RA449
.F814
c. 1 aa

Industrie, Sciences et Technologie Canada
Industry, Science and Technology Canada

IC

# DÉBOUCHÉS POUR LES FOURNISSEURS CANADIENS DE SERVICES DE SANTÉ

# LES INDUSTRIES DE SERVICES

Canada

# DÉBOUCHÉS

# POUR LES FOURNISSEURS

# CANADIENS DE SERVICES DE SANTÉ

Direction des industries de services de consultation et d'ingénierie
Direction générale des industries de services et de la construction
Industrie, Sciences et Technologie Canada
Avril 1993

INDUSTRY, SCIENCE AND
TECHNOLOGY CANADA
LIBRARY

AUG 2 0 1993

BZZC

BIBLIOTHÈQUE
INDUSTRIE, SCIENCES ET
TECHNOLOGIE CANADA

# Table des matières


Introduction . . . . . 1

Le régime canadien de soins de santé . . . . . 2

La capacité du Canada à administrer des services de santé . . . . . 2

La demande internationale de services de santé . . . . . 4

Financement des services de santé : Les institutions financières internationales . . . . . 4

Vue d'ensemble . . . . . 5

Marchés régionaux . . . . . 10

Restrictions en matière d'exportation de services canadiens de santé . . . . . 18

Conclusion . . . . . 23

## Introduction

En 1986, Industrie, Sciences et Technologie Canada (ISTC), connu alors sous le nom de ministère de l'Expansion industrielle régionale, a parrainé le Programme d'examen des industries de services (PEIS). Ce programme de recherches de deux ans a permis d'examiner la structure et la dynamique du secteur des services et des industries qui le composent.

Trois organismes, soit le Fraser Institute, l'Institut de recherches politiques et Statistique Canada, se sont intéressés à divers aspects de la recherche sur le secteur des services en commandant de nombreuses études sur les industries de services, les échanges de services, les questions horizontales et l'élaboration de statistiques. Dans le domaine des soins de santé, un document intitulé *Caring for Profit: Economic Dimensions of Canada's Health Industry* a été publié sous les auspices du PEIS.

Le PEIS a été une initiative importante du gouvernement fédéral pour comprendre la croissance rapide de ce secteur et jeter les bases de mesures visant à favoriser la croissance et la compétitivité du Canada. En 1989, la publication d'un document de consultation de l'industrie sur le Programme a marqué le début d'une deuxième étape.

Au cours de cette phase de consultation, ISTC a communiqué avec des sociétés offrant des services de santé et avec des ministères, notamment Santé et Bien-être social Canada (SBSC) ainsi qu'Affaires extérieures et Commerce extérieur Canada (AECEC), pour déterminer leur intérêt pour l'exportation de services de santé et leurs capacités dans ce domaine. Suite aux discussions tenues avec ces dernières, ISTC a fait paraître en 1992 un document provisoire intitulé *Évaluation des possibilités d'exportation de l'expertise canadienne dans le secteur de la prestation des services de santé.*

Le présent rapport, modifié considérablement au regard de ce document provisoire, y fait suite; il s'appuie sur diverses sources de références pour donner un aperçu des débouchés extérieurs dont pourraient bénéficier les services canadiens de santé. Il est à souhaiter que ces renseignements aideront le secteur privé et les autres intéressés à élaborer leurs stratégies d'exportation, en précisant et en évaluant les possibilités d'exportation, ainsi qu'en indiquant la façon d'en profiter. Ce rapport veut poursuivre le dialogue amorcé en 1992, favoriser les échanges de vues au sein du secteur et encourager la synergie entre les parties prenantes pour accroître les exportations.

## Le régime canadien de soins de santé

Les soins de santé sont communément perçus comme un moyen de sauver des vies ou de prolonger la vie. Les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé les définissent comme tout service dont le but principal et le résultat escompté sont de prolonger la vie des personnes et d'en améliorer la qualité, ainsi que tout service rendu par un praticien reconnu comme un spécialiste de la santé.

Selon la *Loi canadienne sur la santé* de 1984, l'objectif primordial de la politique canadienne des soins de santé est de protéger, de favoriser et de restaurer le bien-être physique et mental des résidants du Canada, de même que de faciliter l'accès raisonnable aux services de santé, et ce, sans obstacles financiers ou autres. En vertu de la Constitution, l'administration des soins de santé relève des provinces et s'effectue dans le cadre de régimes étroitement liés. Le gouvernement fédéral établit les normes de base des régimes provinciaux et contribue financièrement à leur mise en œuvre.

Le régime universel de soins de santé, financé par les contribuables, englobe les services hospitaliers et médicaux offerts à tous les résidants du Canada, peu importe leur capacité à payer. Les services canadiens sont uniques en ce sens que bon nombre des établissements ou des équipements qui servent à leur administration appartiennent à la communauté ou à des entreprises privées, mais qu'ils sont subventionnés en grande partie par le secteur public. En outre, une forte proportion des compétences en matière de conception et de mise en œuvre du régime provient de ce secteur.

L'excellence du régime canadien est reconnue dans le monde entier. Le *World Competitiveness Report 1991* indique qu'« en définitive, la compétitivité d'un pays, ou d'une entreprise, repose sur les aptitudes et les compétences de ses habitants ou de son personnel ». Le Canada est au premier rang au monde pour « la qualité et la disponibilité des soins de santé offerts aux employés et à leur famille ».

En 1991, le Canada a consacré environ 56,9 milliards de dollars américains (66,8 milliards de dollars canadiens) aux services de santé. Il a dépensé 2 110 $ US (2 474 $ CAN) par habitant pour les soins de santé, tandis que les États-Unis ont dépensé 2 817 $, soit environ 34 p. 100 de plus. En 1971, le Canada et les États-Unis affectaient à peu près le même pourcentage de leur produit intérieur brut (PIB) aux soins de santé, soit 7,5 et 7,6 p. 100 respectivement. En 1991, la proportion du PIB que représentaient les dépenses de santé était passée à 9,9 p. 100 au Canada, alors que les prévisions indiquaient qu'elle allait atteindre 13 p. 100 aux États-Unis. La performance du Canada découle en partie d'une bonne gestion publique des services de santé.

## La capacité du Canada à administrer des services de santé

Les progrès scientifiques, technologiques, sociaux et économiques des 50 dernières années ont entraîné de nombreux changements dans le régime canadien de soins de santé. Les recherches ont mené à la mise sur le marché de nouveaux médicaments ainsi que d'outils perfectionnés de diagnostic et de traitement. Au cours des années 50, les frais ont grimpé plus que jamais, de sorte que le besoin de capital a dépassé les ressources des philanthropes et des bénévoles qui avaient soutenu ce régime pendant des années. C'est pourquoi le rôle du gouvernement s'est accru rapidement.

En 1988, le secteur des soins de santé était devenu l'un des plus importants secteurs de services au Canada. Quelque 530 000 personnes y travaillaient, et environ 350 000 autres en tiraient la majorité de leur revenu. De 1984 à 1991, il y aurait eu 128 400 emplois de créés dans ce secteur.[1]

Bien que le gouvernement subventionne directement bon nombre de fournisseurs, l'industrie privée des services de santé, qui est des plus dynamiques, fournit elle aussi un large éventail de services : gestion des établissements de santé, consultation technique aux gestionnaires et au gouvernement, soins infirmiers et soins prolongés, conception et construction d'installations de santé, laboratoire de médecine clinique.

Cette industrie privée est constituée de quelques grandes et moyennes sociétés de même que de nombreuses petites entreprises et d'une foule de praticiens isolés, dont la plupart relèvent des autorités locales. En outre, plusieurs entreprises orientées vers le marché d'exportation y ont eu du succès. Quelques sociétés, notamment les services consultatifs de gestion des grands cabinets comptables internationaux, entretiennent des relations à l'étranger. Plusieurs entreprises du secteur des soins de santé ont établi des regroupements avec des personnes ressources à qui elles peuvent faire appel s'il y a lieu.

Les praticiens privés ont généralement leur bureau dans de grandes villes et, pour des raisons démographiques, sont établis pour la plupart dans l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique. Ce qui incite surtout les sociétés de services de santé à s'établir dans un endroit donné, c'est la présence d'installations de recherche et de développement, d'universités, d'hôpitaux universitaires ainsi que d'établissements des ministères fédéral et provincial de la santé.

Voici un résumé des points forts du secteur de la santé, tels qu'ISTC les a déterminés :

- Les services complets de gestion.
- Les services de consultation dans un large éventail de spécialités.
- Le système intégré de gestion (SIG).
- Les soins de santé à domicile.
- Les modalités régissant les soins médicaux et chirurgicaux.
- L'assurance-maladie.
- Les lignes de conduite et les systèmes en matière de soins de santé.
- La gestion et l'exploitation d'installations médicales permanentes.
- La formation et le perfectionnement du personnel.
- L'enseignement.
- Les laboratoires médicaux et les laboratoires d'essais.
- La recherche et le développement ainsi que l'échange de technologie.
- Les travaux de conception et de construction.
- Le recrutement de spécialistes de la santé.
- Les services de protection de l'environnement.
- Les services de santé publique et de santé au travail.

---

[1] *Globe and Mail*, « The Rising Value of Brain Power », 1er septembre 1992.

- Les services de protection civile en cas de catastrophe.
- Les soins primaires et préventifs de santé dans les régions éloignées.

## La demande internationale de services de santé

### Financement des services de santé : Les institutions financières internationales

Des débouchés pour les fournisseurs canadiens de services de santé existent autant dans les pays industrialisés que dans ceux en voie d'industrialisation. Les besoins diffèrent considérablement dans chaque pays, de même que la source de financement des projets. Dans les pays industrialisés, les frais liés à l'administration de services de santé sont généralement assumés par les gouvernements ou par le secteur privé, tandis que dans les pays en voie d'industrialisation, ils sont en grande partie couverts par des prêts ou des subventions de la Banque mondiale et d'autres institutions financières internationales (IFI).

La Banque mondiale, qui englobe la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD) ainsi que l'Association internationale de développement (AID), et des IFI régionales comme l'Asian Development Bank, la Caribbean Development Bank, l'Inter-American Development Bank et l'African Development Bank, ont des mandats semblables pour favoriser le progrès économique et social des pays en voie d'industrialisation. Bien que la Banque mondiale soit probablement la plus connue des IFI et qu'elle soit souvent citée dans le présent rapport, il ne faut pas pour autant oublier les banques régionales de développement.

Ces dernières sont souvent en mesure de réunir des ressources supplémentaires dans leur région et d'attirer des investisseurs étrangers. Elles peuvent fréquemment subventionner des projets qui ne sont pas financés, ou le sont insuffisamment, par des organismes nationaux ou internationaux. Aucune autre institution financière n'est mieux placée pour répondre aux besoins des plus petites des nations les moins industrialisées qui sont au nombre des « pays en voie d'industrialisation ».

La Banque mondiale se concentre de plus en plus sur le perfectionnement des ressources humaines et ses préoccupations sur l'éducation, la santé, la nutrition, la démographie, la formation et le rôle des femmes dans les pays en voie d'industrialisation sont évidentes dans toutes ses activités de développement. L'attention croissante qu'elle prête au secteur de la santé ne fait pas de doute puisqu'elle intitulera son Rapport sur le développement dans le monde de 1993 *Investir dans la santé*.

En outre, cet intérêt se manifeste clairement dans les projets approuvés par la Banque mondiale. Les projets relatifs aux soins de santé, au contrôle des naissances et au développement social représentent depuis quelques années une plus grande partie de son budget. De 1983 à 1987, par exemple, les prêts annuels consentis par la Banque au secteur de la planification démographique, de la santé et de la nutrition (PDSN) ont totalisé en moyenne 205 millions de dollars américains. Pendant l'exercice 1992, celle-ci a approuvé des prêts qui ont atteint 962 millions de dollars américains, soit une augmentation substantielle par rapport aux années précédentes. Ces prêts ont dépassé l'engagement pris en 1991, à savoir prêter un minimum annuel de 800 millions de dollars américains. La

proportion du total des prêts de la Banque que représentent les prêts consentis pour la réalisation de projets dans le secteur PDSN oscille entre 4 et 5 p. 100, en hausse par rapport à la moyenne de 2 p. 100 enregistrée au début des années 80. La tendance est semblable dans le cas d'autres IFI.

Sur le plan international, les activités des IFI varient dans le secteur PDSN. Dans les pays les moins bien nantis, l'accent est mis sur l'élaboration de programmes de prévention et d'amélioration de la santé, de programmes de santé publique et de régimes de soins primaires. Par exemple, l'activité de la Banque mondiale a augmenté en matière de démographie. L'Afrique est la principale bénéficiaire de ses prêts axés sur le contrôle des naissances. Dans le domaine de la santé, la Banque a délaissé quelque peu les prêts relatifs à des projets de soins primaires pour se concentrer sur les projets de formulation de politiques, de planification et de gestion de programmes. L'élimination des maladies demeure une de ses préoccupations majeures. La nutrition continue de donner lieu à un rajustement à la hausse car les prêts qui lui sont consacrés ont presque décuplé pendant la période de 1988 à 1991, par rapport à la période précédente de quatre ans.

Le tableau 1 résume les propositions de projets de soins de santé qu'étudient actuellement les IFI, et qui ont une valeur totale de 6 milliards de dollars. En se fondant sur un intervalle de deux ans entre le stade de description d'un projet et celui de sa réalisation, on peut supposer que des projets totalisant 3 milliards de dollars américains seront effectués chaque année.

Il faut noter que ce sont les pays bénéficiaires qui choisissent la plupart des experts-conseils, et non l'IFI elle-même. Comme les services d'experts-conseils sont généralement nécessaires au premier stade de l'élaboration des projets, les fournisseurs doivent recenser et cibler ces pays le plus tôt possible pour pouvoir leur venir en aide.

**Vue d'ensemble**

Les efforts consacrés à l'amélioration de la santé représentent un investissement dans les ressources humaines et le développement social pour améliorer la qualité de la vie. Cela rapporte indubitablement des dividendes, notamment en augmentant la productivité et l'espérance de vie. Une meilleure santé entraîne d'ailleurs des avantages économiques substantiels en libérant des ressources qui peuvent être utilisées pour atteindre d'autres objectifs de développement.

Les pays en voie d'industrialisation font face à de nombreux défis dans le domaine de la santé, et les problèmes font surface dans leur système de soins de santé. Beaucoup de ces pays ont à cet égard un ordre de priorité différent de celui du Canada. Ils jouissent peut-être de certains avantages des régimes occidentaux, mais ils n'ont souvent pas l'infrastructure ni les ressources humaines nécessaires pour assurer un plein éventail de services, et manquent souvent de plus de un élément d'un régime de soins de santé. Ils ont souvent besoin de meilleures institutions ainsi que de l'infrastructure, de la main-d'œuvre et des programmes nationaux nécessaires pour assurer des services de planification démographique, de santé et de nutrition, et surtout permettre l'administration et l'augmentation des soins primaires et préventifs de santé.

**Tableau 1 Valeur prévue des propositions de projet à l'étude par les grandes IFI**[1] (en millions de dollars US)

| Région | Pays à revenus moyens | Pays à faibles revenus | Pays les moins bien nantis | Total | Total global en pourcentage | Comparaison avec les projets approuvés ces deux dernières années[2] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Afrique | | 128 | 513 | 641 | 11 | 16 |
| Asie de l'Est | 97 | 288 | 310 | 695 | 24 | 35 |
| Asie du Sud | | | 692 | 692 | | |
| Europe de l'Est | 639 | | | 639 | 23 | 16 |
| Europe de l'Ouest | 350 | | | 350 | | |
| Pays arabes | 125 | 210 | | 335 | | |
| Caraïbes | 170 | 122 | 90 | 382 | 42 | 33 |
| Amérique latine | 1683 | 423 | | 2106 | | |
| Total | 3064 | 1171 | 1605 | 5840[3] | | |
| Total global en pourcentage | 53 | 20 | 27 | 100 | 100 | 100 |

[1] BIRD, BAD, BAfD, I-BAD, août/septembre 1992.
[2] « Strategy for Marketing Healthcare Resources », Société internationale de l'Ontario, février 1992.
[3] Pourrait équivaloir à environ trois milliards de dollars US par année, en présumant que le projet prenne en moyenne deux ans pour être approuvé.

Même si certains pays en voie d'industrialisation ont des programmes de santé sous une forme ou sous une autre, ceux-ci posent de graves problèmes en matière de qualité, d'efficacité et de rentabilité. Le défi consiste à aider ces pays à se doter des institutions, des ressources de base et du réseau de distribution nécessaires pour améliorer les programmes déjà en place. Les pays en voie d'industrialisation ont le plus souvent besoin de l'appui financier fourni par les IFI et les organismes de secours pour améliorer leur régime de soins de santé grâce à des échanges de technologie et de connaissances qui leur permettent d'acquérir plus d'autonomie.

Pour mieux cerner les débouchés qui s'offrent aux fournisseurs de services de santé, des missions commerciales et d'autres sources d'information du Canada ont été consultées. Un résumé des occasions les plus courantes ainsi que la description du marché correspondant et les sources de spécialistes figurent au tableau 2.

Les IFI consacrent une part croissante de leurs ressources à la mise en place d'une infrastructure de soins primaires dans les pays les moins bien nantis et ceux à faible revenu. Les premiers, généralement ceux dont le PNB par habitant est de moins de 500 $ US, ont des besoins fondamentaux comme les programmes de santé et de bien-être publics, la remise en état de l'infrastructure existante et, dans une certaine mesure, l'aide à la planification et à la gestion sectorielles. Les seconds, ceux dont le PNB par habitant varie de 500 à 1 500 $ US, ont des besoins semblables, mais recherchent également des fournisseurs de soins primaires et des fournisseurs de services de formation du personnel soignant.

Les pays à revenu moyen, ceux dont le PNB par habitant dépasse 1 500 $ US, offrent des débouchés un peu différents. La plupart ont besoin de services de planification et de gestion sectorielles, de formation du personnel, de remise en état et, dans une moindre mesure, de construction d'hôpitaux et d'installations de soins primaires, ainsi que de programmes de santé et de bien-être publics.

Toutefois, certains pays à revenu moyen ont des besoins particuliers. Dans les pays qui ont une forte infrastructure en matière de services de santé et un personnel soignant ayant reçu la formation nécessaire, il existe des débouchés pour les spécialistes des systèmes intégrés de gestion ainsi que les fournisseurs de services de gestion hospitalière et de gestion de programmes de soins primaires. Les pays à revenu moyen qui ont une infrastructure réduite offrent probablement des débouchés aux personnes qui travaillent dans le domaine de la politique de la santé et celui des laboratoires médicaux, alors que ceux dont la population est vieillissante fournissent naturellement des occasions aux fournisseurs de services de soins prolongés.

L'ordre de priorité des pays industrialisés à revenu élevé, ceux dont le PNB par habitant dépasse 15 000 $ US, sera probablement axé sur les questions de financement sectorielles comme la compression du prix de revient et la mise en place d'installations de soins prolongés. La construction et l'exploitation d'hôpitaux privés ou publics clés en main seront probablement limitées dans les pays qui ne sont pas exportateurs de pétrole, à cause des immobilisations et des frais élevés qu'elles entraînent.

En raison de leur niveau de développement économique, les pays à revenu élevé n'ont pas droit aux fonds des IFI. Ils ont généralement leur propre régime de soins de santé et, pour bon nombre d'entre

## Tableau 2 Occasions les plus courantes

| Description du marché | Signes vitaux | Pays typiques | | Occasions les plus courantes de projet | Sources de spécialistes canadiens |
|---|---|---|---|---|---|
| Pays à revenus élevés | PNB par habitant > 15 000 $<br>Médecins/population < 750<br>Lits/population < 200 | Amérique du Nord<br>Asie | États-Unis d'Amérique<br>Japon, Singapour | Financement sectoriel<br><br>Installations de soins à long terme pour personnes âgées | Entreprises privées en collaboration avec les ministères provinciaux de la santé<br>Entreprises privées de gestion d'établissement |
| | | Pays exportateurs de pétrole | Arabie Saoudite | Construction d'hôpitaux<br>Dotation en personnel et gestion hospitalière<br>Formation du personnel | Entreprises privées<br>Entreprises privées et hôpitaux<br>Entreprises privées et collèges communautaires |
| Pays à revenus moyens (en général) | PNB > 1 500 $ | La plupart des pays à revenus moyens du tiers monde | | Planification et gestion sectorielles, souvent avec un accent sur le financement ou la décentralisation<br>Construction et réfection d'hôpitaux et d'installations de soins primaires<br>Formation du personnel<br>Santé et bien-être publics | Entreprises privées, ministères provinciaux de la santé, universités<br><br>Entreprises privées<br><br>Entreprises privées et collèges communautaires<br>Entreprises privées, ONG, universités |
| **Plus** besoins spéciaux supplémentaires : | | | | **Plus** | |
| • avec une importante infrastructure et du personnel qualifié en place | Médecins/population < 1 000<br>Lits/population < 300 | Europe de l'Est<br><br>Amérique latine<br><br>Caraïbes | Hongrie, Pologne, Roumanie<br>Grèce, Israël<br>Argentine, Venezuela, Costa Rica<br>Bahamas, Barbade, Trinidad | Gestion de programmes de soins primaires<br><br>Gestion hospitalière<br><br>Systèmes informatiques de gestion | Entreprises privées, ministères provinciaux de la santé, organisations de services de santé, ONG<br><br>Entreprises privées et hôpitaux<br><br>Entreprises privées et hôpitaux |
| • avec moins d'infrastructure et moins de personnel qualifié | Médecins/population > 1 000<br>Lits/population > 300 | Asie<br>Pays arabes<br>Europe<br>Amérique latine | Corée, Malaysia<br>Algérie, Iran<br>Albanie, Turquie<br>Brésil, Chili, Mexique | Fabrication de médicaments, et approvisionnement, réglementation et distribution<br>Construction de laboratoires, et réfection et gestion | Laboratoires privés |
| • avec un nombre croissant de personnes âgées | | Asie<br>Caraïbes | Corée<br>Bahamas, Barbade | Installations de soins à long terme pour personnes âgées et pour personnes infirmes | Entreprises privées de gestion d'établissement |

**Tableau 2 Occasions les plus courantes** (fin)

| Description du marché | Signes vitaux | Pays typiques | | Occasions les plus courantes de projet | Sources de spécialistes canadiens |
|---|---|---|---|---|---|
| Pays à faibles revenus | PNB 500 à 1 500 $<br>Médecins/population > 1 000<br>Lits/population > 300 | Afrique | Angola, Nigéria, Zimbabwe | Exécution de programmes de soins primaires<br>Santé et bien-être publics | Entreprises privées, ministères provinciaux de la santé, organisations de services de santé et ONG<br>Entreprises privées, ONG et universités |
| | | Pays arabes | Égypte, Jordanie, Maroc | Réfection de l'infrastructure | Entreprises privées |
| | | Asie | Indonésie, Philippines | Planification et gestion sectorielles, avec un accent occasionnel sur le financement | Entreprises privées, ministères provinciaux de la santé et universités |
| | | Amérique latine | Colombie, Guatemala, Pérou Guyane | Formation du personnel | Entreprises privées et collèges communautaires |
| | | Caraïbes | Jamaïque | | |
| Pays les moins bien nantis | PNB < 500 $<br>Médecins/population > 2 000<br>Lits/population > 800 | Afrique | Burkina Faso, Mozambique | Santé et bien-être publics | Entreprises privées, ONG et universités |
| | | Asie | Laos, Pakistan | Planification et gestion sectorielles, avec un accent occasionnel sur la décentralisation | Entreprises privées et universités |
| | | Caraïbes | Haïti | Réfection | Entreprises privées |

eux, les principaux défis sont la compression du prix de revient, l'optimisation des ressources et le financement des services. Ces pays offrent donc des occasions d'élaborer et de mettre en œuvre des régimes d'assurance ainsi que des services de gestion d'importants régimes de soins médicaux dont les frais sont payés d'avance et qui ressemblent aux régimes d'assurance-maladie provinciaux. On y trouve aussi des régimes de soins d'urgence et des systèmes informatiques pour les soins prodigués aux patients et pour la facturation ainsi que l'administration des hôpitaux, de même qu'une technologie de pointe.

Ces débouchés mondiaux sont variés et les besoins ou exigences perçus ne peuvent être satisfaits par une seule société. De plus, nombre de débouchés exigent des compétences se retrouvant souvent dans le secteur public. Celui-ci peut donc collaborer avec le secteur privé pour tirer parti des débouchés extérieurs. Le tableau 3, qui ajoute au contenu de la dernière colonne du tableau 2, indique des façons de grouper les compétences canadiennes pour répondre aux besoins recensés.

La concurrence est vive dans le cas des projets de services professionnels dont la réalisation est financée par les IFI, et elle est toujours forte dans le cas des États-Unis et de la Grande-Bretagne. Sans compter que d'autres pays européens, notamment la France, l'Allemagne, la Suède et l'Autriche, sont eux aussi actifs dans ce domaine. En répondant à un questionnaire utilisé dans le cadre d'une étude effectuée pour le compte de l'Ontario International Corporation, les fournisseurs de services de santé ontariens ont indiqué que leurs principaux concurrents étaient des sociétés des États-Unis, de la Grande-Bretagne, de la France et de l'Allemagne. Notons que la Suisse et le Japon font également concurrence au Canada sur ce terrain.

**Marchés régionaux**

On trouvera ci-après un bref exposé sur les débouchés régionaux, établi à partir des renseignements fournis par les missions commerciales du Canada à l'étranger et les IFI. En outre, des renseignements tirés des rapports annuels de plusieurs des banques de développement mettent en lumière les objectifs et les activités de ces dernières.

Ce sont peut-être les pays en voie d'industrialisation ayant droit à une aide financière des IFI qui offrent aux fournisseurs canadiens les plus grandes possibilités de conclure des marchés. En outre, il y a des débouchés pour les services de santé dans les pays industrialisés et exportateurs de pétrole, surtout en Arabie Saoudite.

Le tableau 4 donne un aperçu de ces débouchés régionaux et devrait permettre de mieux cibler les efforts d'exportation du Canada.

*Afrique*

La Banque africaine de développement (BAfD), dont le siège social est à Abidjan, en Côte d'Ivoire, aide activement les pays d'Afrique en voie d'industrialisation à améliorer leur économie. Le secteur de la santé est l'un de ceux auxquels elle accorde des prêts prioritaires, et elle envisage de financer,

**Tableau 3 Sources de spécialistes canadiens**

| **Besoins et possibilités relevés (Classement en fonction de la fréquence de mention)** | **Sources des compétences et de l'expérience requises** |
|---|---|
| Planification sectorielle et organisation | Experts-conseils en gestion, en collaboration avec les ministères provinciaux de la santé |
| • se rapportant particulièrement au financement | Experts-conseils en matière d'avantages sociaux, en collaboration avec les ministères provinciaux de la santé et les régimes privés d'assurance-maladie |
| • se rapportant particulièrement à la décentralisation | Experts-conseils en gestion, en collaboration avec les ministères |
| Formation :<br>• de gestionnaires<br>• d'auxiliaires médicaux<br>• d'infirmiers<br>• de techniciens spécialisés | Experts-conseils en formation et collèges communautaires |
| Construction et réfection :<br>• des hôpitaux<br>• des installations de soins primaires<br>• des centres de recherche<br>• des laboratoires<br>• des installations de formation | Architectes, conseils techniques, entreprises de gestion de projet, spécialistes en approvisionnement |
| Gestion hospitalière | Experts-conseils en gestion, en collaboration avec les hôpitaux et les associations d'hôpitaux |
| Gestion des programmes de soins primaires | Experts-conseils en gestion, en collaboration avec les organismes de services de santé et les ONG |
| Systèmes informatiques de gestion | Experts-conseils en SIG, en collaboration avec les ministères provinciaux de la santé, les hôpitaux et les associations d'hôpitaux |
| Gestion des installations de soins à long terme pour personnes âgées et personnes infirmes | Entreprises privées de gestion d'établissement |
| Réglementation et distribution des médicaments | Experts-conseils en gestion, en association avec les ministères provinciaux de la santé |
| Détermination et gestion de services de santé d'urgence | Experts-conseils en gestion, en association avec les ministères provinciaux de la santé |
| Conception et gestion de programmes de santé et de bien-être publics | Experts-conseils en gestion, en collaboration avec Santé et Bien-être social Canada, des ONG et des universités |

**Tableau 4 Cibles possible des activités de commercialisation par région**

| Région | | Proportion indicative du marché des IFI[1] | Possibilités dans le secteur des services | Domaines visés | Principaux concurrents[2] |
|---|---|---|---|---|---|
| Afrique | Pays à faibles revenus | 2 % | Planification et formation du personnel<br><br>Soins primaires | Gestion; travailleurs paramédicaux; infirmiers; techniciens spécialistes<br>Gestion de l'exécution des programmes | |
| | Pays les moins bien nantis | 9 % | Planification sectorielle et organisation<br><br>Réfection des installations<br>Santé et bien-être publics | Élaboration et analyse des politiques<br>Gestion sectorielle efficace<br>Décentralisation<br>Hôpitaux et installations de soins primaires<br>Programmes alimentaires et programmes mère-enfant | |
| Asie de l'Est | Pays à revenus élevés | Non admissibles à l'appui des IFI | Gestion des installations | Développement et gestion d'installations de soins à long terme | États-Unis |
| | Pays à revenus moyens | 2 % | Planification sectorielle et organisation<br>Financement<br>Planification et formation du personnel | Élaboration et analyse des politiques<br><br>Régimes d'assurance-maladie<br>Gestion; travailleurs paramédicaux; infirmiers; techniciens spécialistes | Autriche<br>Angleterre<br>Japon<br>Suède |
| | Pays à faibles revenus et pays les moins nantis | 10 % | Soins primaires<br>Santé et bien-être publics | Gestion de l'exécution des programmes<br>Programmes mère-enfant et programmes éducatifs et promotionnels | Grande-Bretagne<br>États-Unis<br>Allemagne<br>Japon |
| Asie du Sud | Tous les pays | 12 % | Planification sectorielle et organisation<br>Financement<br>Soins primaires<br>Santé et bien-être publics | Gestion sectorielle efficace<br><br>Analyse financière<br>Programmes mère-enfant et programmes de lutte contre la maladie<br>Gestion de l'exécution des programmes | |

**Tableau 4 Cibles possible des activités de commercialisation par région (suite)**

| Région | | Proportion indicative du marché des IFI[1] | Possibilités dans le secteur des services | Domaines visés | Principaux concurrents[2] |
|---|---|---|---|---|---|
| Europe | Pays à revenus moyens (Europe de l'Est et secteur oriental de la Méditerranée) | 17 % | Planification sectorielle et organisation<br>Financement<br>Planification et formation du personnel<br>Soins primaires<br>Gestion des installations<br>Gestion des systèmes | Gestion sectorielle efficace<br>Décentralisation<br>Régimes d'assurance-maladie<br><br>Gestion<br>Planification et exécution des programmes<br>Hôpitaux, installations de soins à long terme<br>Systèmes informatiques de gestion | |
| Pays arabes | Pays exportateurs de pétrole | Non admissibles à l'appui des IFI (Le budget saoudien contient des devises étrangères équivalant à 20 % du marché des IFI) | Planification et formation du personnel<br><br>Construction et réfection des installations<br><br>Gestion hospitalière | Travailleurs paramédicaux et techniciens spécialistes<br><br>Construction de nouveaux hôpitaux et d'installations de soins primaires<br><br>Dotation en personnel et gestion « clés en main » | Hôpitaux du Royaume-Uni et des États-Unis |
| | Pays à revenus moyens et pays à faibles revenus | 6 % | Soins primaires<br><br>Construction et réfection d'installations<br><br>Gestion de systèmes | Planification et exécution de programmes<br><br>Hôpitaux et installations de soins primaires<br><br>Réglementation et distribution des médicaments | France, Allemagne, Suisse |
| Caraïbes | Pays à revenus moyens | 3 % | Planification et formation du personnel<br><br>Construction et réfection d'installations<br>Gestion de systèmes | Gestionnaires, travailleurs paramédicaux, infirmiers et techniciens spécialistes<br><br>Construction de nouveaux hôpitaux, d'installations de soins à long terme et d'établissements de formation<br>Systèmes informatiques de gestion | États-Unis |

**Tableau 4 Cibles possible des activités de commercialisation par région** (fin)

| Région | | Proportion indicative du marché des IFI[1] | Possibilités dans le secteur des services | Domaines visés | Principaux concurrents[2] |
|---|---|---|---|---|---|
| Caraïbes (suite) | Pays à faibles revenus et pays les moins bien nantis | 4 % | Planification sectorielle et organisation<br>Soins primaires<br>Construction et réfection d'installations | Gestion sectorielle efficace<br>Planification et exécution de programmes<br>Réfection d'installations de soins primaires | |
| Amérique latine | Pays à revenus moyens | 28 % | Planification sectorielle et organisation<br>Financement<br>Soins primaires<br>Construction et réfection d'installations<br>Santé et bien-être publics | Élaboration et analyse des politiques<br>Gestion sectorielle efficace<br>Régimes d'assurance-maladie<br>Planification et exécution de programmes<br>Hôpitaux, installations de soins primaires et laboratoires nouveaux et remis à neuf<br>Programmes mère-enfant | États-Unis |
| | Pays à faibles revenus | 7 % | Soins primaires<br>Construction et réfection d'installations<br>Santé et bien-être publics | Planification et exécution de programmes<br>Réfection d'installations de soins primaires<br>Programmes alimentaires | États-Unis, France Allemagne |
| Amérique du Nord | États-Unis | Non admissibles à l'appui des IFI | Planification sectorielle et organisation<br>Financement<br><br>Gestion d'installations<br>Soins primaires | Gériatrie, VIH<br><br>Régimes d'assurance-maladie<br>Programmes de compression des coûts<br>Gestion ministérielle dans les hôpitaux<br>Soins de santé en région rurale | |

[1] Voir le tableau 1.

[2] Fondée sur les réponses reçues des ambassades et des hauts commissariats ainsi que sur les contrats récemment adjugés.

pendant la période de 1993 à 1995, des projets évalués au total à environ 320 millions de dollars américains. Le programme qu'elle propose comprend des projets de remise en état d'hôpitaux, des études sur les soins de santé et la reconstruction de l'infrastructure sanitaire.

La Banque mondiale est également active dans cette partie du monde, et l'Afrique est pour elle un continent en transition. Comme dans d'autres régions, elle accorde la priorité au développement du secteur social, et ses projets de réduction de la pauvreté témoignent de son activité croissante.

La croissance démographique de l'Afrique continue à poser des problèmes d'instabilité politique et de marasme économique. Pour tenter de les éliminer, la Banque mondiale travaille à réduire le taux de croissance de la population à des niveaux qui soutiendront et stimuleront l'activité économique, et prépare les Africaines à jouer un plus grand rôle dans le développement économique en leur facilitant l'accès aux moyens de production et à de meilleurs services d'enseignement et de santé.

L'Afrique n'a pas besoin partout des mêmes services de santé : la situation varie en fonction de l'économie de chaque pays. Il n'en demeure pas moins que les pays africains offrent des débouchés à long terme aux sociétés canadiennes, surtout aux cabinets d'experts-conseils qui peuvent aider ces dernières au cours des premières étapes de la planification de soins de santé et de l'élaboration de programmes. Les pays à faible revenu comme le Cameroun cherchent avant tout à étoffer leurs programmes de gestion des ressources humaines et financières, tandis que d'autres, notamment l'Angola, le Botswana et le Lesotho, élaborent des projets axés sur la formation des fournisseurs de soins de santé et l'amélioration des hôpitaux et des cliniques ainsi que des services de santé ruraux. Bon nombre de ces pays se concentrent encore sur les soins primaires et sont toujours préoccupés par l'élimination des maladies et l'amélioration de leurs services de santé.

*Moyen-Orient (pays arabes et producteurs de pétrole)*

Depuis un certain nombre d'années, des praticiens et des sociétés de services du Canada viennent en aide à des pays du Moyen-Orient, en particulier le Koweït, les Émirats arabes unis et l'Arabie Saoudite. Ces marchés, qui se sont développés grâce aux recettes pétrolières et à la croissance économique connexe, ont créé des occasions pour les spécialistes de la santé, les gestionnaires de services de santé et les sociétés de conseil en gestion. Des sociétés de recrutement de spécialistes sont aussi présentes sur le marché. L'essor de cette vaste région a ralenti, mais la croissance économique prévue de ces pays et la nécessité de reconstruire l'infrastructure du Koweït pourraient offrir de nouveaux débouchés aux fournisseurs canadiens.

L'Égypte continuera de subventionner bon nombre de ses services médicaux, et son explosion démographique créera des débouchés. Par ailleurs, le plan quinquennal de l'Arabie Saoudite en matière de services de santé offrira peut-être aux spécialistes des possibilités dans des domaines tels que les soins primaires et préventifs de même que l'amélioration des services hospitaliers. Comme le Maroc a l'intention d'améliorer une foule d'aspects de son régime de soins de santé, il pourrait être prometteur pour les sociétés canadiennes de services. Ce pays a déterminé plusieurs besoins, notamment en matière de gestion des ressources humaines et d'administration de soins primaires.

*Europe*

La tendance à l'instauration d'une économie de marché dans de nombreux pays de l'Europe de l'Est et de la Communauté des États indépendants créera une demande d'installations plus modernes, étant donné que ces pays cherchent avant tout à aligner leurs normes de soins de santé sur les normes internationales. Bien que bon nombre d'entre eux offrent des débouchés dans le domaine de la santé publique et de l'infrastructure médicale, ceux-ci ne sont pas très considérables. En plus de ne pas avoir de monnaie forte, ces pays ne facilitent pas l'accès à leur marché des services de santé et il faudra probablement effectuer des échanges de technologie. Tout indique que pour y exercer son activité, une société canadienne devra s'y assurer une présence commerciale ou s'associer à une entreprise locale.

La désintégration continue du système d'approvisionnement des hôpitaux dans la République Tchèque et la République fédérative slovaque risque de mener à son effondrement. Cela créerait peut-être des débouchés pour les sociétés occidentales, tant dans le domaine de la distribution des fournitures médicales que dans celui de la gestion et de l'administration des établissements hospitaliers ou de soins de santé. En République Tchèque, la population a surtout besoin de soins primaires, mais le gouvernement n'a pas jugé les soins de santé prioritaires, ce qui permet de douter d'un rôle éventuel des IFI.

En Hongrie, un projet vise actuellement à restructurer le secteur de la santé, et en Roumanie, un autre vise à remettre le plus tôt possible en état le même secteur.

Les pays prospères de l'Europe de l'Ouest sont aux prises avec des problèmes semblables à ceux de l'Amérique du Nord. Ils offrent des débouchés aux fournisseurs de soins de santé, car ils s'intéressent de plus en plus à la technologie et au savoir-faire nord-américains. Comme leur population vieillit, le secteur de soins prolongés y crée aussi des possibilités.

*Amérique latine et Caraïbes*

L'Amérique latine et les Caraïbes offrent des débouchés supplémentaires. Les sociétés canadiennes ont utilisé les fonds de l'Agence canadienne de développement international pour élaborer des projets de soins de santé dans plusieurs pays. La difficulté à tirer parti de ces débouchés réside dans le taux d'inflation élevé ainsi que les incertitudes au sujet du financement des activités (suscitées par le fardeau de la dette à assumer par les gouvernements en cause) et les contrôles exercés sur les taux de change.

La Banque de développement des Caraïbes (Caribank) ne gère actuellement aucun projet relatif aux soins de santé et n'en prépare aucun, mais la Banque interaméricaine de développement (BID) est active en Amérique centrale et en Amérique du Sud, car elle s'occupe d'accélérer le développement économique et social de cette partie du monde. Il y a trente ans, elle a été une pionnière en matière de financement de projets sociaux, et même si ses activités englobent tout l'éventail du développement économique, elle continue à mettre l'accent sur la santé et l'éducation.

Depuis sa fondation, la BID a consacré 5 milliards de dollars américains aux secteurs de l'environnement et de la santé publique. En 1991, elle a approuvé l'affectation de 407 millions de dollars américains à la réalisation de projets dans le secteur de la santé. Ses prêts sociaux ont totalisé 988 millions de dollars américains. L'Uruguay a touché des fonds de la BID pour l'administration de services dans les domaines de l'éducation, de la santé, de la nutrition et des soins prodigués aux personnes âgées. Le Salvador, le Nicaragua et le Pérou ont également reçu de l'argent pour établir et utiliser des fonds d'urgence sociale. Un prêt récent consenti à la Bolivie lui permettra d'assumer les frais d'exécution d'un programme de soins de santé intégré dans des zones rurales et urbaines de l'intérieur du pays. Ces débouchés existeront tant que la BID continuera à répondre aux exigences croissantes du secteur des services sociaux en finançant des programmes d'envergure.

Dans d'autres régions, notamment les pays à faible revenu tels que le Guatemala, la Colombie, L'Équateur et le Honduras, la BID semble mettre l'accent sur l'élaboration de programmes pour améliorer les services existants et les programmes de nutrition.

*États-Unis*

Les États-Unis sont le plus gros marché étranger pour les sociétés canadiennes offrant des services de santé, et ce sont eux qui fournissent par conséquent le plus de débouchés. Comme ce marché est à proximité du Canada, qu'on y parle l'anglais et que les milieux culturels et les milieux d'affaires y sont semblables, il est plus facile à étudier que bon nombre de marchés éloignés. Il offre des possibilités dans bien des domaines. Les compétences techniques acquises par le secteur privé du Canada grâce aux régimes provinciaux d'assurance-maladie peuvent intéresser les États américains et les exploitants ou organisateurs de régimes de soins de santé dont les frais sont payés d'avance. Des compétences en matière de programmes et de systèmes de compression du prix de revient et de gestion des données sont nécessaires, ce qui pourrait entraîner des regroupements avec les secteurs canadiens public et privé.

*Asie (y compris l'Asie du Sud-Est)*

La Banque asiatique de développement (BAsD), dont le siège est à Manille, est dans cette partie du monde l'équivalent de la Banque mondiale. Dans bien des pays touchés par cette IFI, les services de santé ont souffert au fil des ans d'un manque de planification et d'une pénurie de personnel formé en gestion et en administration. Comme une foule d'IFI, la BAsD a commencé à se concentrer sur les soins primaires grâce à des programmes de prévention visant expressément à répondre aux besoins des pauvres de ce continent. Elle reconnaît qu'une affectation plus rentable, juste et efficace des ressources médicales nécessaires à ces programmes s'impose. A cette fin, elle encourage la coordination des services publics et des services privés pour assurer l'exploitation efficace de réseaux actuels et éventuels d'aiguillage des malades.

La Banque mondiale est également active dans cette région. Elle collabore avec le gouvernement du Vietnam pour financer des études dans le secteur de la planification démographique, de la santé et de la nutrition. Toutefois, la plupart de ses opérations de prêt se déroulent en Chine, en Indonésie et aux

Philippines. Vu leur progrès économique, de nombreux pays de cette région n'ont plus le droit d'emprunter de la Banque. La Corée, par exemple, ne pourra plus être aidée après 1995. D'ici cette date, elle affectera probablement l'argent obtenu aux services et aux équipements sociaux ainsi qu'à d'autres domaines qui ont été négligés. Plus précisément, le secteur hospitalier coréen offre des possibilités de formation dans le domaine des services de gestion des hôpitaux et dans celui de l'informatique, alors qu'en Malaisie, l'accent est mis sur la construction d'installations de soins de santé et l'amélioration de celles qui existent déjà. En Indonésie, il faut construire des installations et former du personnel. Plusieurs projets touchent le domaine de la santé communautaire.

La Thaïlande envisage d'étoffer ses services médicaux d'urgence, tandis que l'amélioration de l'infrastructure médicale, le développement des services communautaires de santé et le contrôle des naissances comptent énormément pour les Philippines.

Quant aux pays les moins bien nantis de cette partie du monde, nombreux sont ceux qui ont des projets de développement à l'étude. Les projets envisagés ou réalisés dans des pays comme le Laos, l'Inde et le Pakistan visent en général à éliminer les maladies, à améliorer la nutrition et le contrôle des naissances ainsi que la qualité des soins de santé de base.

Le Consulat général du Canada à Osaka a terminé récemment une étude du marché des produits et services pour les personnes âgées. Son rapport indique que le Japon continue d'avoir la meilleure espérance de vie au monde : dans ce pays qui compte actuellement 124 millions d'habitants, une personne sur huit a plus de 65 ans. Dans vingt ans, ce sera le fait d'un Japonais sur quatre !

Le besoin d'installations de soins prolongés et de services destinés aux aînés s'accroît rapidement. Le marché des soins prodigués aux aînés est peut-être le plus important au pays; selon les estimations, sa valeur atteindra presque 975 milliards de dollars d'ici l'an 2000.

*Résumé des débouchés régionaux*

Le tableau 5 est le complément du tableau 4 et des observations qui précèdent; il fournit des renseignements sur la concentration possible des activités commerciales sur une base fonctionnelle. Compte tenu du nombre d'années qu'exige la réalisation complète des projets, un tel système éviterait aux sociétés d'être soumises aux aléas d'un marché donné.

## Restrictions en matière d'exportation de services canadiens de santé

Les commentaires reçus suite à la parution du document de travail précédent d'ISTC ainsi que les discussions subséquentes avec les sociétés et les organismes sectoriels indiquent que les restrictions suivantes touchent l'exportation de services canadiens de santé :

**Fragmentation.** Le secteur de la santé se compose d'organismes publics et privés. Beaucoup de sociétés privées offrent des services de santé, mais peu se spécialisent dans ce domaine. Les fournisseurs de services de santé doivent former des regroupements avec des ministères provinciaux

**Tableau 5 Cibles possibles des activités de commercialisation par fonction[1]**

| Services | Fréquence des occasions[2] | Domaines visés | Exemples de regroupements de spécialistes | Avec l'appui des ministères provinciaux de la santé | Marchés cibles |
|---|---|---|---|---|---|
| Planification sectorielle et organisation | Fréquentes | Élaboration et analyse des politiques<br>Gestion sectorielle efficace<br>Décentralisation<br>Compression des coûts par le biais du bien-être | Experts-conseils en gestion<br>Économistes de la santé opérant à partir de l'université | Cadres supérieurs<br>Analystes de la politique | Afrique<br>Amérique latine<br>Certains pays dans les Caraïbes et en Asie |
| Financement | Occasionnelles | Financement des soins de santé<br>Financement des soins prolongés<br>Systèmes de gestion des données et d'information | Experts-conseils en gestion<br>Experts-conseils en matière d'avantages sociaux<br>Experts-conseils en matière de SIG<br>Régimes privés d'assurance-maladie | Gestionnaires et analystes en matière d'assurance-maladie | Europe (pays à revenus moyens)<br>Certains pays en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes |
| Planification et formation du personnel | Fréquentes | Gestion sectorielle des soins de santé<br>Gestion hospitalière<br>Gestion des programmes de soins primaires<br>Travailleurs paramédicaux, infirmiers et techniciens | Experts-conseils en formation<br>Hôpitaux et associations provinciales<br>Collèges communautaires | Apprentissage « sur le tas » | Afrique (pays à faibles revenus)<br>Asie<br>Europe<br>Caraïbes<br>Certains pays en Amérique latine |
| Soins primaires | Fréquentes | Planification des programmes<br>Gestion de l'exécution des programmes<br>Recherche sur la santé | Experts-conseils en gestion<br>ONG<br>Universités | Organismes communautaires offrant des services de santé | Europe<br>Pays à faibles revenus en Asie de l'Est, dans les Caraïbes et en Amérique latine |
| Construction et réfection des installations | Construction = occasionnelles<br><br>Réfection = fréquentes | Hôpitaux<br>Cliniques<br>Centres de recherche<br>Laboratoires<br>Installations de formation | Architectes<br>Ingénieurs-constructeurs et gestionnaires de projet<br>Spécialistes en approvisionnement | | Nouvelles constructions :<br>• Arabie Saoudite<br>• Pays à revenus moyens en Amérique latine et dans les Caraïbes<br>Réfection :<br>• Amérique latine et Caraïbes<br>• Europe de l'Est<br>• Pays à faibles revenus en Afrique |
| Gestion des installations | Fréquentes | Hôpitaux<br>Centres médico-sociaux de district<br>Installations de soins à long terme | Experts-conseils en gestion<br>Hôpitaux et associations provinciales<br>Entreprises de gestion d'établissement | | Europe (pays à revenus moyens)<br>Certains pays en Asie et en Amérique latine |

**Tableau 5 Cibles possibles des activités de commercialisation par fonction[1] (fin)**

| Services | Fréquence des occasions[2] | Domaines visés | Exemples de regroupements de spécialistes | Avec l'appui des ministères provinciaux de la santé | Marchés cibles |
|---|---|---|---|---|---|
| Gestion des systèmes | Médicaments et SIG = occasionnelles<br><br>Urgence = limitées | Approvisionnement en médicaments et distribution<br>Systèmes d'information<br>Services d'urgence | Experts-conseils en gestion<br>Experts-conseils en SIG | Exécution des programmes de médicaments<br>Services d'urgence | Médicaments : Afrique, pays arabes, certains pays d'Amérique latine (à revenus moyens)<br>Urgence : perspectives isolées<br>Systèmes d'information : Europe, Caraïbes |
| Santé et bien-être publics | Fréquentes | Mise en œuvre efficace<br>Recherche sur la santé | Experts-conseils en gestion<br>ONG<br>Universités | | Afrique (pays les moins bien nantis, Europe (pays à revenus moyens), Amérique latine, Caraïbes, certains pays arabes |

[1] Pour de plus amples renseignements, se reporter aux divers rapports mensuels (résumés opérationnels ou rapports sur les créneaux commerciaux) publiés par les diverses IFI.

[2] Fondé sur la fréquence des renvois à des types de services exposés dans les résumés opérationnels de projets proposés, août et septembre 1992.

de la santé et d'autres spécialistes s'ils espèrent mener à bien toutes les étapes de la réalisation de nombreux projets, et non seulement l'étape initiale. La fragmentation actuelle de ce secteur risque de les empêcher d'examiner l'ensemble les marchés d'exportation.

Il y a en outre une multitude d'associations de spécialistes de la santé, dont aucune n'est axée sur le secteur privé ou ne cherche à faire connaître les spécialistes canadiens à l'étranger, ou encore à recenser les débouchés offerts.

**Absence d'une stratégie cohérente**. Le secteur de la santé n'a aucune stratégie cohérente qui lui permettrait de faire connaître et de commercialiser efficacement ses compétences à l'étranger, et il a plutôt tendance à ne réagir que lorsqu'un débouché extérieur se présente.

**Envergure des entreprises et ressources limitées.** La plupart des fournisseurs de services de santé du secteur privé sont de petites et de moyennes entreprises dont les ressources sont limitées et dont la publicité vise surtout le marché intérieur. Ils se livrent une vive concurrence.

**Manque d'expérience de l'exportation.** Bien des sociétés du secteur de la santé n'ont pas d'expérience véritable en matière d'exportation. Il faut déployer des efforts considérables et prendre de nombreux engagements pour acquérir la mentalité et le savoir-faire nécessaires, en particulier sur les marchés autres que celui des États-Unis. Exporter doit être considéré comme une activité prévue par un plan global d'entreprise, et non comme une option à n'envisager que lorsque le marché intérieur connaît des difficultés.

**Caractéristiques des marchés étrangers.** Les caractéristiques des marchés cibles peuvent limiter ou amoindrir les résultats à l'exportation. Les traditions locales, les pratiques commerciales et la législation varient d'un pays à l'autre. Le financement des soins de santé par les gouvernements permet à ceux-ci d'exercer une forte influence politique lors du processus d'adjudication de marchés, que les spécialistes étrangers doivent surmonter soit grâce à de grandes compétences professionnelles et techniques, soit au moyen d'accords d'entreprises en participation conclus sur place.

Il faut faire preuve de souplesse et de patience, et posséder des ressources suffisantes pour profiter des débouchés extérieurs; mais les Canadiens peuvent soutenir la concurrence au chapitre de la qualité, bien qu'en tant que nouveaux venus (comparativement à d'autres) sur le marché des services de santé d'exportation, ils perdent souvent la partie devant les exportateurs des États-Unis et d'Europe, qui sont plus expérimentés. Pour réussir, ils doivent souvent compter sur les compétences et la réputation d'agents et de représentants locaux.

**Manque de renseignements commerciaux.** Des renseignements commerciaux précis, fiables et opportuns sont essentiels pour amener des exportateurs sur le marché mondial des services de santé. Comme une foule de sociétés canadiennes sont petites, elles n'ont généralement pas les ressources financières et humaines pour effectuer des études de marché. En outre, AECEC n'a pas toujours les fonds et le personnel qui lui permettraient d'être à l'affût des débouchés commerciaux de l'ensemble de cette industrie. Étant donné la fragmentation de l'offre au Canada, il est difficile pour ISTC de déceler les centres d'intérêt de l'industrie et les occasions qui y sont offertes.

**Prix concurrentiels.** Même si des sociétés canadiennes seraient intéressées à fournir leurs services à l'étranger, il n'est pas sûr qu'elles seraient compétitives sur le plan international. Bien qu'elles soient généralement en mesure de fournir des services de santé efficaces et même de qualité supérieure, leurs frais ont tendance à être prohibitifs à cause de caractéristiques nationales comme les salaires élevés, de sorte que la clientèle étrangère, en particulier en période de récession, risque de préférer des services de qualité inférieure mais moins dispendieux.

En réalisant des projets d'organismes autres que les IFI, les fournisseurs américains, britanniques, coréens et autres ont appris avec l'expérience que ce sont souvent les prix offerts qui décident les gouvernements locaux ou les autres acheteurs de services de santé à adjuger un marché donné à telle société plutôt qu'à une autre. Dans ces conditions, ils n'hésitent pas à recruter et à utiliser des personnes moins qualifiées, qui demandent des prix moindres, pour exécuter une partie de ces marchés, en se contentant de confier les principaux postes de gestion à leurs ressortissants ou à leurs concitoyens les mieux rémunérés. L'établissement de réseaux d'entraide, le partage de l'information et les regroupements internationaux sont des facteurs qui contribuent au succès de ces entreprises.

**Concurrence.** Les marchés étrangers pour lesquels les fournisseurs canadiens de services de santé expriment souvent leur intérêt sont surtout les pays industrialisés comme l'Arabie Saoudite et les États-Unis, ou peut-être, dans le cas des soins prolongés, le Japon. Quant aux pays en voie d'industrialisation qui les intéressent eux aussi, il s'agit notamment de ceux qui ont accès à des capitaux relativement importants, comme les pays du golfe Persique ou les pays riverains du Pacifique, qui possèdent déjà une infrastructure médicale. Toutefois, dans bien des cas les services offerts par des sociétés canadiennes sont déjà disponibles sur les marchés en question, soit que des entreprises nationales les fournissent, soit que des sociétés étrangères représentées et bien établies sur le plan local s'en chargent. Il est très difficile de pénétrer sur ces marchés et cela exige beaucoup de ressources, car la préférence est accordée en général aux fournisseurs locaux (s'il y en a) ou à des fournisseurs étrangers présents depuis longtemps. Pour prendre pied sur ces marchés, il est très important d'être en relation avec un organisme local connu.

**Réputation internationale.** Même si le régime de soins de santé du Canada jouit d'une excellente réputation, les compétences de son secteur privé sont beaucoup moins connues. De plus, il semble que certains acheteurs étrangers pensent que les États-Unis sont les précurseurs dans ce domaine, et que les sociétés américaines offrent de meilleurs produits et services que leurs homologues canadiens. Même si ces impressions ne reposent pas sur des faits, elles constituent une entrave importante au développement du potentiel d'exportation du Canada.

**Influence étrangère au sein des IFI.** Des préoccupations ont été exprimées au sujet de la très forte influence américaine au sein de nombreuses banques de développement, et les pays bénéficiaires intéressés par des services de santé semblables au modèle canadien risquent d'être amenés indirectement à pencher pour des services semblables au modèle américain. Comme l'industrie canadienne des services de santé trouve que l'image du Canada dans ce domaine n'a pas assez d'éclat, il faut envisager un effort accru de commercialisation pour mettre en valeur les compétences canadiennes à l'étranger.

**Appui accordé par les gouvernements étrangers à leur secteur privé.** L'appui du secteur public dont bénéficient les fournisseurs étrangers est une autre question qui influe directement sur l'aptitude des fournisseurs canadiens à se tirer d'affaire sur le marché d'exportation. Bien des pays industrialisés ont un bon régime de soins de santé et l'infrastructure de soutien nécessaire. Les efforts d'exportation de leur industrie afférente peuvent être appuyés financièrement par les initiatives appropriées de leur gouvernement. La capacité du Canada à accorder les fonds dont les exportateurs de services de santé auraient besoin pour améliorer leurs résultats est limitée par des facteurs budgétaires. En outre, le pays n'a jamais eu l'habitude de verser la contrepartie des subventions que les concurrents étrangers de ses entrepreneurs peuvent toucher à l'appui de leurs efforts pour décrocher des marchés particulièrement importants et garantir leur accès aux débouchés en matière de services de santé, ou maintenir leur position concurrentielle.

**Dilemme auquel font face les établissements subventionnés par les pouvoirs publics.** Les établissements subventionnés par les pouvoirs publics ont indiqué qu'ils désiraient exporter leurs compétences et offrir des services de gestion à l'étranger. Cette ligne de conduite peut cependant amener les hôpitaux à entrer en concurrence les uns avec les autres ou avec d'autres établissements publics et des sociétés privées, pour l'obtention des marchés.

## Conclusion

Dans le monde entier, des sommes substantielles sont consacrées aux soins de santé. Beaucoup de pays en voie d'industrialisation ont besoin d'un régime de base visant tous les aspects de ce secteur, et le Canada possède les ressources et les compétences nécessaires pour en aider un bon nombre. Le défi consiste à satisfaire à la demande au moyen de ces dernières. Les marchés d'exportation offrent aux sociétés et aux établissements expérimentés et jouissant d'avantages concurrentiels des possibilités de croissance et l'occasion de ne pas dépendre autant du marché intérieur. Il faut toutefois innover et déployer des efforts soutenus pour réussir à pénétrer sur ces marchés.

Peu d'entreprises du secteur de la santé ont la masse critique et les ressources financières nécessaires pour promouvoir sans cesse leurs services à l'étranger. Il faut accroître la collaboration entre le secteur privé et le secteur public, notamment en ce qui touche les établissements de santé subventionnés par les pouvoirs publics, pour permettre d'offrir un éventail de services ayant une ampleur et une qualité pouvant répondre à tous les besoins de la clientèle. ISTC peut faciliter la mise en valeur des services de santé en fournissant des conseils sur les débouchés naissants, en encourageant le groupement des ressources de même que les interventions sélectives et non concurrentielles, en assurant la liaison avec AECEC et ses missions commerciales, de même qu'avec les gouvernements provinciaux et leurs organismes, pour faire en sorte que les sociétés du secteur de la santé jouissent en temps opportun de l'appui dont elles ont besoin pour profiter des occasions recensées.

ISTC a amorcé le dialogue et peut poursuivre le processus, mais le secteur privé doit être le chef de file et saisir résolument les débouchés extérieurs. Les fournisseurs canadiens de services de santé qui sont désireux et capables d'effectuer les mises au point nécessaires et de relever les défis lancés par le marché international ont toutes les chances de conclure des marchés profitables.

RA449/.F814
Canada. Direction des indu
Débouchés pour les
fournisseurs canadiens de
BZZC c. 1 aa ISC

DATE DUE - DATE DE RETOUR

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ISTC 1551 (2/90)

INDUSTRY CANADA/INDUSTRIE CANADA
61639