

# Tourisme médical : la France doit se positionner sur le haut de gamme

 [www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/tourisme-medical-la-france-doit-se-positionner-sur-le-haut-de-gamme](http://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/tourisme-medical-la-france-doit-se-positionner-sur-le-haut-de-gamme)

La Presse s'est fait récemment l'écho des bonnes feuilles d'un très intéressant rapport tenu jusqu'à présent confidentiel [1], réalisé par le professeur Jean de Kervasdoué intitulé « *Valoriser les atouts de la France pour l'accueil des patients étrangers.* » et dont les conclusions ont été remises début février 2015, en préparation d'un séminaire commun prévu le lundi 16 février, entre le MAE (ministère des affaires étrangères) et le MASS (ministère des affaires sociales et de santé), concernant « *la valorisation de l'expertise médicale française* ».

Le sujet est en apparence sensible. On ne cite plus les émois feints ou sincères qui ont accompagné la médiatisation de l'opération en mai 2014 d'un émir d'un état du Golfe persique dans le service de chirurgie orthopédique de l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne-Billancourt. Séjour nécessitant la réservation de 9 chambres, et autorisé à l'époque par le président de l'AP-HP Martin Hirsch. En effet, les cris d'orfraie syndicaux n'ont pas tardé. Qu'il s'agisse de la CGT Santé, réaffirmant sa position traditionnelle selon laquelle l'AP-HP « *est un service public dont la mission est de traiter ensemble des patients accueillis sur un pied d'égalité* [2] » et le risque d'une « *médecine à deux vitesses* [3] », ou des responsables médicaux tels Gérard Kierzek urgentiste à l'AP-HP ou le Professeur Loïc Capron (président de la CME (commission médicale d'établissement) dénonçant pêle-mêle un « *privilège inadmissible* », ou le fait que « *même si ça nous rapporte de l'argent, un riche émir qui se réserve une salle entière de l'hôpital Ambroise-Paré sort totalement des clous qu'il me semble raisonnable d'imposer à la médecine hospitalière républicaine.* [4] »

En réalité, le constat doit être fait que la valorisation internationale de l'expertise médicale française est un secteur stratégique potentiel à ne pas négliger. La filière Santé qui fait l'excellence française doit cependant être adaptée et structurée pour rencontrer efficacement la demande internationale fortunée et constituer une source significative de revenus complémentaires pour un secteur public hospitalier en pleine modernisation. Là comme ailleurs la concurrence internationale existe et se renforce ; mais contrairement à d'autres secteurs, la France peut prendre une place significative sur ce segment porteur des prestations médicales haut de gamme. Encore faut-il qu'elle procède à une "modernisation" renforcée de ses services et lève quelques lourds blocages normatifs...

## Le constat : la concurrence internationale haut de gamme est déjà bien présente

En réalité, la vertu principale de ce rapport, est au contraire de poser les termes comme ils doivent l'être, c'est-à-dire de façon dépassionnée, **sur un secteur économique en plein essor et pour lequel la France prend du retard**. En effet, si « *le tourisme médical n'atteint peut-être pas encore les 50 milliards de dollars parfois annoncés* [5] [...] *son chiffre d'affaires s'évalue déjà en milliards de dollars.* [6] ». Un chiffre renforcé par une récente étude canadienne qui évalue le nombre des touristes médicaux dans le monde à 1,6 million en 2012 [7]. Un secteur sur lequel certains pays se sont d'ores et déjà spécialisés et bien positionnés. Le rapport Kervasdoué en établit une liste succincte : l'Allemagne, Israël, la Turquie, l'Inde, mais aussi « *des destinations plus traditionnelles* », telles que les États-Unis et la Grande-Bretagne ou la Suisse [8]. En réalité d'autres pays se pressent également et avec des succès importants : Singapour, la Hongrie, la Pologne, la Corée du Sud, la Thaïlande mais aussi le Mexique ou Dubaï [9].

Bien évidemment, il ne s'agit pas pour la France de développer une approche « low cost », bien que même par rapport à ces pays, le montant de ses prestations hospitalières et chirurgicales soit en réalité compétitif [10].

TABLE 5 Cross-National Comparison of Prices Paid by Private Health Plans for Selected Procedures or Products 2011

	CANADA	FRANCE	GERMANY	SWITZER- LAND	UNITED STATES		
					Low	Average	95th Percentile
<b>CT Scan: Head</b>	<b>\$122</b>	<b>\$141</b>	<b>\$272</b>	<b>\$319</b>	<b>\$95</b>	<b>\$510</b>	<b>\$1,545</b>
As % of U.S. average	24%	28%	53%	63%	19%	100%	303%
<b>MRI Scan</b>	<b>N.A.</b>	<b>\$281</b>	<b>\$599</b>	<b>\$903</b>	<b>\$503</b>	<b>\$1,080</b>	<b>\$2,758</b>
As % of U.S. average	N.A.	26%	55%	84%	47%	100%	255%
<b>Normal Delivery (a)</b>	<b>\$3,195</b>	<b>\$2,536</b>	<b>\$2,157</b>	<b>\$8,495</b>	<b>\$6,993</b>	<b>\$9,280</b>	<b>\$15,239</b>
As % of U.S. average	34%	27%	23%	92%	75%	100%	164%
<b>Appendectomy (a)</b>	<b>\$5,606</b>	<b>\$3,164</b>	<b>\$3,093</b>	<b>\$5,840</b>	<b>\$7,756</b>	<b>\$13,003</b>	<b>\$27,797</b>
As % of U.S. average	43%	24%	24%	45%	60%	100%	214%
<b>Coronary Bypass Surgery (a)</b>	<b>\$40,954</b>	<b>\$16,140</b>	<b>\$16,578</b>	<b>\$25,486</b>	<b>\$42,951</b>	<b>\$67,583</b>	<b>\$138,050</b>
As % of U.S. average	61%	24%	25%	38%	64%	100%	204%
<b>Angioplasty (a)</b>	<b>\$10,060</b>	<b>\$5,857</b>	<b>\$6,189</b>	<b>\$12,212</b>	<b>\$15,627</b>	<b>\$26,254</b>	<b>\$57,374</b>
As % of U.S. average	38%	22%	24%	47%	60%	100%	219%
<b>Hip replacement(a)</b>	<b>\$16,945</b>	<b>11,353</b>	<b>11,418</b>	<b>17,521</b>	<b>23,535</b>	<b>\$38,017</b>	<b>80,374</b>
As % of U.S. average	45%	30%	30%	46%	62%	100%	211%
<b>Nexium</b>	<b>\$36</b>	<b>\$23</b>	<b>\$56</b>	<b>\$69</b>	<b>\$176</b>	<b>\$193</b>	<b>\$357</b>
As % of U.S. average	19%	12%	29%	36%	91%	100%	185%
<b>Plavix</b>	<b>\$74</b>	<b>\$49</b>	<b>\$109</b>	<b>\$61</b>	<b>\$160</b>	<b>\$163</b>	<b>\$172</b>
As % of U.S. average	45%	30%	67%	37%	98%	100%	106%
<b>Lipitor</b>	<b>\$44</b>	<b>\$37</b>	<b>\$74</b>	<b>\$81</b>	<b>\$95</b>	<b>\$119</b>	<b>\$138</b>
As % of U.S. average	37%	31%	62%	68%	80%	100%	116%

Sources : [Statement by Tsung Mei Cheng, before the US select committee on Health, 2011](#)

Non, la France doit viser au contraire l'excellence et se positionner sur le haut, voire le très haut de gamme. **Or pour attirer cette patientèle de haut niveau, il est nécessaire, comme les expériences étrangères le prouvent, de disposer de l'appui des pouvoirs publics.** D'autant que la concurrence s'organise à nos portes (notamment dans la principauté de Monaco, voir encadré).

Les principaux pays développant également un service hospitalier de pointe associé à des prestations hôtelières haut de gamme ont bénéficié d'un appui important de leurs propres gouvernements :

- Création d'organismes de promotion de l'offre de soins : le gouvernement singapourien a créé *SingaporeMedecine* afin d'orienter les efforts de développement du tourisme médical. Cet organisme travaille en partenariat avec le ministère de la Santé, le Conseil de développement économique, le Conseil du tourisme et *International Enterprise Singapore* ;
- Assouplissement des règles d'obtention de visas : L'Inde et la Thaïlande ont mis en place une procédure accélérée d'obtention de visas pour les touristes médicaux, tout comme le Japon et la Corée du Sud ;
- Mise en place de « clusters » médicaux ou de spécialisations reconnues : Dubaï a centralisé les établissements hospitaliers le long d'une même avenue, « *gérés et médicalement encadrés pour l'essentiel par des européens* » ; Israël, s'est spécialisé sur les clientèles Russophones et en oncologie ; l'Allemagne a développé une stratégie d'accueil individualisé multilingue spécialisée dans la clientèle arabe a fort pouvoir d'achat. Comme l'évoque le rapport Kervasdoué : « *Au Moyen-Orient, l'Allemagne supplante les États-Unis comme destination médicale.* »
- Rapprochement des structures hôtelières et hospitalières : À Abu Dhabi, l'hôtel Rosewood a construit une passerelle aérienne vers la clinique Cleveland ; à Bali, l'hôpital BIMC s'est associé à l'hôtel Marriott afin

d'offrir des prestations partagées ;

- Accepter l'agrément de ces fournisseurs de soins par une autorité extérieure : Actuellement c'est la JCI (*Joint Commission International*), organisme américain créé en 1994 afin de renforcer la sécurité des patients sur le plan national comme international qui délivre les agréments les plus reconnus au niveau mondial. Si 123 organisations et structures hospitalières avaient reçu un agrément en 2010, celles-ci ont été évaluées en 2012 à 504 de par le monde. Actuellement, aucun établissement hospitalier public français n'a bénéficié de cette accréditation [11]. L'agrément de la HAS (Haute autorité de Santé) n'est pas reconnu sur le plan international, alors que de l'avis même des spécialistes, les référentiels de certification entre l'autorité française et l'américaine ne sont pas très différents [12].

## La reconstruction du Centre Hospitalier Princesse Grace (voir [la vidéo de présentation](#))

Avec la reprise de la reconstruction du CHPG, la principauté de Monaco a décidé de se positionner d'emblée sur le très haut de gamme, avec l'intégration d'un service VIP. Elle a d'ailleurs accueilli les 22 et 23 mars 2013 au Grimaldi Forum, le 1er Congrès international du tourisme médical (IMTC). Le nouveau projet définitif a été présenté en janvier 2015, suite au décès du précédent architecte (projet ISIS Vasconi de 2010) et le choix assumé de baisse de 100 lits par rapport au projet initial. La présentation met en évidence la mise en place d'un nouvel hôpital de 394 lits, avec 650 places de parking pour un coût affiché de 750 millions d'euros.

## Présentation du projet de modernisation du CHPG janvier 2015

Le positionnement haut de gamme cherchant davantage à séduire la clientèle Russe plutôt qu'émiratie. L'offre hôtelière est intégrée dans l'offre hospitalière et propose ainsi des chambres allant de 18 à 36m<sup>2</sup>, toutes individuelles, avec une architecture étudiée pour éviter les nuisances sonores et alléger les trajets des équipes soignantes et hôtelières. Par ailleurs, le CHPG jouira d'une offre hôtelière de luxe avec la création de 8 suites de 62m<sup>2</sup>. Une pratique que le CHPG a déjà développée depuis 2006, avec la mise en place d'un service d'hôtellerie/conciergerie de luxe de type professionnel.



## Structurer une filière de soins haut de gamme

Les taux d'occupation hospitaliers en France sont parmi les plus bas d'Europe. Il y a donc de la place pour développer une offre supplémentaire permettant de se positionner sur des prestations hospitalières haut de gamme. Mais comme le souligne le rapport Kervasdoué, il faut d'emblée avoir une vision de « filière ». En effet, l'écosystème de prestations de soins haut de gamme suppose la participation de nombreux opérateurs :

- des courtiers en tourisme médical (il y en a quelques uns mais positionnés vers des offres *low cost* hors de France) : on peut citer, les sociétés [Ypsée](#) (recrutement de praticiens certifiés France), [Novacorus](#) (intégrant des assurances pour complications post-opératoires). Seule [France Surgery](#) est une société positionnée pour une offre internationale vers la France, intégrant un service de conciergerie médicale, vers des cliniques privées ;
- Des sociétés d'assistance et d'assurance : le rapport kervasdoué souligne la nécessité de recourir et de sécuriser des offres « tout compris », ce qui ouvre la perspective d'une prise en charge depuis l'aéroport jusqu'à l'aéroport : « *En cas d'accord, le patient va vouloir un service « tout compris » : voyage, accueil à l'aéroport, transport à l'hôpital, accueil à l'hôpital, présentation de l'équipe, suivi pendant l'hospitalisation, organisation si nécessaire d'un séjour hôtelier pendant la période de suivi ou la période entre les traitements, prise en charge de la famille, conseil en cas de modification de diagnostic et de thérapeutique, suivi financier, organisation du retour...* » Et de disposer de certains leaders mondiaux de l'assurance et de l'assistance sur le territoire hexagonal : Axa Assistance, Europ Assistance, Mondiale Assistance, SOS international ;
- La mise en place d'une véritable offre de conciergerie et d'hôtellerie haut de gamme [13] : sur ce point particulier la France a tout à structurer dans la mesure où « *pour ce qui concerne les conditions hôtelières, à quelques rares exceptions près, aucun établissement sanitaire français n'est au standard international* ».

*Cela suppose également que le personnel hospitalier comme hôtelier soit multilingue, ce qui encore une fois constitue un frein particulièrement prégnant : « Sans avoir pu obtenir de chiffre, les personnes consultées au moment de l'élaboration de ce rapport signalent toutes qu'un facteur limitant pour l'accueil des patients étrangers sera le petit nombre de professionnels de santé en général et de paramédicaux en particulier qui parlent couramment une ou plusieurs langues étrangères, à commencer par l'anglais. Il faudra les former. »*

## **Un opérateur/régulateur unique, Médical France pour rationaliser une offre dispersée :**

Actuellement une offre premium accessoire existe de façon plus ou moins organisée dans certains grands établissements hospitaliers :

- Gustave-Roussy (Villejuif) (secteur privé à but non lucratif) a su mettre en place un réseau de médecins à l'international lui permettant de développer une petite clientèle à fort pouvoir d'achat issue du Golfe persique dans sa spécialité de pointe, la cancérologie, soit 500 (sur 40.000), pour 13 millions de chiffre d'affaires en 2012 et un objectif à 15 millions d'euros pour 2014 (hors UE et AME). Un chiffre d'affaires dégagé grâce à une majoration tarifaire de 36% supérieure à celle de la Sécurité sociale ;
- L'hôpital américain de Paris, qui dispose aujourd'hui d'une clientèle internationale représentant 35% de ses patients ;
- Les Hospices de Lyon avec un chiffre stable d'étrangers depuis 5 ans, représentant 700 séjours annuels sur 180.000 ;
- L'AP-HP a pour objectif d'atteindre 1% de sa clientèle étrangère à fort pouvoir d'achat hors Sécurité sociale en développant un accueil expérimental dans cinq établissements depuis le 1er janvier 2013. Pour 2014 cette nouvelle clientèle pourrait lui rapporter 8 millions d'euros. Les étrangers soignés correspondant à ces caractéristiques représentaient 2.300 individus en 2010, auxquels sont appliquées des majorations du tarif Sécu à +30% ;
- D'autres expérimentations suivent, avec le Groupe hospitalier Saint Joseph, le centre chirurgical Marie-Lannelongue (Plessis-Robinson), la Fondation Rothschild (Paris), l'institut mutualiste Montsouris (Paris) et l'hôpital Foch (Suresnes) ;
- Enfin des cliniques privées comme la clinique de l'Alma (Paris), qui dégagne déjà avec cette clientèle haut de gamme près de 5% de son chiffre d'affaires, un niveau qui pourrait passer prochainement à 10%.

Le rapport propose donc de mettre en place un organisme faitier afin de structurer la filière, sous la forme d'un EPIC, Médical-France, qui serait chargé d'assurer une activité de normalisation des offres haut de gamme au sein du secteur hospitalier public et privé non lucratif :

- Mise en place d'un cahier des charges uniforme permettant de structurer des bouquets de prestations " *all inclusive*" (package « tout compris ») ;
- Dégager les équipes volontaires ;
- Rapprocher les secteurs hospitaliers et hôteliers, ainsi que les organismes d'assurance et d'assistance ;
- Mettre en place un portail numérique en 6 langues (le portail de l'AP-HP n'existe aujourd'hui qu'en français !) ;
- Développer des partenariats labellisés ;
- Relayer l'offre française dans les représentations diplomatiques à l'étranger ;
- Participer aux colloques internationaux et à l'accréditation des établissements et services de la place par les



Source : Lunt et al., 2011 : 18

organismes reconnus internationalement.

## **Des obstacles normatifs importants à lever :**

L'intégration d'une filière nouvelle suppose de revenir sur des structures réglementaires obsolètes qui devront évoluer si l'on veut développer une offre de soins concurrentielle efficiente. Le rapport Kervasdoué met bien en évidence les différents points de blocage :

- Une gestion agile des prestations « tout compris », suppose que des remboursements rapides en cas de trop perçus soient diligemment effectués en direction des patients. Pour cela, il faudra nécessairement pour l'AP-HP revenir sur la séparation ordonnateur/comptable, propre à la comptabilité publique. Il apparaît en effet que les procédures sont trop lourdes pour effectuer des remboursements à moins d'1 mois après la constatation du trop perçu. **La comptabilité de l'AP-HP doit donc évoluer vers une comptabilité de droit privé ;**
- La possibilité d'effectuer des opérations de publicité. Aujourd'hui les hôpitaux publics n'ont pas le droit d'en réaliser et les médecins sont limités par les prescriptions déontologiques du Conseil de l'Ordre. Celui-ci a mis en place un groupe de travail afin de faire évoluer les limites entre informations et publicités. **Plus de souplesse est donc attendue sur ce plan afin d'effectuer la promotion des équipes soignantes de pointe ;**
- Faire évoluer la législation sur l'obtention des visas médicaux. Aujourd'hui l'obtention d'un visa demande 3 semaines en France, contre 1 journée en Allemagne. Par ailleurs, l'obtention de visas pour de jeunes médecins étrangers désirant se former en France devrait être raccourcis afin de favoriser le rayonnement international des équipes et du savoir-faire hospitalier français ;
- Assouplir les dispositifs d'autorisation des équipements lourds (radiothérapie, imagerie) ;
- Délivrer pour cette clientèle spécifique aux managers des facilités de négociations tarifaires sur les prestations fournies.

## **Conclusion : éthique et responsabilité**

Le rapport Kervasdoué appuie là où ça fait mal : le tourisme médical entendu comme une valorisation des savoir-faire du « made in France » associant tourisme haut de gamme, prestations de soins et services d'accueil et de restauration hors norme, ne doit pas être vu comme « retirant » quelque chose à l'hôpital public et à sa mission de service public.

Tout au contraire, avec un même savoir-faire, des équipements communs ou similaires, le développement de cette offre commerciale que le rapport chiffre à un potentiel de 2 milliards d'euros, générant la création de 20.000 à 30.000 emplois à terme, doit être comprise comme une source potentielle de revenus [permettant d'alléger les contraintes budgétaires de l'hôpital public](#). Par ailleurs, les gains engrangés devraient permettre également de répondre plus efficacement aux défis financiers posés par l'augmentation des bénéficiaires de l'AME, donc des étrangers sans ressource. Une telle réforme devrait permettre d'accompagner en douceur la rationalisation des structures hospitalières, d'en améliorer et « professionnaliser » le management, d'améliorer la formation des personnels soignants et des ASH (agents des services hospitaliers), de se doter plus rapidement d'équipements de pointe qui seront ensuite amortis plus rapidement... sans rentrer pour autant dans un univers à deux vitesses. Seul l'accueil hôtelier serait différencié, non l'accessibilité aux soins. Il ne faut pas faire semblant de ne pas comprendre.

[1] Dont la rédaction a été confiée à l'économiste et professeur au CNAM, Jean de Kervasdoué à l'initiative des ministres des Affaires étrangères et des Affaires sociales et de la Santé, M. Laurent Fabius et Mme Marisol Touraine.

[2] Voir le communiqué : « *La CGT s'oppose à la création d'une filière pour malades VIP* », lundi 13 août 2012. Il s'agissait alors de la mise en place officielle par l'AP-HP, contre majoration plafonnée à 30%, d'une filière particulière d'accueil de patients étrangers fortunés.

- [3] Voir, Le Monde, *Les riches patients étrangers, bouée de sauvetage des hôpitaux français ?*, 06.02.2015.
- [4] Se reporter au site [ActuSoins](#), « *Emir choyé à l'AP-HP : Martin Hirsch assume, d'autres dénoncent* »,
- [5] Pour une évaluation plus modeste de l'OCDE à partir des données du système de comptes de la santé (SCS), voir, [Panorama de la Santé 2013, les indicateurs de l'OCDE](#), p.166-167
- [6] Voir, Pierre Perrier, Espace Social Européen, n°1045 du 4 au 17 avril 2014, interview d'Aïssa Khélifa. « *Le tourisme médical devient un phénomène massif* ».
- [7] Consulter le rapport de Monica Tremblay, M. Sc., *Tourisme médical : quel rôle pour l'État*, ENAP, février 2012, p.2.
- [8] Consulter par exemple le rapport de mai-juin 2011 « [tourisme médical, immersion en communauté](#) »
- [9] Rapport Kervasdoué, p.14-15.
- [10] « [Le positionnement prix de la France la rend ainsi concurrentielle face à la plupart des pays émergents.](#) » affirme l'économiste Aïssa Khélifa dans son propre rapport pour l'Institut Montparnasse, Mondialisation des soins et tourisme médical, juin 2013, p.91.
- [11] Nous verrons plus loin que certains services de « courtage » et même de conciergerie bénéficient cependant déjà de cet agrément dans leurs propres activités commerciales. On peut citer dès à présent la [société Novacorpus](#), qui bénéficie d'un agrément de la JCI mais dans le cadre des prestations qu'elle offre depuis la France vers l'étranger, ce qui ne concerne que de façon périphérique nos propres développements.
- [12] Rapport Kervasdoué p.32 : « *Il se trouve que, selon la Haute autorité de santé (HAS), organe accréditeur-certificateur en France, la procédure de certification française se fait dans le cadre d'une autorité internationale tout aussi contraignante et compétente que l'instance américaine. Il importera de le préciser et de le faire savoir. Ceci mérite d'être tenté, toutefois **il n'est pas certain que cela soit suffisant. Dans ce cas, il faudra se faire accréditer par l'instance américaine.*** »
- [13] Rapport p.20 : « On voit donc que tout établissement hospitalier devra d'une part définir une procédure interne et d'autre part s'associer à des entreprises qui pratiquent l'assistance médicale et qui offriront une « conciergerie médicale » pour faire référence au rôle des concierges dans les grands hôtels ».