). Pour le pays d'implantation, l'intérêt réside dans la possibilité de différencier et d'enrichir les programmes d'enseignement proposés aux étudiants et au personnel médical, tandis que pour l'établissement exportateur l'avantage consiste à pouvoir se procurer de nouvelles recettes, étendre sa réputation à l'étranger et éviter un surpeuplement au siège.

66. Présence commerciale étrangère adaptée aux circonstances .

Des entreprises s'établissent parfois à l'étranger dans le but, par exemple, de moderniser les équipements de santé dans le cadre de programmes multilatéraux de financement. Ce type de présence commerciale est limité dans le temps, car les entreprises étrangères quittent généralement le pays hôte une fois menées à bien les activités précises pour lesquelles elles ont été sollicitées.

Engagements pris au titre de l'Accord général sur le commerce des services

67. Conformément à leurs engagements au titre de l'Accord général sur le commerce des services, tous les Etats membres de l'Union européenne appliquent certaines restrictions liées aux besoins économiques à la création de nouveaux équipements hospitaliers ²⁵. Qui plus est, presque tous les membres de l'Union européenne privilégient l'intérêt local sur l'intérêt étranger dans la création d'une présence commerciale. Les personnes ou entités étrangères bénéficient parfois d'un traitement moins favorable pour ce qui est d'acquérir des biens immobiliers ou d'investir dans des entreprises de soins de santé ²⁶.

68. Aux Etats-Unis, la création d'hôpitaux ou d'autres établissements de soins peut être soumise à des restrictions quantitatives fondées sur les besoins. Le Canada n'a pris aucun engagement en ce qui concerne les services de soins de santé. Au Japon, seuls des citoyens japonais, des médecins diplômés ou des groupes de personnes comptant au moins un médecin japonais diplômé peuvent être propriétaires d'hôpitaux ou de cliniques. De plus, il est interdit d'exploiter à des fins lucratives un hôpital dont le propriétaire est l'investisseur. Les règlements sont moins sévères dans le secteur des maisons de repos ou de retraite, où les entreprises étrangères bénéficient de l'accroissement spectaculaire de la population âgée de plus de 65 ans au Japon et de la pénurie de maisons de retraite et autres établissements de long séjour dans ce pays ²⁷.

69. Au Brésil, aux termes de la Constitution de 1988, une société étrangère ne peut être propriétaire d'un hôpital ou d'une clinique. Au Mexique, les participations étrangères sont limitées à 49 % du capital social des entreprises. En Inde, une entreprise étrangère ne peut s'implanter qu'en se constituant en société, avec une participation étrangère limitée à 51 %. La Malaisie applique des critères liés aux besoins économiques. Les entreprises étrangères doivent créer des coentreprises en association avec des citoyens malaisiens et/ou des sociétés sous contrôle malaisien. La participation étrangère globale dans les coentreprises ainsi créées ne doit pas dépasser 30 %. Toutefois, certains pays vont au-delà de leurs engagements et autorisent en fait une plus grande ouverture de leurs marchés.

70. Les engagements au titre de l'AGCS relatifs aux "services d'assurance-vie, accident et maladie" sont très détaillés en ce qui concerne le mode de présence commerciale. Le commerce hors frontières reste en grande partie déconsolidé quant à l'accès aux marchés et au traitement national. La consommation à l'étranger fait l'objet d'engagements un peu plus libéraux pour ce qui est de l'accès aux marchés, mais non pour le traitement national, la majorité des mesures restant déconsolidées. Parmi les nombreuses exigences à satisfaire pour fournir des services d'assurance-vie, accident et maladie par le biais d'une présence commerciale, la plupart des pays mentionnent les conditions suivantes à propos des engagements relatifs à l'accès aux marchés : limitation de la participation étrangère au capital social; obligation de fournir des services avec telle ou telle personne morale; présence commerciale; conditions à remplir en matière d'autorisations et de licences; restrictions quant à la nature des activités entreprises. Quelques pays y ajoutent des mesures discrétionnaires telles que des critères relatifs aux besoins économiques. En matière de traitement national, les engagements sont moins sévères et les conditions ont trait principalement à la limitation de la participation étrangère et aux exigences en matière de nationalité.

71. Les pays développés comme les pays en développement ont tendance à ouvrir leur marché à la concurrence nationale et étrangère en vue de faire baisser les coûts et d'améliorer la qualité afin de mettre les structures privées de la santé à la portée d'un certain nombre de personnes qui n'ont pas les moyens d'y accéder actuellement. Le déplacement d'une partie de la population vers les structures sanitaires privées, avec l'accroissement qui en découlerait sur le plan des ressources humaines et financières dont pourrait disposer le secteur public, aurait un effet particulièrement bénéfique pour les pays qui souffrent d'une pénurie de personnel médical et d'équipements sanitaires. Un nouveau défi pour les secteurs privé et public est ainsi d'apprendre à coexister sur le même marché et à s'épauler mutuellement. Certains pays ont déjà mis en place des dispositifs ayant pour but de veiller à ce que les investissements privés nationaux et étrangers dans le secteur de la santé profitent à l'ensemble de la population ²⁸.

72. L'ouverture des marchés aux sociétés d'assurance étrangères peut aussi donner de bons résultats. Les sociétés nationales concurrencées par des sociétés étrangères semblent avoir déjà commencé à améliorer - en termes de primes, de prestations et de conditions de participation - l'ensemble des avantages qu'elles proposent à leurs clients. Si un nombre de plus en plus grand de malades peuvent adhérer à des plans d'assurance maladie privés et si ces derniers prévoient une plus grande diversification des traitements, il en

résultera sans doute un allègement des contraintes pesant sur l'infrastructure publique. Toutefois, peut-être faudra-t-il mettre en oeuvre une "nouvelle génération" de règlements pour veiller à ce que la présence commerciale étrangère soit un appui pour le régime national de sécurité sociale du pays importateur.

d) Echanges transfrontières

73. Jusqu'à une époque récente, les échanges transfrontières de services médicaux, hormis pour les licences et les redevances, ne semblaient pas avoir d'avenir, en particulier dans un cadre commercial. Or le développement rapide des techniques de télécommunication et de l'informatique en matière de santé a modifié radicalement la situation. La télémédecine, c'est-à-dire la fourniture de soins médicaux par des moyens de communication audiovisuels et informatiques, englobe la délivrance de soins médicaux, les consultations, le diagnostic et le traitement, ainsi que l'enseignement et le transfert de données médicales. Dans une certaine mesure, la télémédecine remplace le face-à-face direct entre le médecin et son patient, ainsi que les consultations entre médecins. Parmi d'autres aspects nouveaux des échanges transfrontières, il faut mentionner le traitement des demandes de remboursement et des factures d'assurance dans des pays en développement, ainsi que l'établissement des rapports médicaux hors frontières.

74. Au nombre des facteurs qui ont favorisé le développement récent des services de télémédecine, il y a notamment l'effet modérateur de ces derniers sur la hausse des coûts. D'après des études faites aux Etats-Unis, le coût des services de télémédecine pourrait être inférieur de moitié à celui des services traditionnels. Les praticiens pourraient voir un plus grand nombre de malades par jour, notamment dans le cas des visites à domicile, ce qui présenterait un intérêt certain pour les établissements de soins à court de personnel ²⁹.

75. Actuellement, le commerce international des services de télémédecine semble surtout concerner les pays développés ou des importations originaires de pays développés dans des pays en développement ³⁰. Parmi les avantages immédiats qu'apporte aux pays en développement l'expansion du commerce des services de télémédecine figurent l'amélioration de l'accès aux soins médicaux et la valorisation qualitative des traitements. Un système de téléconférences a été mis en place entre des établissements du Canada, du Kenya et de l'Ouganda pour assurer une formation médicale permanente et permettre aux agents des services de santé d'Afrique de profiter des connaissances et découvertes médicales les plus récentes. Le développement de la télémédecine pourrait à la longue avoir des incidences sur d'autres modes de prestations médicales car, s'ils peuvent bénéficier de consultations transfrontières, les malades seront moins enclins à se rendre à l'étranger et, de leur côté, les professionnels de la santé et les étudiants en médecine pourront acheter des services de formation médicale à des pays étrangers et auront ainsi moins de raisons d'aller s'établir à l'étranger. La télémédecine pourrait également faciliter l'élaboration de programmes d'enseignement compatibles et de normes professionnelles mutuellement acceptables entre les pays.

76. Le principal facteur qui favorisera le développement de la télémédecine au cours des prochaines années, c'est la nécessité continue d'améliorer l'accès aux services de soins et de réduire le coût de ces derniers, notamment sur le plan financier, ainsi que les pertes de temps qu'entraîne le déplacement des malades, des médecins et du personnel infirmier. Etant donné la croissance économique, le vieillissement de la population, l'amélioration de la formation, l'apparition de maladies nouvelles et la résurgence ou la persistance de maladies anciennes, la demande de services médicaux devrait augmenter de façon substantielle. Les pays qui pourront le mieux profiter des services de télémédecine sont ceux qui disposeront des techniques appropriées ainsi que d'un personnel médical ayant toutes les compétences voulues pour fournir et recevoir ces services. Par contre, l'incapacité d'accéder aux réseaux de télémédecine aurait pour effet non seulement de priver les consommateurs locaux d'avantages potentiels, mais aussi de marginaliser les professionnels de la santé dans les pays qui ne pourraient pas s'intégrer aux réseaux.

Obstacles réels ou virtuels au commerce

77. L'existence d'une technologie appropriée est essentielle à la fourniture d'un certain nombre de ces services, mais du fait des investissements considérables que celle-ci implique, le commerce des services de télémédecine risque parfois d'atteindre un coût prohibitif. Cependant, vu la tendance générale à la diminution des coûts du matériel et des liaisons de télécommunications, certains problèmes devraient être moins sensibles d'ici quelque temps. Du fait qu'il existe plusieurs normes pour la transmission des données et des images et pour l'informatisation des dossiers médicaux, des problèmes de compatibilité pourraient surgir. L'adoption de normes internationales faciliterait le commerce et la comparabilité des soins.

78. Avant que la télémédecine puisse être pratiquée à grande échelle, il faudra résoudre un grand nombre de problèmes touchant à la technique et à l'éthique. Des craintes subsistent quant au respect de la vie privée du malade dans les informations fournies au sujet de son état de santé et des mesures devront donc être prises pour garantir la confidentialité des données.

79. La reconnaissance des qualifications du prestataire de services et la question connexe des licences relatives à la fourniture de services hors frontières sont également des points importants. La question de la responsabilité morale et juridique liée à la fourniture de téléservices médicaux pose le problème de la dispersion de la responsabilité médicale. Des solutions analogues à celles auxquelles on a recours dans les services de médecine traditionnelle pourraient être envisagées, comme de considérer que la responsabilité incombe au praticien qui reçoit un service (des épreuves de laboratoire par exemple). Plus généralement, l'application à grande échelle de la télémédecine passe par l'élaboration d'un cadre réglementaire et l'adoption d'une législation.

80. Bien qu'elle puisse contribuer à faire baisser les dépenses de santé, la télémédecine n'est pour l'essentiel pas couverte jusqu'à présent par les systèmes d'assurance existants. Toutefois, les craintes de voir les consommateurs boudier les consultations télémédicales et préférer le

face à face direct avec les praticiens n'ont pas été confirmées par les premières études qui ont montré au contraire que l'acceptation de cette technique n'était pas un problème majeur.

CHAPITRE 3

STRATEGIES D'EXPORTATION DANS LE DOMAINE DES SERVICES DE SANTE

81. Le développement des services de santé exportables est considéré comme un moyen : a) d'engranger les ressources nécessaires pour réduire le déficit budgétaire dû à la nécessité d'étendre à tous les soins de santé; b) d'améliorer l'infrastructure (équipements hospitaliers et autres structures complémentaires) en utilisant les recettes provenant de la satisfaction de la demande extérieure; et c) de moderniser les capacités technologiques ayant une incidence directe sur le système national de protection de la santé qui peuvent être assimilées par l'infrastructure des ressources humaines existante et/ou adaptées à cette infrastructure. Pour réussir, toute stratégie d'exportation doit impérativement chercher à exploiter de façon optimale les liaisons en aval et en amont entre la production nationale et les marchés extérieurs de services de santé.

82. Les stratégies d'exportation peuvent être appliquées par différents acteurs : i) les gouvernements; ii) le secteur public et le secteur privé; iii) des associations du secteur privé; et iv) des entreprises.

83. Stratégie appliquée par le gouvernement. Elle vise à faire rentrer des devises grâce aux exportations de services de santé afin de renforcer la capacité financière des établissements publics de santé et de faire en sorte que le secteur de la santé contribue au développement général du pays. Cuba, le Royaume-Uni et la Jordanie en sont les meilleurs exemples.

84. A Cuba, le Gouvernement entend faire du pays une "puissance médicale mondiale". A cette fin, il pratique une stratégie d'exportation multiforme dans le secteur de la santé depuis la fin des années 80. L'un des principaux volets de cette stratégie consiste à envoyer du personnel médical à l'étranger, notamment dans les pays qui souffrent d'une grave pénurie d'agents sanitaires. Un autre aspect consiste à attirer des malades étrangers dans des cliniques spécialisées qui offrent des soins de grande qualité et pratiquent des prix compétitifs. La plupart de ces cliniques spécialisées fonctionnent également comme centres de formation ouverts aux étudiants cubains et étrangers. La stratégie d'exportation cubaine a également pour particularité d'établir un lien entre soins de santé et tourisme. SERVIMED, une société de commerce créée par le Gouvernement, propose des programmes combinant santé et tourisme qui sont destinés à être vendus sur des marchés cibles avec le concours de voyagistes et d'agences de voyage. Cuba compte également sur la différenciation pour rendre ses services de santé attrayants sur le marché mondial. Les médecins cubains sont capables de soigner avec succès certaines maladies de la peau réputées incurables dans le reste du monde. Ces traitements sont conjugués à la mise au point de nouvelles procédures et de nouveaux médicaments. Le succès de la stratégie cubaine est attesté par le nombre croissant de malades qui se rendent tous les ans dans ce pays

pour s'y faire soigner. Pendant la période 1995-1996, plus de 25 000 malades et 1 500 étudiants sont allés à Cuba pour y recevoir des soins ou acquérir une formation, respectivement. Les recettes provenant de la vente de services de santé à des étrangers se sont élevées à plus de 25 millions de dollars E.-U.

85. En 1988, le *Royaume-Uni* a créé la National Health System Overseas Enterprise (NHSOE) pour en faire l'instrument de commercialisation des entreprises et établissements publics de santé en vue de faciliter l'exportation de services de santé par le secteur public. Cette stratégie a un double objectif. Premièrement, en exportant des services médicaux, la NHSOE cherche à renforcer la capacité financière des établissements publics de santé afin de préserver et d'améliorer la couverture et les normes de la santé au Royaume-Uni. Deuxièmement, la NHSOE offre aux professionnels britanniques de la santé la possibilité de développer leur clientèle en participant à des projets à l'étranger. Cette stratégie a des effets positifs, car elle permet aux établissements sanitaires publics de vendre des services à l'étranger et de se procurer de l'argent frais. De plus, grâce à ses programmes de formation et d'enseignement, le système national de protection de la santé a en partie résorbé la pénurie de personnel médical dans le secteur public en facilitant le séjour de spécialistes étrangers.

86. Depuis le début des années 90, la *Jordanie* avance à grands pas dans son ambition de devenir le pôle médical du monde arabe. Elle a ainsi consacré de très gros investissements à la remise à niveau et à la modernisation des hôpitaux publics et des écoles de médecine. Par ailleurs, elle encourage l'investissement privé national et étranger dans le secteur de la santé. Sur l'impulsion de cette stratégie, 11 nouveaux hôpitaux privés ont commencé à fonctionner, en appliquant pour la plupart des techniques de pointe telles que des liaisons informatisées avec des établissements de santé prestigieux d'Europe et d'Amérique du Nord.

87. Stratégies appliquées conjointement par le secteur public et le secteur privé. En 1994, l'*Australie* a créé le National Health Industry Development Forum (HIDF) et lancé un programme d'assistance en faveur des entreprises privées dans un effort visant à rassembler les diverses activités du secteur de la santé et à favoriser le développement d'un tronc commun. Le Forum est organisé conjointement par les Ministères de l'industrie et de la santé, avec le soutien d'Austrade. La stratégie d'exportation de l'Australie est axée sur deux modalités d'offre, à savoir le commerce transfrontière et le mouvement des consommateurs ³¹.

88. En *Chine*, les secteurs public et privé ont élaboré conjointement une stratégie visant à attirer des clients étrangers, à exporter des services de santé et à créer une présence commerciale à l'étranger, le tout reposant essentiellement sur le caractère unique de la médecine chinoise traditionnelle. Beaucoup de malades étrangers qui se font soigner en Chine sont des Chinois d'outre-mer, mais un nombre croissant de malades étrangers manifestent leur intérêt pour la médecine chinoise traditionnelle. Les déplacements de prestataires de services se font sous la forme d'équipes sanitaires travaillant à l'étranger sous contrat - tant dans le cadre de programmes d'aide que sur des bases purement commerciales. En général, les établissements chinois passent des accords avec des gouvernements étrangers ou traitent directement avec des établissements médicaux.

Ils peuvent ainsi engranger quelque bénéfice, mais leurs principaux objectifs sont de relever le niveau des services médicaux en Chine en faisant connaître à leur personnel une expérience plus riche et des techniques nouvelles, et de diffuser la médecine chinoise traditionnelle à l'étranger afin de profiter, à terme, d'une demande plus importante concernant cette médecine chez les malades des pays occidentaux. La Chine a également constitué des coentreprises avec des associés appartenant à la profession médicale, ainsi qu'avec des collectivités locales, et ouvert plusieurs douzaines de centres de médecine chinoise traditionnelle dans plus de 20 pays. La plupart sont le fruit d'initiatives prises par des écoles de médecine, des hôpitaux ou des médecins, mais quelques-uns fonctionnent sous les auspices des ministères compétents. Depuis 1980, la Chine a commencé à prendre des mesures concrètes pour ouvrir son marché de la médecine et de la santé aux investissements étrangers et permettre la création de coentreprises avec des homologues étrangers. A la fin de 1996, le secteur hospitalier comptait 60 coentreprises créées avec des partenaires étrangers ³².

89. Stratégies appliquées par des associations du secteur privé .

Des associations du secteur privé appliquent des stratégies axées sur l'exportation visant à exploiter les débouchés qu'offre le marché. Un exemple concret de stratégie mondiale élaborée par une association du secteur privé est celle qu'applique London Medicine ³³ et dont les deux principaux objectifs sont, d'une part, de promouvoir et développer les débouchés commerciaux pour les adhérents de London Medicine afin d'accroître le flux des travaux cliniques, d'enseignement et de recherche dans les hôpitaux et les écoles de médecine de Londres et, d'autre part, d'attirer les contrats de recherche et les investissements de sociétés britanniques et internationales.

90. Dans les pays du MERCOSUR, des coopératives de soins de santé ont créé la "Tarjeta MERCOSUR" qui permet aux malades adhérant à la coopérative de soins d'un pays de recevoir des soins dans un autre pays grâce aux services de la coopérative associée.

91. Stratégies d'entreprises privées . Un certain nombre d'entreprises de santé élaborent des stratégies mondiales pour s'implanter sur les marchés étrangers, en tirant parti des mécanismes promotionnels mis en place par leur gouvernement. C'est le cas, par exemple, du Parkway Group et du Raffles Medical Group de Singapour.

92. Le Parkway Healthcare Group est le plus gros investisseur dans le domaine de la santé à Singapour et l'un des principaux organismes de soins d'Asie. Il a créé Gleneagles International qui est sa marque internationale. Un volet essentiel de la stratégie de ce groupe a été l'acquisition d'hôpitaux à Singapour pour se doter d'une base et ensuite s'implanter dans la région en constituant des coentreprises avec des partenaires étrangers. Gleneagles a déjà créé ou s'emploie actuellement à créer des coentreprises en Malaisie, en Indonésie, à Sri Lanka, au Royaume-Uni et en Inde. Cette société installe également un hôpital de cardiologie à Londres. Un autre volet important de la stratégie du groupe consiste à établir un réseau très structuré d'entreprises de santé dans la région en vue d'offrir à la clientèle tout un éventail de

services de santé de qualité, efficaces et compétitifs dans toute l'Asie. Cette stratégie a porté ses fruits à Singapour où les trois hôpitaux de Gleneagles ont été les premiers en Asie à satisfaire aux exigences de la norme ISO 9002 en ce qui concerne la certification internationale de la qualité ³⁴. Dans le même esprit, le Raffles Medical Group (RMG) construit des alliances stratégiques à l'étranger en mettant sur pied des associations commerciales triangulaires avec des organismes de soins de santé des pays développés en vue de créer des coentreprises dans des pays tiers en association avec des investisseurs du pays hôte.

93. Certaines cliniques privées canadiennes cherchent à exploiter le marché américain en misant sur la qualité de leurs services et le niveau comparativement peu élevé de leurs tarifs. Une clinique de Toronto négocie actuellement avec des sociétés d'assurance et des organismes de gestion des soins de santé des Etats-Unis l'offre de services médicaux à leurs clients à des tarifs nettement inférieurs à ceux qui sont pratiqués aux Etats-Unis. Cette formule pourrait déboucher sur une intégration sans précédent des soins de santé canadiens et américains ³⁵.

Notes

1. En 1995, les pays de l'OCDE ont consacré en moyenne 10,4 % de leur PIB aux soins de santé (publics et privés). Cette même année, ils ont dépensé à ce titre 2 071 dollars des Etats-Unis par personne en moyenne. En 1970, aux Etats-Unis, le système public d'assurance maladie en faveur des personnes âgées et des handicapés (Medicare) coûtait à l'Etat 6 milliards de dollars : il revient à présent à 200 milliards de dollars. Son coût devrait encore augmenter à l'avenir en 2030, Medicare absorbera selon toute vraisemblance 7,5 % du PIB, contre 2,6 % actuellement. En France, le montant total des dépenses consacrées à la santé publique s'est accru de plus de 5 % par an en valeur réelle au cours des 15 dernières années : "A headache", *The Economist*, 8 mars 1997; "An unhealthy silence", *The Economist*, 15 mars 1997; et "Will Medicare sink the budget?", *The Economist*, 1er février 1997.

2. Warford, J.L., "Environment, Health and Sustainable Development: the Role of Economic Instruments and Policies", document de travail : Conseil du Directeur général sur le programme d'action pour la santé et l'environnement du Sommet de la "planète Terre", OMS, 1994:16.

3. Alastair M. Geray et Victoria L. Philips, "Nursing in the European Labour Market: an Economic Perspective", dans C.E.M. Normand et P. Vaughan (dir. publ.), *Europe without Frontiers*, John Wiley and Sons Ltd., 1993.

4. Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé, cité par H. Ashok Chandra Prasad, Rajendar Kapoor, *Trade in Invisibles: An Indian Perspective*, Commonwealth Publishers, New Delhi, 1996.

5. A. Mejia, H. Pizurki, E. Royston, *Physician and nurse migration*, OMS, Genève, 1979 (version abrégée en français publiée sous le titre Les migrations internationales de médecins et d'infirmières).

6. Le Council on Graduate Medical Education des Etats-Unis a récemment estimé qu'en l'an 2000, l'offre nationale dépasserait les besoins dans une proportion correspondant à plus de 100 000 médecins; cité par Shalala Foreign Doctor Letter, 7 février 1997; site Internet : <http://www.telalink.net/~gsiskind/docs/shalala.html>.

7. *Répertoire mondial des écoles de médecine*, sixième édition, OMS, 1988.

8. Commission des Communautés européennes, "Rapport au Parlement européen et au Conseil sur l'état d'application du système général de reconnaissance des diplômes de l'enseignement supérieur", Bruxelles, 15 février 1996, COM (96) 46.

9. Certains Etats membres ont mis en oeuvre des dispositions législatives fixant des règles pour l'octroi des licences et la reconnaissance des qualifications obtenues dans des pays ne faisant pas partie de l'Union européenne.

10. Pour un aperçu du régime applicable au mouvement temporaire de personnes physiques, voir - *Information of the temporary migration regime (Laws and implementing regulations) in force in selected developed countries*, note du secrétariat de la CNUCED, UNCTAD/SDD/SER/7, 25 septembre 1995 (en anglais seulement).

11. Concernant la présence commerciale étrangère, l'accès est réservé aux personnes physiques en Allemagne et en Espagne. En Italie et au Portugal, l'accès est également réservé aux personnes physiques, mais les associations professionnelles de personnes physiques sont autorisées. En Irlande, l'admission est accordée uniquement s'il s'agit d'un partenariat ou de personnes physiques. Au Royaume-Uni, l'établissement de médecins dans le cadre du National Health Service est subordonné au plan de recrutement du personnel médical. S'agissant des personnes physiques, le Danemark accorde une autorisation de durée limitée (de 18 mois au maximum) pour l'exercice d'une fonction précise et impose une limitation du traitement national sous la forme d'une condition de résidence pour l'obtention de l'autorisation individuelle nécessaire, délivrée par la Direction nationale de la santé. L'Italie prescrit aussi la résidence dans le pays. La Grèce, le Portugal, l'Allemagne et la France imposent la condition de la nationalité. Cependant, en France, les non-ressortissants peuvent être admis dans le cadre de contingents fixés chaque année, tandis qu'en Allemagne une dérogation peut être accordée dans l'intérêt de la santé publique. L'accès aux services assurés par le personnel infirmier, les physiothérapeutes et le personnel paramédical passe principalement par une présence commerciale et la circulation des personnes physiques. Au titre de la présence commerciale, la liste d'engagements de la Communauté européenne stipule qu'en Autriche, en Italie, au Portugal et en Espagne, l'admission du personnel infirmier se limite aux personnes physiques. Au titre de la circulation des personnes physiques, le Danemark accorde une autorisation de durée limitée (de 18 mois au maximum) pour l'exercice d'une fonction déterminée, la Grèce et le Portugal appliquent la condition de la nationalité et l'Italie une condition de résidence et un examen des besoins économiques lié aux vacances de poste et aux pénuries de personnel au niveau régional. Les limitations ci-dessus s'appliquent à des personnes non ressortissantes de pays de la CEE.

12. *Immigration and Nationality Act of the United States*, Washington D.C., Government Printing Office, 9ème édition, avril 1992. Les règlements d'application sont récapitulés dans, *U.S. Consolidated Federal Regulations*, 8-CFR chapitre 1, Washington D.C., Government Printing Office, édition du 1er janvier 1994.

13. *Mouvement temporaire de personnes en tant que fournisseurs de services*, note du secrétariat de la CNUCED, TD/B/CN.4/24, 3 septembre 1993.

14. On estime que, d'ici à 2015, 15 % de la population des Etats-Unis, 24 % de la population du Japon et 17 % de celle de l'Europe auront plus de 65 ans. En 2015, la population totale âgée de plus de 65 ans aux Etats-Unis, au Japon et en Europe occidentale dépassera 100 millions de personnes; L. Martin, *The Greying of Japan*, Population Reference Bureau, Washington D.C., 1989.

15. Certains hôpitaux canadiens de renommée mondiale commencent par exemple à viser le marché américain. Ils peuvent offrir des services d'aussi bonne qualité que ceux des Etats-Unis, et à un coût nettement inférieur en raison de la modicité des dépenses administratives, d'une forte différence de rémunération des médecins et du niveau relativement bas du dollar canadien : "A Special Report with Radical Surgery", *Maclean's*, 2 décembre 1996.

16. Dans le cas du Mexique, par exemple, le principal avantage comparatif tient à la proximité géographique des Etats-Unis, ainsi qu'au niveau moins élevé des coûts, qui permettent de développer les exportations de services de santé. En outre, des facteurs culturels intervenant dans la zone frontalière - tels que la langue et certains aspects de la relation médecin-patient - attirent les patients de souche mexicaine ainsi que d'autres hispanophones résidant aux Etats-Unis. Dans le cas de la Jamaïque, l'un des atouts du pays est qu'il partage une langue commune avec ses principaux marchés potentiels, à savoir les Etats-Unis et plusieurs pays voisins des Caraïbes. Concernant l'Inde, la plupart des patients étrangers viennent de pays ayant une importante population d'origine indienne.

17. D'autres pays appartenant à des associations régionales s'efforcent de mettre en place des systèmes analogues. Dans le cas du MERCOSUR, par exemple, une proposition est à l'étude qui permettrait aux ressortissants d'un pays de recevoir des soins dans un autre pays dans les mêmes conditions que les ressortissants dudit pays. Le principal obstacle à la mise en oeuvre de cette proposition semble être l'absence de compatibilité entre les systèmes nationaux de sécurité sociale; informations recueillies lors d'un entretien avec le Directeur du Service consultatif pour les questions spéciales de santé (Assessoria de Assuntos Especiais de Saude) au Ministère de la santé du Brésil, en janvier 1997.

18. Au Royaume-Uni, par exemple, le nombre de personnes bénéficiant de l'assurance-maladie a quadruplé au cours des 25 dernières années pour atteindre plus de 7 millions, soit 12 % de la population. Le marché de l'assurance-maladie privée devrait continuer à progresser de 5 % par an et toucher 16,5 % de la population en l'an 2000. "An un healthy silence", *The Economist*, 15 mars 1997.

19.S'agissant des établissements de Chine qui dispensent une formation à la médecine chinoise traditionnelle, par exemple, ce sont les Allemands qui constituent le groupe le plus important d'étudiants étrangers payants, certaines universités allemandes octroyant des points au titre des cours suivis dans certains établissements chinois. En Asie, des entreprises associant des universités australiennes à des universités indonésiennes et malaisiennes permettent à des étudiants indonésiens et malaisiens d'effectuer la moitié de leurs études ou de leur formation en Australie et l'autre moitié dans leur pays, leurs diplômes étant reconnus en Australie et dans leur pays; informations recueillies au cours de plusieurs entretiens avec les directeurs des universités de New South Wales et de Victoria en Australie, en juillet 1997, ainsi qu'avec des chercheurs de l'Institut de recherche pour la coopération économique internationale de MOFTEC, en Chine, en décembre 1996.

20.Onze pour cent de l'ensemble des étudiants qui fréquentent des établissements d'enseignement supérieur britanniques financés par des fonds publics sont des étrangers. Dans les disciplines "médecine et art dentaire" et "matières apparentées à la médecine", les étudiants étrangers sont au nombre de 13 300, dont 5 600 venant de pays de l'Union européenne et le reste de pays tiers, d'Asie principalement.

21.Toutefois, les étudiants étrangers qui étudient en Australie représentent d'ores et déjà 11 % environ de la population étudiante; informations recueillies au cours d'entretiens avec les directeurs des universités de New South Wales et de Victoria en janvier 1997.

22.*International Trade in Health Services: Main Issues and Opportunities for the Countries of Latin America and the Caribbean*, CNUCED et Organisation panaméricaine de la santé, UNCTAD/SDD/Ser/Misc.3, juillet 1994.

23.Depuis l'ouverture du marché, quatre sociétés multinationales se sont établies au Brésil, principalement en créant des coentreprises avec des sociétés locales. La présence de sociétés d'assurance étrangères semble avoir entraîné un certain nombre d'améliorations sur le marché brésilien, car les sociétés en question proposent des programmes d'assurance offrant une meilleure couverture et elles viennent de commencer à réduire les dépenses administratives; informations recueillies au cours d'un entretien avec le directeur d'un cabinet-conseil spécialisé dans l'assurance au Brésil, en janvier 1997.

24.La notion de "maîtrise des soins" s'applique aux organismes de gestion des soins de santé, aux organismes dispensateurs de services à tarifs préférentiels et aux réseaux de points de financement et de fourniture des soins. Les organismes de gestion des soins de santé sont la variante la plus contraignante de la maîtrise des soins, les malades étant tenus de recourir aux services des médecins participants, sauf pour les urgences. Les organismes dispensateurs de services à tarifs préférentiels sont des réseaux regroupant des médecins, des groupes médicaux et des hôpitaux qui acceptent de pratiquer des rabais en échange de l'assurance de traiter un grand nombre de malades. Les réseaux de points de service sont plus restrictifs que les organismes dispensateurs de services à tarifs préférentiels, mais le sont moins que les organismes de gestion des soins de santé, les malades ayant ici la possibilité de choisir leur médecin; J.K. Iglehart, "Health Policy Report. Physicians and

the Growth of Managed Care", *The New England Journal of Medicine*, vol. 331, No 17, octobre 1994, p. 1167 à 1171.

25. En Espagne, en France, en Italie, au Luxembourg et aux Pays-Bas, la construction ou l'agrandissement d'équipements hospitaliers sont subordonnés à un plan des services de santé qui recense les besoins locaux. La Suède limite en fonction des besoins économiques le nombre des services médicaux privés qui peuvent être subventionnés dans le cadre de son système de remboursement des soins par la sécurité sociale.

26. En Autriche, par exemple, pour tout engagement en matière de présence commerciale étrangère concernant l'un quelconque des secteurs de la santé, les autorités doivent examiner les intérêts locaux avant d'autoriser des personnes ou des sociétés étrangères à acquérir des biens et avant de permettre à des entreprises étrangères d'investir dans des personnes morales. En France, les achats étrangers d'actions de sociétés nouvellement privatisées peuvent être limités si l'investissement étranger total dépasse le tiers de l'investissement global ou 20 % de la totalité du capital social. En Finlande, une présence commerciale étrangère n'est autorisée que dans le cadre de la constitution d'une société avec une participation étrangère limitée à 51 %.

27. U.S. International Trade Commission Investigation, *General Agreement on Trade in Services: Examination of Major Trading Partners' Schedule of Commitments* (Investigation 332-358), Washington, 1995.

28. En Inde, par exemple, il arrive que le Gouvernement fournisse des terrains pour y construire des hôpitaux privés en échange de l'attribution d'un certain nombre de lits à des malades du secteur public; informations recueillies au cours d'entretiens avec les directeurs de l'hôpital Apollo et du Scort Health Centre de New Delhi, en Inde, en janvier 1997.

29. *Financial Times*, 5 février 1997.

30. Depuis le début des années 90, des projets relatifs à la télémédecine ont été mis en oeuvre dans le monde entier par le WellCare Group dans le cadre d'une initiative de la Harvard Medical School visant à fournir des services de télémédecine à l'échelle nationale et internationale. Le WellCare Telemedicine Network a établi des liaisons entre les Etats-Unis, l'Europe, l'Australie et Singapour et propose des services de télémédecine dans un certain nombre de pays en développement. Autre exemple : Health Care International (HCI), organisme situé en Ecosse, qui exploite le premier système mondial de soins et de dossiers médicaux entièrement électronique. HCI reçoit des demandes d'orientation de malades émanant de médecins du Moyen-Orient, de Grèce, de Turquie, d'Egypte et du Royaume-Uni; M. Sosa-Iudicissa, J. Levett, S. Mandil et P.F. Beales, directeurs de publication, *Health, Information Society and Developing Countries*, Commission européenne, DG XIII et Organisation mondiale de la santé, IOS Press, 1995.

31. L'Australie vise à devenir le centre d'excellence de la télémédecine en encourageant et en appuyant la recherche-développement dans l'application des processus multimédias à la fourniture des soins, en misant pour cela sur son infrastructure très moderne et le faible coût de ses télécommunications. Le traitement des malades étrangers englobe la vente de lits privés dans des hôpitaux publics ainsi que dans des cliniques privées. Pour faciliter la fréquentation des cliniques publiques et privées par des malades étrangers, l'Australie a mis au point un visa médical. Les écoles publiques de médecine forment des étrangers dans de nombreuses disciplines de la santé. Pour répondre à la demande extérieure, les écoles de médecine australiennes ont créé des départements réservés aux étudiants étrangers, mis sur pied des

coentreprises avec des universités étrangères et ouvert des succursales sur des marchés cibles. Grâce à cette stratégie, les recettes tirées des activités de formation à l'étranger peuvent représenter jusqu'à 20 % des budgets des universités; *The Australian Health Care Industry*, Australian Health Industry Development Forum and Department of Foreign Affairs and Trade, juin 1996.

32.Xing Houyuan, *Health Services in China*, Institut de recherche pour la coopération économique internationale, document ronéotypé, mars 1997.

33.London Medicine est une association créée en 1993 avec le parrainage et l'appui des milieux médicaux et commerciaux de Londres, et le concours d'autorités locales et nationales; *London Medicine Brochure*, juillet 1996.

34.Singapore Trade Development Board, *Singapore Trade News*, mars/avril, juillet/août 1996.

35."A Special Report with Radical Surgery", *Maclean's*.
