



HAL
open science

Tourisme et santé, mise en production des territoires par le tourisme médical

Serikpa Georges Lohore

► **To cite this version:**

Serikpa Georges Lohore. Tourisme et santé, mise en production des territoires par le tourisme médical. Géographie. Université de Perpignan, 2018. Français. NNT : 2018PERP0013 . tel-01871749

HAL Id: tel-01871749

<https://theses.hal.science/tel-01871749>

Submitted on 11 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

Pour obtenir le grade de Docteur

Délivré par
UNIVERSITE DE PERPIGNAN VIA DOMITIA

Préparée au sein de l'école doctorale
Et de l'unité de recherche Capem-Cresem

Spécialité : Aménagement du Territoire

Présentée par

Georges Lohoré
Sous la Direction de Jean-Michel Hoerner

TITRE DE LA THESE

« Tourisme et santé, mise en production des
territoires par le Tourisme Médical »

Soutenue le 16/03/2018 devant le jury composé de

M. Carlos Santos, Professeur, Université des Açores, Rapporteur

M. Éric Paget-Blanc, Professeur, Université d'Evry-Val-d'Essonne, Rapporteur

Mme Virginie Chasles, Maître de conférences, Université Lyon 3, Membre du Jury

M. Nicolas Peypoch, Professeur, Université de Perpignan Via Domitia Perpignan,
Membre du Jury

M. Jean Michel Hoerner, Professeur émérite, Université Via Domitia Perpignan,
Directeur de thèse

Avant-Propos

«Mais un Samaritain qui voyageait, étant venu là, fut ému de compassion lorsqu'il le vit. Il s'approcha, et banda ses plaies, et y versant de l'huile et du vin ; puis il le mit sur sa propre monture, le conduisit à une hôtellerie, et prit soin de lui.... » *Parabole du bon samaritain, Luc Chap. 10, 33-35.*

« La maladie est la zone d'ombre de la vie, un territoire auquel il coûte cher d'appartenir. En naissant, nous acquérons une double nationalité, qui relève du royaume des bien-portants comme celui des malades. Et bien que nous préférons tous présenter le bon passeport, le jour vient où chacun de nous est contraint, ne serait-ce qu'un court moment, de se reconnaître citoyen de l'autre contrée » *Susan Sontag «La maladie comme métaphore » 2004 P110*

En hommage à Jérémie et Elisabeth Gnaléga

C'est à Bingerville, proche banlieue d'Abidjan en Côte d'Ivoire, que j'ai passé les premières années de ma vie, chez ma tante Elisabeth Gnaléga et son mari. Ma tante avait pris pour fille de maison sa petite sœur, ma mère. J'ai vécu mes années d'enfance et d'adolescence dans leur maison. De ce temps-là, je garde le souvenir de ces multiples visages, provenant en majorité de Lakota, ville du sud-Ouest ivoirien, dont Monsieur Gnaléga avait été un temps le Député. Les structures de santé à Lakota, comme dans la plupart des villes de Côte d'Ivoire, étaient dépourvues de l'essentiel. A cette époque je voyais défilé dans cette maison, devenue par la force des choses le pied-à-terre de la famille, au sens africain du terme, parents, proches et éloignés, amis, relations de tout genre, se rendant dans un ballet régulier, sur le denier des hôtes, dans les hôpitaux d'Abidjan la capitale du pays. La Bible, dans Jean, chapitre 5 du verset 2 au verset 4, dit : *« Or, à Jérusalem, près de la porte des brebis, il y a une piscine qui s'appelle en hébreux "Bethesda", et qui a cinq portiques. Sous ces portiques étaient couchés en grand nombre des malades, des Boiteux, des paralytiques, qui attendaient le mouvement de l'eau. Car un ange descendait de temps en temps dans la piscine, et agitait l'eau ; et celui qui y descendait le premier après que l'eau avait été agitée était guéri, quelle que soit sa maladie. »* Jérémie et Elisabeth Gnaléga, profondément croyants, avaient fini par baptiser leur maison « Bethesda », du nom de cette piscine, dans l'espoir que l'escale de ces malades à leur domicile, soit pour ces derniers le début de la guérison.

Vivant en France depuis quelque années, j'ai avec la distance que crée le temps, et après observation de la prise en charge globale des malades, ressenti les limites de la bienveillance de particuliers, dans le financement des soins d'autrui, quelle que fût la générosité des hôtes. S'il devait y avoir des raisons au choix du thème du tourisme et de la santé comme sujet de thèse, il y a certes l'envie de participer à l'enrichissement de cette thématique. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la première partie de cette réflexion, est consacrée au tourisme et à la santé en général. Cependant persiste, le fait qu'après un cursus universitaire, et une première vie professionnelle dans le tourisme et l'hôtellerie, j'ai trouvé dans le sujet du tourisme médical, le modèle amélioré de l'œuvre de ma tante et de son mari. Le concept du tourisme médical, d'un point de vue personnel, est au croisement de deux itinéraires d'une même vie.

- Introduction

Le tourisme médical est aujourd'hui l'une des grandes tendances qui concernent les domaines de la santé et du voyage. En amorçant la réflexion sur ce sujet, nous entrons de plein pied dans l'une des formes de migrations les plus médiatisées de notre époque, mais aussi des plus controversées. Il convient cependant de préciser que le concept du tourisme médical, dans une perspective plus large, est une nouvelle séquence de la relation historique et multiforme qu'entretiennent la santé et le voyage. Chaque élément du binôme tourisme et santé fait l'objet d'une distinction claire dans leur gestion tant à l'échelle des territoires qu'au niveau international. Pris séparément, chaque élément de ce binôme possède dans l'espace public une importance en tant qu'élément contribuant à la nouvelle organisation des territoires. Parler de la thématique du tourisme médical, c'est aborder un sujet transversal. Autant chez les chercheurs que dans l'opinion, le concept de tourisme médical peine à trouver une légitimité. Sa représentation lexicale est sujette à polémique. La tentative de faire cohabiter deux domaines que tout semble opposer est, pour les spécialistes du tourisme, l'occasion d'ouvrir le débat sur un sujet dont peu d'entre eux se sont saisis. Car la première difficulté de l'analyse du concept est de l'élaguer. La deuxième difficulté est son positionnement dans l'une des sciences humaines. Le secteur de la santé, auquel s'associe le tourisme dans l'expression consacrée « tourisme médical », a trouvé les instruments pour son analyse dans le champ des sciences humaines. Pour Catherine Halphen (2010), l'enjeu des sciences humaines dans l'analyse du fait sanitaire est de diversifier les angles d'observation¹. Elle poursuit en inscrivant le concept de la santé dans le champ de sept sciences sociales : Il s'agit ici de l'histoire, de la sociologie, de la psychologie, de la géographie, de l'économie, de l'anthropologie, de la philosophie.

Selon une grille anthropologique de lecture, la santé participe des permanences des sociétés humaines. Elle est perçue comme un bien à l'échelle de l'individu et du corps social. Tous les acteurs reconnaissent le concept dans son caractère essentiel. Pour les besoins de théorisation, nous nous rapprochons de la définition du concept selon l'OMS. L'organisme référent du thème au niveau international la définit à l'échelle de l'individu, comme un état de bien-être physique, mental et social. Il est à noter dans cette conception de la thématique, qu'elle va au-delà d'un état pathologique ou d'un état d'invalidité permanent². Concept de l'ordre du privé et du public, la santé par ses modes de gestion participe de l'identité des peuples. Poursuivant avec le domaine de l'anthropologie, les interprétions qui naissent

¹Catherine Halphen « la santé un enjeu de Société » in Introduction 2010 P8-10

²C. Routier, Agnès d'Arripe, Introduction : « Communication et santé : Enjeux contemporains » 2010 P12

autour de la santé, et plus précisément de l'état pathologique, se déclinent selon les époques historiques, les cultures et des individus. Toutes les communautés humaines et toutes les époques ont eu leurs incompréhensions face aux maux. Pour répondre aux interrogations qui surgissent face à la pathologie, qui s'accompagnent de recherche de modes de protections, Dozon et Fassin (2001) ont établi une grille d'analyse de quatre colonnes. Ils énumèrent tour à tour le modèle « magico religieux », le modèle de la « contrainte profane », le modèle « pastorien » et enfin, le « modèle contractuel »³. Laissons de côté les formes de préservation de la maladie pour nous intéresser à ses interprétations selon une grille historique et ethnographique.

Dans ce cadre, nous nous arrêtons sur les modèles magico-religieux et pastoriens à titre d'exemple sur les formes d'interprétations de la maladie. L'interprétation magico-religieuse de la maladie interpelle pour le caractère manichéen des termes de son énonciation. Dans l'Égypte de l'Antiquité, la maladie provenait de puissances maléfiques, d'un démon, d'un esprit de mort ou d'un tiers hostile, agissant aux moyens d'ondes négatives. Chez les Baoulés de Côte d'Ivoire, on retrouve un schéma analogue dans l'exposé autour de la pathologie. Celle-ci résulte d'antagonismes entre les « asyéousou » (*génies de la terre*) et des « bayéfoué » (*sorcellerie*)⁴. C. Chastel (2010), dans les références dualistes aux maux, cite l'exemple de la Chine, mondialement reconnue pour sa médecine traditionnelle. Dans l'empire du Milieu, l'état de morbidité résulterait « *d'un déséquilibre entre deux forces régissant le monde, le Ying (féminin) et le yang (masculin)* »⁵. Dans l'univers judéo chrétien, à partir du Moyen Âge, dans son anamnèse, la pathologie qui frappe la société dans son ensemble ou bien les individus de manière isolée, est mise en relation avec la violation du sacré. Cette opinion sur les sources du mal va perdurer, y compris bien après les premières idées pasteurienne avec la découverte des agents pathogènes, les microbes. Pour illustrer le propos, penchons-nous sur cet extrait tiré de la « Peste » d'Albert Camus (1947). L'auteur met en scène une vieille espagnole dont les fils hébergent le journaliste Rambert, contraint de se cacher et d'attendre le bon moment afin de pouvoir, grâce à l'aide de ses hôtes, sortir de la ville d'Oran mise sous quarantaine pour l'épidémie de peste qui y sévit : « *Le lendemain, sous le ciel lourd, la chaleur était humide et étouffante. Les nouvelles de la peste étaient mauvaises. La vieille Espagnole gardait cependant sa sérénité. « Il y a du péché dans le monde, disait-elle. Alors forcément !!* » Robert Hertz (1988) corrobore cette conception du

³Jean-Pierre Dozon, Didier Fassin, in introduction, « Critique de la santé Publique, Une Approche anthropologique » 2001

⁴ François Laplantine « Anthropologie de la Maladie » 1986 P42

⁵C. Chastel « la santé un enjeu de Société, une brève histoire de la médecine » 2010 P13-15

fait pathologique, quand il affirme que « *C'est le péché passé qui est la cause présente et agissante du mal qu'il faut guérir, c'est donc le péché passé qui doit être aboli pour que le pécheur soit sauvé* »⁶.

Cependant en opposition à cette explication magico-religieuse de la maladie, Hippocrate, des siècles auparavant, avait soustrait la pathologie à l'action des dieux, écartant par là-même l'idée de son aspect punitif. Pour le père de la médecine, les raisons d'un état pathologique émanent de l'environnement naturel qui interagit avec les quatre humeurs (sang, bile, phlegme, atrabile), pour causer les dysfonctionnements du corps humain⁷. Pour François Laplantine, la mise à l'écart des croyances religieuses dans l'interprétation de la morbidité, fut une étape importante pour l'étiologie en générale. Il estime que les explications sur l'origine d'un état pathologique ne deviennent légitimes que si le corps, isolé et considéré en toute objectivité, devient le principal objet de l'analyse, pour déterminer les causes de l'état de morbidité⁸. Dans la même veine, Michel Foucault donne sa vision de la maladie en remplaçant le corps humain et son dysfonctionnement interne aux sources de l'état de morbidité. Pour Foucault : « *Le corps humain est composé de vaisseaux et le fluides ; Lorsque les vaisseaux et les fibres n'ont ni trop, ni trop peu de ton, lorsque les fluides ont la consistance qui leur convient, lorsqu'ils ne sont ni trop, ni trop peu en mouvement, l'homme est en état de santé ; si le mouvement ... est trop fort, les solides s'endurcissent, les fluides deviennent épais ; s'il est trop faible, la fibre se relâche, le sang s'atténue* »⁹. Par ce constat Foucault relie la morbidité à l'ordre biologique. Les causes de cet état peuvent être dès lors microbiennes ou génétiques. Cette interprétation du fait pathologique, permet de faire évoluer le point de vue sur l'étiologie et de la faire passer de la conception magico religieuse à la biomédicale.

Qu'il soit culturaliste ou biomédicale, l'angle de vue importe peu dans la prise de conscience que fait courir l'altération de la santé. Dans la définition du concept de la santé selon l'Oms, nous avons aussi évoqué le caractère social de la santé, et du fait pathologique. En effet c'est au corps social qu'il appartient d'énoncer et de valider les critères de l'état de morbidité.

⁶Robert Hertz « Le péché et l'expiation dans les sociétés primitives » 1988 P20.

⁷Jérôme Béranger « l'éthique d'Hippocrate au chevet de la médecine contemporaine » «Gestions Hospitalières n°532-Janvier 2014 P15

⁸François Laplantine, op.cit., 1986 P51

⁹Michel Foucault « Naissance de la Clinique » 1963 P12

Dans toutes les formes de sociabilités le sujet de la santé est un objet central. L'allusion à la santé va du simple « comment allez-vous ? », à des interrogations plus précises émanant de proches ou de professionnels de soins. Sa simple mention, pire la remise en cause de son équilibre font craindre le péril individuel et collectif. Parler de santé, dans les interactions sociales, c'est aborder un sujet qui se corréle à la mort. Ces premières impressions autour de la santé et de la médecine, légitiment les réticences face au néologisme, associant peine et plaisir de l'expression « tourisme médical ». C'est l'une des difficultés majeures pour le concept du tourisme médical dans sa conquête d'une assise épistémologique. Dans l'intellect ils font l'objet d'un rangement dans des sphères opposées. Dans les sociabilités on s'enquiert de la santé de ses relations. De même le sujet du tourisme, des vacances est tout autant abordé lors de ces échanges. D'ailleurs s'en est un des sujets favoris. Pour Rachid Amirou (1995), le tourisme est imaginé et vécu comme un moment de plaisir, de relâchement, d'insouciance. La condition touristique n'est sujette à aucune forme de nécessité. La liberté dont elle est aujourd'hui une des formes d'expression, suffit à sa justification¹⁰. Il reprend d'ailleurs assez justement ce mot d'Edgar Morin : « *C'est la vacance de valeurs sociales qui fait la valeur des vacances* »¹¹.

Cependant le statut tant envié de touriste requiert selon la destination choisie, de s'acquitter d'obligations en relation avec la santé. Le déplacement dans certaines zones géographiques impose aux voyageurs de recourir à la vaccination. Au-delà de cette première interaction entre la santé et le tourisme, il en existe d'autres. Nous en avons dénombré sept. Cet inventaire est non exhaustif. Pour autant, c'est autour de ces sept thématiques entre la santé et le tourisme ou le voyage, que s'articule notre réflexion. Les interactions entre le tourisme et la santé s'inscrivent dans l'histoire mais aussi dans l'actualité. Chacune des interactions fait l'objet d'un traitement qui se décline selon son importance dans la réflexion globale. Nous abordons dans cette réflexion, le sujet de la médecine du voyage et de ses aspects prophylactiques. Nous traitons aussi des maladies infectieuses et tropicales dans leur relation au voyage. En effet en France, ce type de pathologies a aujourd'hui une place importante dans le domaine de la santé publique. Elles représentent 36% des maladies infectieuses traitées de retour de voyages, avec une prépondérance du paludisme. Les raisons en sont, outre le développement du tourisme, dans les zones tropicales, la présence d'une immigration en provenance de pays situés dans ces régions au climat chaud. Le sujet des assurances voyages et des conditions du rapatriement sanitaire, fait aussi parti des interférences entre la santé et le tourisme. De même cette réflexion traite du voyage sous l'angle de la psychiatrie et de la psychologie. Parfois le voyage permet d'apaiser les tensions intérieures chez certains sujets, d'autres fois il est le déclencheur de troubles de comportement.

¹⁰ Rachid Amirou « Imaginaire touristique et Sociabilités du Voyage » 1995 P36-37

¹¹ Idem P275

La relation entre la santé et le tourisme commence selon la chronologie des évènements durant la période de l'Antiquité, dans la sphère du sacré. L'eau dans l'antiquité à une dimension religieuse. En effet l'eau est vénérée par nos ancêtres de l'Antiquité. L'adoration de cet élément naturel, est à l'origine des premières formes de mobilités. Pour ses qualités thérapeutiques, et sa dimension de dons des dieux, le culte de l'eau va occasionner les premiers déplacements, et favoriser les pratiques thermales. Ensuite la santé et le tourisme trouvent un autre point de jonction dans l'histoire grâce au pèlerinage. Cette relation se décline en deux temps. Il y a d'abord l'accueil des pèlerins se rendant dans les sanctuaires bouddhistes. C'est une séquence qui commence en l'an III, et se déroule dans les temples bouddhistes, lieux de prières qui attirent des fidèles qu'il faut héberger, et parfois soigner. Plus tard au Moyen Age avec la chrétienté, le pèlerinage favorise l'afflux de croyants vers Jérusalem, Rome et Saint Jacques de Compostelle. Ces flots de voyageurs, trouveront à « l'Hôpital », qui représente à l'origine un lieu d'hébergement dans les étapes sur le chemin de ces lieux saints, l'endroit dédié au repos, aux soins et à l'assistance aux pèlerins. Ainsi il apparaît dans la relation entre le voyage et la santé, que « l'hôpital », lieu de soins par excellence, est d'un point de vue historique la forme primitive des hôtels modernes. La relation entre la santé et le voyage, va évoluer vers de nouvelles formes entre la renaissance et l'époque moderne. Sous les plumes de Rachid Amirou (1995, P99), et de Marc Boyer (2005, P39), nous apprenons que Thomas Cook, l'inventeur du voyage a forfait et Pasteur de son état, eut l'idée d'une excursion en train pour les ouvriers de Leicester en 1841. Il organisa une sortie de Leicester à Loughborough. Cette excursion s'inscrivait dans le cadre de ses activités d'évangélisation, pour attirer l'attention sur les dégâts de l'alcoolisme au sein de la population des mineurs anglais dans le contexte du XIXème siècle. Cette initiative fut l'acte de naissance du voyage à forfait, la formule du « all inclusive », la prestation « tout compris » encore présente aujourd'hui dans les catalogues et sur les sites internet des tours opérateurs. Le rapport historique entre le tourisme et la santé dans une nouvelle séquence est relatif à la théorie de l'hygiénisme, et de ses déclinaisons dans les lieux d'habitations. En France, les domiciles privés et les hôtels vont être soumis à un ensemble de mesures tirées de la loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres. Celle-ci intervient dans un contexte de proximité avec l'exposition universelle, et accompagne les aspirations des populations dans une ambiance générale de progrès technologique dont tous veulent bénéficier. L'imminence de la tenue de l'évènement qu'est l'exposition universelle de nature touristique, et les obligations relatives à l'hygiène et à la santé prises dans le cadre de sa préparation, montrent aussi des coïncidences entre les domaines de la santé et du tourisme dans le contexte français.

Cette loi au 13 avril 1850 contient des mesures fondamentales pour l'hygiène, la santé publique, et le tourisme. Principalement appliquée à Paris, elle va progressivement s'étendre à la province, grâce à l'action du Touring Club de France. Cette association va s'emparer de la

question de l'hygiène dans l'hôtellerie des territoires. Ce groupement va créer les conditions pour que l'hygiène pénètre l'hôtellerie de province, en exigeant des hôteliers provinciaux, l'adoption d'un cahier de charge relatif à la propreté de ces lieux. Après avoir passé l'étape des passerelles au niveau historique entre le tourisme et la santé, notre époque nous donne aussi des exemples de liens très forts entre ces deux concepts.

L'éventail des interactions entre les domaines du tourisme et de la santé s'élargit un peu plus, si on les analyse à l'aune de la mondialisation. Le concept de mondialisation théorise le processus de rapprochement des peuples. Ce mouvement connaît une accélération autour des années 1990, avec la fin de la guerre froide et la chute de l'empire soviétique. Trois éléments fondamentaux caractérisent le phénomène de la mondialisation. La mondialisation comprend ainsi une intensification des échanges internationaux. Au niveau financier, c'est la rapidité et l'importance des mouvements de capitaux. C'est aussi l'externalisation des moyens de production à l'échelle des pays et aussi des continents. Enfin il y a son aspect humain qui favorise les déplacements internationaux à une échelle exponentielle. Les appréhensions vis-à-vis de la mondialisation sont d'ordre culturel et économique. Elle favorise une standardisation des cultures, menace l'identité des peuples et les économies des pays et des régions, pour la vague de délocalisations qu'elle engendre. Les secteurs de la santé d'une part et celui du tourisme de l'autre, font partie des domaines qui sont grandement influencés par le contexte de la mondialisation. Les effets de cette mutation du monde ont dans la sphère touristique un double aspect. Pour l'OMS le monde est aujourd'hui un microcosme dans lequel l'intensification des échanges économiques et humains auquel le tourisme contribue, fait planer des menaces de rapides propagations des pathologies infectieuses à l'échelle de tous les pays. L'importance sociale du tourisme évoqué précédemment est aussi doublée d'une importance économique. Pour Jean-Michel Hoerner (2013), « *Après le poivre, les épices, la soie, le coton dès le Moyen Age, le charbon, l'acier, l'automobile et le pétrole depuis le XIX siècle, le tourisme devient aujourd'hui une grande valeur spéculative* »¹². C'est dire si ce domaine est imbriqué à l'économie mondiale dont il représente aujourd'hui un des piliers. Le secteur du tourisme pour son importance intéresse les médias. Ceux-ci se sont abondamment faits le relais des difficultés traversées par l'industrie du tourisme, à l'occasion des pandémies de ces dernières années. En effet l'émergence de maladies infectieuses, grippe aviaire, SRAS, grippe porcine, Chikungunya, Coronavirus, Ebola ont porté un coup à l'économie en général, et à celle du tourisme en particulier. Les pertes financières concédées par le secteur touristique pour faire face à ces crises sanitaires, se déclinent autant, à l'échelle internationale qu'au niveau de l'économie des pays directement touchés. C'est une donnée

¹² Jean Michel Hoerner « annales du tourisme » 2013 P29

qui dans le contexte de la mondialisation, s'ajoute aux interactions entre le domaine de la santé et celui du tourisme.

La mondialisation qui favorise les déplacements des individus a par la même occasion transformée leurs modes de consommation en élargissant les espaces de référence. Cette transformation des horizons de la consommation bénéficie au tourisme. Ce changement d'échelle dans l'accès aux biens a profité de l'accélérateur décisif qu'est internet. Cette plateforme offre une somme de produits et d'informations. Dans les recherches sur internet, les informations relatives à la santé et au bien-être font partie des demandes les plus fréquentes. Cette transformation des modes de consommation du produit médical, est à mettre en rapport avec une autre grande mutation sociétale, celle qui tend à présenter la santé comme un bien de consommation courant¹³. Pour Alain Bazot (2009), le développement du marché de la santé sur internet provient de l'action des médias qui poussent à la consommation des soins, au même titre qu'un produit ordinaire¹⁴. Car les soucis du bien-être et de la santé, représentent des permanences chez l'individu moderne. D'ailleurs le néologisme « patientèle », qui réunit les mots « patient » et « clientèle », fréquemment utilisé dans la littérature médicale, est une autre illustration de l'approche consumériste des biens de santé. La convergence de différents éléments, dont l'omniprésence médiatique du sujet de la santé, sa transformation en objet de consommation ordinaire, le rétrécissement des distances grâce au développement des transports, et l'arrivée d'internet, ont créé les conditions pour la mise en place d'un modèle économique autour d'une délocalisation des soins. A l'image des transferts des unités de production de pays développés vers des territoires qui offrent des conditions sociales moins exigeantes, de nombreux patients n'hésitent plus à parcourir de longues distances pour recevoir des soins. Tourisme médical ou tourisme hospitalier est le terme utilisé pour désigner ce nouveau type de migrations. Définir le tourisme médical, c'est aussi écarter l'idée du thermalisme qui apparaît chez une bonne partie de l'opinion générale à l'évocation du terme, une fois passée la surprise pour le caractère antinomique de la formule, et son remplacement dans une réalité dont les médias sont aujourd'hui les meilleurs témoins. Les raisons du tourisme médical sont liées dans un premier temps à l'absence de moyens de prise en charge adéquate pour certaines maladies au long cours, pendant les années 80 dans les pays en voie de développements. Les

¹³Catherine Halphen, op.cit 2010 P23

¹⁴Alain Bazot « L'Emergence d'une nouvelle force : les consommateurs » in Jean-Michel Laxalt « Et si demain la sécurité sociale... éclatait » 2009 » P125.

patients fortunés originaires de ces pays se rendaient à l'époque dans les pays développés, France, Allemagne, Canada, Etats-Unis, qui offraient les meilleures technologies médicales pour la prise en charge de ce type de pathologies (diabète, insuffisance rénale, problèmes cardiaques, etc.) La deuxième raison du tourisme médical est à mettre en relation avec la crise des systèmes de santé dans les pays développés. En effet la recherche et le développement de nouvelles technologies médicales, ont contribué au renchérissement du coût de certains soins spécifiques, (soins dentaires, ophtalmologie), pour les systèmes d'assurance santé dans la plupart des pays développés (Angleterre, France, Allemagne). Le phénomène médico-touristique a connu de nouvelles inclinaisons à partir du début des années 1990. Aux mouvements du sud vers le nord des malades issus des pays en voie de développement, se sont rajoutés ceux des patients des pays européens, soumis à l'augmentation du reste-à-charge pour les soins dentaires, d'ophtalmologie, la chirurgie esthétique et d'autres soins considérés comme des soins de confort. Pour les patients des USA, il s'agit de la recherche de traitements pour des pathologies lourdes, (cancer, insuffisance rénale, problèmes cardiaques etc.). Ces mouvements de patients américains sont liés à la nature du système de soins dans ce pays. Le statut d'assuré aux USA tient à la situation professionnelle des individus. Ce modèle de la protection sociale exclue aux Etats-Unis d'Amérique, près de 50 millions de personnes des mécanismes d'assurance santé. A ces premières raisons du tourisme médical, s'additionnent la demande de prestations en soins particuliers (chirurgie esthétique, et procréation médicale assistée), d'une société nouvelle, modulée par un déplacement des frontières des possibles, grâce à la recherche et à la technologie médicale. Pour ces premières raisons, le tourisme médical charrie un ensemble de polémiques. Ces controverses peuvent être éthiques pour les questions liées à l'acquisition des organes à transplanter issus parfois de trafic. De même il y a aussi des critiques d'une frange conservatrice de la société pour dénoncer les conditions de la procréation médicalement assistée. La PMA touche un des fondements de la société, celle des procédés de conception des individus à notre ère, de même qu'elle s'écarte des canevas de la parentalité traditionnelle.

Dans le domaine de la recherche universitaire, la controverse autour du concept du tourisme médical porte autant sur la validité épistémologique du concept, que sur son rattachement à une des sciences humaines. Nous avons précédemment montré toutes les difficultés à faire tenir dans l'opinion un attelage lexical, réunissant deux vocables issus d'univers antinomiques. Il s'agit ensuite de lui permettre de trouver sa place dans l'univers des sciences humaines. Sur ce sujet le tourisme médical part avec les mêmes atouts et les mêmes difficultés que le tourisme classique. De nombreux chercheurs s'accordent sur l'aptitude des sciences humaines à être le cadre théorique adapté dans l'analyse du fait touristique. De même tous reconnaissent aussi la transversalité d'un secteur qui peut

s'observer à l'aune de l'anthropologie, de l'histoire de la sociologie, de la géographie, de l'économie. Jean-Michel Dewailly souligne le fait que « *le champ d'étude du tourisme est un champ de recherches immense, en dilatation perpétuelle, si l'on peut dire, où l'interdisciplinarité est de plus en plus indispensable* »¹⁵. C'est en suivant la trame de cette transversalité qu'ont éclo la subdivisions du tourisme en plusieurs branches (Tourisme urbain, d'affaires, d'agrément, industriel, et tourisme médical...). Pour R. Christin (2011), « *Le tourisme est une modalité du management du monde, une manière de gérer les ressources humaines et de mettre les territoires en production* »¹⁶. L'un des impératifs auquel sont soumis les acteurs territoriaux est de trouver de nouvelles ressources dans la gestion de leurs collectivités. La santé à l'échelle des territoires est pensée comme un instrument à double impact. Pour preuve en France avec la réforme territoriale et la nouvelle loi santé 2015, les CHU conservent leurs prérogatives de services publics de soins de haut niveau à l'échelle régionale. Cependant une nouvelle mission leur a été dévolue. Il s'agit pour ces institutions hospitalières d'insérer leurs activités dans le paysage sanitaire international, participant ainsi au rayonnement de leur territoire¹⁷. Pour Virginie Chasles (2013), le tourisme médical opère à l'échelle du territoire selon un double enjeu. D'une part il s'agit de trouver des ressources additionnelles pour les collectivités et, par la même occasion, de participer à leur rayonnement régional et international. Ainsi le tourisme médical a été investi par de nombreux pays, qui ont localisé cette activité dans les grandes agglomérations. Cela permet à ces villes de se positionner au niveau international dans le domaine médical et de rehausser ainsi leur image.

Dans différentes zones géographiques du monde plusieurs pays ont mis en place des politiques pour le développement du tourisme médical. Nous avons analysé pour les besoins de cette étude un peu plus d'une quinzaine de pays pour leurs pratiques du tourisme médical. La méthode adoptée pour traiter la question du tourisme médical à l'échelle de ces pays a consisté en premier lieu à choisir sur chaque continent, deux pays qui nous semblaient les plus représentatifs de l'activité de soins délocalisés. En Asie nous avons observé le tourisme médical sur les destinations de la Thaïlande, l'Inde, la Chine, le Japon, Singapour. Dans la zone du Moyen-Orient, Israël, la Jordanie et Dubaï ont été observés pour leur pratique de ce nouveau modèle économique. En Amérique du Sud, et dans la zone caribéenne, les exemples du Brésil, du Costa-Rica et de Cuba nous ont aidés à saisir le déroulement de l'activité médico-touristique dans cette partie du monde. En Amérique nord, c'est par l'entremise des

¹⁵Jean-Michel Dewailly « Tourisme et Géographie entre Pérégrinité et Chaos » 2006 P8

¹⁶Rodolphe Christin « Tourisme enfermé » in Le tourisme émancipation ou contrôle social 2011 P37

¹⁷ Guillaume Couvreur, Sophie Laurence « La loi de santé, territoires, espace international... Quelle place pour les CHU ? » Gestion Hospitalières N°544-mars 2015 P175

USA et du Canada que ce secteur des soins délocalisés a été étudié. Pour l'Afrique du Nord, les cas de la Tunisie et du Maroc nous ont été utiles. Pour l'Europe de l'ouest, l'Allemagne et l'Espagne. Pour l'Europe de l'Est, nous avons choisi la Hongrie et la République Tchèque. Le premier enseignement à tirer de cette analyse qui se veut à la fois globale et localisée, est celui d'une activité médico-touristique qui, dans les grandes lignes, se concentre autour de spécialités médicales précises. Celles-ci se divisent en deux catégories. Il y a d'un côté les traitements pour les pathologies lourdes (*oncologie, cardiologie, maladie urinaire et rénales, traumatismes ostéo articulaires*). De l'autre il y a les soins dits de confort, (dentisterie, chirurgie esthétique, et PMA). Chaque pays pour son offre médico-touristique, a fait le choix de se concentrer sur des spécialités précises. Deuxième remarque importante, c'est que le tourisme médical apparaît comme un moyen de diversification de l'offre touristique. Tous les pays analysés dans cette étude possèdent un secteur touristique performant dans leurs économies. Enfin dernier point qui est un préalable pour les destinations médico-touristiques, il s'agit de l'existence dans ces pays de systèmes d'assurance santé qui couvrent une majorité de la population.

Nous nous sommes aussi intéressés à la France pour déterminer son positionnement sur le marché des soins délocalisés. A la vérité, la participation de la France au mouvement médico-touristique est minime, tant dans une position de pays pourvoyeur de la patientèle internationale, qu'en tant que pays organisateur de cette activité. Il en ressort que la France après avoir été dans le peloton de tête du secteur médico-touristique dans les années 1980, se retrouve aujourd'hui parmi les destinations médico-touristiques les moins sollicitées à l'échelle internationale. La faute sans doute à un manque de compétitivité des tarifs de soins dans ce pays, et à une réglementation des plus strictes en matière de séjours des patients étrangers non-résidents. Au demeurant, l'hexagone reçoit des flux d'une patientèle internationale, issue en majorité de ses pays voisins et du Maghreb. La dimension transfrontalière du tourisme médical est très présente en France. Dans le cadre de cette activité d'accueil et de soins, la France a choisi une double stratégie. En tant que membre de l'Union européenne, elle est soumise aux règles de cette institution. Ainsi la directive 2011/24/UE, l'oblige à appliquer à tous les patients communautaires les tarifs de la sécurité sociale. Pour les patients étrangers, les prix sont majorés de 30%. Cependant, afin de se protéger des risques d'impayés dont les finances des hôpitaux ont longtemps souffert, ces derniers exigent désormais à la patientèle internationale le prépaiement des soins. Cet élément va définir la stratégie « d'écémage » choisie par la France dans la promotion de son segment médico-touristique. Dans ce cadre, la patientèle internationale visée se compose des pays du Golfe Arabo-persique, et les élites des pays en voie de développement.

La méthode pour la promotion du tourisme médical se décline aussi à l'échelle des territoires. En effet, en France, l'essentiel de la recherche médicale se concentre dans les CHU (centre hospitalier universitaire). Chaque région dispose d'un ou de plusieurs CHU. Dans les grandes villes ces hôpitaux forment des entités et groupements autonomes, qui mettent en œuvre des initiatives pour accueillir les demandes émanant de la patientèle internationale. Dans cette réflexion, nous abordons aussi le segment médico-touristique à l'échelle des territoires français, et l'implication des acteurs institutionnels pour l'essor de ce segment. Notre choix s'est porté sur les villes de Paris, Marseille et de Lyon. Cette dernière dans le domaine de la santé, présente à l'échelle des territoires français des atouts indéniables, tant au niveau de son économie touristique que pour le symbole que représente le secteur de la santé dans l'histoire et dans l'économie de cette agglomération. Les hospices civils de Lyon (HCL), sont le premier employeur d'une ville qui dispose dans ces hôpitaux de praticiens reconnus au niveau international. Les autorités de la ville ont décidé entre 2007 et 2010 de mettre en cohérence l'histoire et l'économie actuelle de la ville, en y promouvant un segment de soins délocalisés. Cette étude se consacre ainsi en partie à analyser aussi la problématique médico-touristique dans la capitale rhodanienne. Le sujet du tourisme médical, s'il est abondamment médiatisé, est cependant resté hors du champ d'intérêt de la recherche universitaire. Très peu d'auteurs se sont penchés sur la question. Il s'agit ici de réunir un ensemble de données relatives à la pratique médico-touristique, pour faire avancer la réflexion sur le sujet. La présente analyse, est le fruit d'interviews menées auprès de spécialistes de la santé, (médecins, praticiens, gestionnaires de structures médicales), mais aussi de gérants de structures touristiques, d'hébergement, d'acteurs politiques et de patients. La relation entre le tourisme et la santé est une relation historique et se décline au gré des époques et de leurs contingences. Le tourisme médical, au-delà de sa spécificité qui le place au carrefour du tourisme, de l'économie de la santé, de la sociologie, et de la communication des territoires, est aussi une des formes contemporaines du long dialogue entre la santé et le voyage, auquel nous invitent les lignes qui suivent.

Chapitre I

- Définitions et polémiques autour du tourisme
 - Origines et approches conceptuelles à revisiter

Dans notre réflexion sur la relation entre le tourisme et la santé, puis sur le tourisme médical, de façon globale et singulièrement dans l'agglomération lyonnaise, il importe de faire une brève histoire du mot « *touriste* ». Ainsi sur l'origine du tourisme, il est essentiel de mentionner la primauté du mot « *tourist* » sur celui de « *tourisme* »¹⁸. Sur le plan de l'étymologie, le vocable « *tourist* » du mot « *tour* » provient du normand ancien.

En dépit de cette origine normande, c'est dans les écrits d'un voyageur britannique, en 1792, que le mot apparaît pour la première fois. Ce voyageur dépeint dans son récit les méfaits de l'industrialisation sur un paysage écossais, défiguré par la fumée des usines. Le vocable « *tourist* » à ses débuts a un sens péjoratif.¹⁹ D'ailleurs comme le souligne Marc Boyer, « *touristes* », « *se dit des voyageurs étrangers, qui ne parcourent les pays, que par curiosité et désœuvrement...* »

En 1816, le mot « *tourist* », est réintroduit dans la langue française. Ensuite, Stendhal utilise le mot « *touriste* », pour la première fois dans une œuvre de littérature, « *mémoire d'un touriste* » en 1838. Il a été suivi en 1841 par le mot « *tourisme* ». Ce vocable dans les premiers temps, renvoie à un double sens, aussi bien « *un mouvement circulaire* », qu'un « *mouvement de peu de distance* »²⁰. Puis le mot « *tourist* » est utilisé pour faire référence au voyage « *initiatique* », entrepris par les jeunes anglais à travers l'Europe. Ce périple les emmène dans les grandes villes européennes de l'époque, Paris, Rome et la côte d'Azur en particulier.

A la fin de l'époque contemporaine, grâce à l'amélioration des moyens de transport et des conditions de vie, la pratique touristique gagne en reconnaissance. L'habitude des riches anglais de parcourir l'Europe pour le plaisir est alors correctement identifiée par les habitants des autres pays.

¹⁸ Marc Boyer « Histoire Générale du tourisme du XVI au XXIe siècle » 2005 P5

¹⁹ Catherine Bertho Lavenir in Introduction in « La Roue et le Stylo : comment nous sommes devenus Touristes ? » 1999

²⁰ Jean-Michel Hoerner « Géopolitique du tourisme » 2008 P58- P59

Cependant, la première polémique qui caractérise le tourisme, dans l'univers de la recherche, est relative à sa définition. Il existe chez les spécialistes du tourisme une difficulté à parvenir à un consensus autour du sens de l'objet. La transversalité intrinsèque du secteur va au-delà des bornes, que les uns et les autres tentent d'installer dans la délimitation que requiert tout concept. Ce secteur est caractérisé par une production hétérogène de biens et de services, n'étant pas au seul usage des touristes, mais qui est aussi à l'usage des résidents. Ainsi à la question de savoir, « *qu'est-ce que le tourisme ?* », nous sommes partagés entre différentes définitions.

D'une part il émane de l'OMT, l'instance au sein des Nations Unis en charge de ce domaine une définition du tourisme. Ce sens du mot tourisme est porté en juin 1954, par le Conseil économique et social de cette organisation. Celle-ci concerne l'adoption d'une convention sur les facilités douanières en faveur du tourisme. Ainsi est considérée comme touriste « *toute personne qui, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion pénètre sur le territoire d'un Etat autre que celui où elle réside habituellement, et y séjourne pendant 24 heures au moins et six mois au plus, au cours d'une même période de douze mois. Si son voyage est dû à un motif légitime autre que l'immigration, tel que le sport, l'agrément, la santé, la visite à la famille, les études, le pèlerinage religieux ou les affaires* »²¹. Les points à retenir de la définition du tourisme selon l'OMT sont donc le déplacement, (*hors du cadre habituel*) le motif (*aucune rémunération*) et la durée (*plus d'une nuitée*).

Cependant cette définition du tourisme selon l'OMT, mise en parallèle avec celles d'auteurs, laisse transparaître des divergences. Pour Beatrice Doggor di Nuzzo, dont la définition du tourisme est inspirée du « *Grand Dictionnaire Terminologique, de l'Office Québécois de la langue française* », c'est : « *une personne en déplacement d'affaires ou de loisirs pour une distance supérieure à 80 km de son point de départ, pour une durée supérieure à 24 heures, consommant des services ou des produits touristiques* »²²

Certes l'on observe une convergence de vue, sur les points de la durée du déplacement, (24h), et du motif de déplacement, quand on met côte à côte les définitions du tourisme selon l'OMT et celle du grand dictionnaire terminologique de l'office québécois. C'est d'ailleurs dans cet espace que s'insère le tourisme médical. Cependant on note un désaccord mineur sur la durée maximale du séjour de (4 mois ou 6 mois) et sur la distance (supérieure à 80km). Allons plus loin dans l'analyse pour toucher à un élément nouveau dans cette approche conceptuelle du tourisme, qui est celui de la consommation de service ou de produits touristiques. Cette

²¹ Jean-Luc Michaud et Guy Barrey « Les acteurs et organisations du tourisme » 2012 P12

²² Beatrice Doggor di Nuzzo « L'accueil un métier, Application au Tourisme et à l'hôtellerie » 2009 P129-130

dernière notion est importante, si on considère le tourisme du point de vue macro-économique. Voici le constat de Beatrice Doggor di Nuzzo qui en illustre l'importance :

*«En France sur plus de 160 millions de visiteurs par an, on considère que seuls 77 millions de visiteurs y ont passé au moins une nuitée. De par sa position géographique centrale en Europe de l'ouest, elle génère un passage, pour les touristes à destination de pays tels que l'Espagne ou l'Italie, ou même pour des touristes internationaux visitant l'Europe. Cependant très peu de touristes parmi ceux en transit en France, agissent sur les chiffres du tourisme, en consommant des produits touristiques ».*²³ Cette catégorie de voyageurs est comptabilisée dans les statistiques du tourisme, en dépit de l'absence de réelles dépenses touristiques. Ainsi au sujet de la prise en compte des dépenses touristiques, qui confèrent aux voyageurs la qualité de touriste, Jean-Michel Hoerner assure *« qu'il faut effectuer au moins 50% de ses dépenses journalières évaluées (prise en compte de l'hébergement nocturne) auprès d'établissements touristiques pour devenir touriste. C'est-à-dire dans des établissements répertoriés comme tels dans la comptabilité publique nationale »*²⁴. Cette position sur la définition du tourisme se justifie, à une échelle nationale ou même régionale. Pour Hoerner, certains produits de consommation sont répertoriés comme des produits touristiques dans la comptabilité publique : *(chambres d'hôtel, repas de restaurant, entrées de musée etc...)*. Il se trouve parfois un décalage entre la fréquentation d'une destination, et les retombées économiques telles qu'escomptées par les acteurs économiques d'une station touristique. Le rapport entre l'affluence dans une station et les bénéfices réalisés par les opérateurs touristiques, peut avoir un caractère relatif. Avoir du monde sur une station, n'est pas le signe de gains à la mesure des attentes des opérateurs touristiques.

La seule notion de durée d'un déplacement ne suffit plus à la qualification d'un déplacement en acte touristique. Il importe donc de réviser la définition du tourisme selon l'OMT, pour l'apprécier du point de vue des professionnels de la filière touristique, redonnant ainsi à cette activité son caractère économique, bien souvent occulté dans la définition du concept selon cet organisme.

Cependant et au-delà de ces insuffisances qu'elle comporte, c'est la définition du tourisme, selon l'OMT, faisant référence à une personne passant une nuit en dehors de son domicile officiel, que nous allons retenir pour l'inscription en *« actes touristiques »* des déplacements à but thérapeutique, dont nous nous proposons de faire l'analyse dans cette réflexion. C'est cette définition qui donne sa légitimité à notre étude, sur le tourisme médical.

²³ Beatrice Doggor di Nuzzo» in *l'accueil un métier, Application au Tourisme et a l'hôtellerie » 2009*

²⁴ Jean-Michel Hoerner in *« Annales de tourisme 2012 »*

L'enjeu de notre étude étant aussi de relier les champs du tourisme à celui de la santé de façon plus globale, il est utile ici de balayer de façon brève le concept de la santé. Pour Jean-Louis Olive, le mot santé, au niveau étymologique, appartient au même champ lexical que le mot soin. Ainsi, le « *soin* », de l'ancien français « *soign* » (XI^{ème} siècle), est un dérivé du latin tardif « *sonium* », lui-même emprunté au français « *sunni* », « chagrin »²⁵.

Le tourisme quant à lui est l'objet d'une perception équivoque. Pour Catherine Bertho Lavenir (1999.) « *La villégiature bénéficie d'une réputation ambiguë. Elle peut, selon les auteurs, se révéler le moment privilégié du retour à la nature et du rapprochement avec les valeurs essentielles. Ou bien offrir, loin des contraintes du travail et des affaires les dangers d'un temps entre parenthèses où s'exacerbent les séductions de la vie mondaine* »²⁶. Pour Rodolphe Christin : « *Le touriste* », *passé aux yeux de son frère « siamois le « travailleur » (en réalité ces deux-là ne font qu'un), pour un individu sans responsabilité, un gentil branleur évoluant à l'écart des choses sérieuses de la vie* ». Le secteur du tourisme s'oppose donc à celui de la santé, dans la mesure où le secteur de la santé, dans l'opinion, exclue toute idée d'agrément.

- La controverse touriste-voyageur par le biais de Montaigne, « précurseur » de la pratique médico-touristique

Nous convenons avec R. Amirou (1995), que dans l'univers de la recherche en tourisme, la polémique autour de la différence entre le voyageur et le touriste est un sujet en débat²⁷. En premier il est établi que le voyageur comme le touriste, ont en commun d'émaner du même univers symbolique: celui du déplacement, d'un aller-retour, dans l'espace et dans le temps²⁸ (« *partir où, et combien de temps ?* »).

Cependant, sur le sujet, Bruno Lecoquière (2008), reconnaît que : « *S'il est vrai qu'un touriste part forcément en voyage puisqu'il se déplace, s'il est vrai qu'un voyageur peut aussi faire du tourisme, les deux termes recouvrent pourtant des images et des réalités différentes dont la distinction n'est pas toujours évidente* ».²⁹ Nous tenterons ainsi

²⁵ Jean-Louis Olive « Epistémologie d'une relation » in « le soin sociomorphe » 2010 P8

²⁶ Catherine Bertho Lavenir in « La Roue et le Stylo : comment sommes devenus touristes » 1999 P403

²⁷ Rachid Amirou « Imaginaire touristique et Sociabilités du Voyage » 1995 P147

²⁸ Bruno Lecoquière « Parcourir la terre « le Voyage de l'exploration au tourisme » 2008 P194-195.

²⁹ Bruno Lecoquière « Parcourir la terre « le Voyage de l'exploration au tourisme » 2008 P195

d'observer les différences et les permanences entre le touriste et le voyageur à travers la figure de Montaigne. L'occurrence du personnage de Montaigne dans notre sujet sur les interactions entre la santé et le tourisme, se justifie par le fait que le célèbre auteur, par son statut pluriel, (homme de lettre, patient, voyageur et touriste), révèle une forme « *d'ubiquité identitaire* », à même de nous aider à appréhender le débat sur la différence entre le voyageur et le touriste.

Les auteurs qui se sont servis de l'expérience du voyage comme source d'inspiration, comptent parmi les plus célèbres³⁰ Hérodote, Châteaubriand, Nerval, Gautier, Stendhal. On peut donc affirmer sans ambages à la suite de C. Bertho Lavenir (1999), que si « *partir c'est mourir un peu* », alors « *voyager c'est écrire* ». L'écriture fait aussi partie de l'univers du voyage. En matière de littérature de voyage, Montaigne fait office de pionnier. C'est un personnage auquel se réfèrent plusieurs spécialistes du tourisme.³¹ (C.B Lavenir 1999 (P16), (Boyer 2005, P18-19), (Kalfon, 2009, P13). Dans l'ubiquité identitaire de Montaigne, la chronologie du personnage fait du patient, la figure antérieure aux deux autres, celles du voyageur et du touriste, puisque la motivation principale de ce déplacement, « *ne fut pas la seule curiosité de voir l'Allemagne et l'Italie qui fit entreprendre à Montaigne une promenade de dix-sept mois ; mais que l'intérêt de sa santé y entra pour beaucoup* ». ³² Le statut de patient de Montaigne ainsi établie, abordons ensuite, les permanences entre le voyageur et le touriste par le biais de son personnage.

Comme nous l'avons souligné un peu plus haut, le voyageur et le touriste occupe le même espace dans l'imaginaire collectif. Ils ont en commun la parenthèse du temps « suspendu » qui caractérise le déplacement. Cette césure dans le quotidien procure aux deux types d'individus, excitation avant le départ et plaisir sur le lieu du déplacement. Chez Montaigne transparait cette exaltation du déplacement. Ce sentiment devient perceptible lorsqu'il affirme que le voyage lui permet « *d'échapper aux épines domestiques et des soucis liés à ses activités quotidiennes* ». Il poursuit en affirmant : « *je me détourne volontiers du gouvernement de ma maison, autant que des devoirs de l'amitié maritale* »³³. C'est sans doute ce « break » que représente le voyage pour le quotidien, qui donne à la fois au voyage et au tourisme sa valeur sociale. Nous y reviendrons.

³⁰R. Christin in « L'imaginaire Du Voyageur ou l'expérience Exotique. » P197

³²Fausta Garavani in Discours préliminaires In Michel de Montaigne in « Journal de voyage » 1983 P44

³³ Fausta Garavani in Discours préliminaires In M. de Montaigne in « Journal de voyage » 1983 P5

Ensuite le deuxième point de convergence entre les figures du voyageur et du touriste est celui du « *paradoxe du Double Bind* ». C'est un concept issu de la psychologie, et inventé par Gregory Bateson. Il est utilisé pour des travaux sur la schizophrénie. Dans ce cadre, il exprime une communication à double niveau dans laquelle, le message envoyé et le canal utilisé sont en déphasage. Pour le récepteur du message, cela se traduit par un antagonisme, entre le message et la façon dont il est délivré, du fait d'une discordance entre le contenant et le contenu.³⁴ L'« *illisibilité* » dans l'attitude qui structure le concept, se traduit en matière de tourisme, par une double appétence pour des sites, connus et reconnus qui font la renommée de certaines destinations. Mais aussi de façon contradictoire pour les parcours en dehors des sentiers battus. On peut pour illustrer ce propos, évoquer les chiffres de fréquentation des sites classés, au patrimoine mondial de l'UNESCO, qui dépassent pour certains le million de visiteurs. Cependant, ce même touriste, par un comportement ambivalent, poursuit sa quête passionnée d'endroits encore « *non touristiques* »³⁵, pour reprendre l'expression de Michel Houellebecq (2001). Le paradoxe du « *double bind* » en ce qui concerne le voyageur et le touriste, se résume en ceci : une touristification d'exception souhaitée, et à son seul usage, pour des endroits encore préservés du tourisme. Or dans cette attitude les deux projets s'interdisent mutuellement, et sont contrariés, puisque la seule présence du touriste sur les lieux contribue à l'annihiler. En poussant l'analyse, et dans une autre articulation du concept, on peut l'étendre à la faculté qu'a le touriste de croire qu'il peut fuir les autres, ... touristes, ses semblables. C'est ainsi que l'on retrouve chez Montaigne cette attitude ambivalente. Comme le souligne Fausta Garavani : « *Il était fâché d'y trouver un si grand nombre de Français, qu'il ne rencontrait presque personne qui ne le salua en sa langue* »³⁶

- Supériorité du voyageur sur le touriste

Au-delà de ces points communs entre le voyageur et le touriste, la première différence entre les deux individus est qu'ils font l'objet l'un et l'autre, l'un contre l'autre, d'une hiérarchisation sociale. Catherine Bertho Lavenir (1999), considère que la figure du voyageur est supérieure à celle touriste. Ainsi, « *Le voyageur par principe est ce que le touriste n'est pas. Le voyageur est aristocratique, le touriste est plébéien. Le voyageur découvre, le touriste suit. Le voyageur vit une expérience intime et intense ; le touriste se contente*

³⁴www.wikipedia.org. « Consulté le 18/04/2015

³⁵Michel Houellebecq « Plateforme » 2001 P300

³⁶Fausta Garavani in Discours préliminaires M. de Montaigne in « Journal de voyage » 1983 61

d'émotion de commande et de sentiments frelatés »³⁷. Cet avis de C.B Lavenir, s'appuie sur l'imaginaire collectif, autour du voyage, nourrit à l'initial par les récits des grands voyageurs. Le voyageur, ce héros des temps, capable de repousser les limites de l'espace, et les siennes aussi, souvent aux périls de sa vie. Ainsi nous conviendrons avec Bruno Lecoquière (2008), que « *dans le voyage, il y a souvent du plaisir mais aussi une idée d'effort, voire de difficulté, ce qui explique sans doute que l'Anglais « travel », équivalent de voyage dérive du mot français travail* »³⁸. En considérant le contexte historique et la difficulté au niveau du déplacement, ainsi que la durée du voyage, (dix sept mois), alors il en découle pour l'auteur de « *Journal de Voyage* », plus qu'une qualité de touriste ordinaire, celle du voyageur.

Au cours de ce périple, Montaigne fait montre d'une qualité propre au voyageur, celle de l'observation. Pour Jean Michel Dewailly (2006), la question de la différence entre voyageur et touriste, est un sujet présent à la fois chez les sociologues, les anthropologues et les ethnologues (J. Viard, J.D Urbain, F. Michel). Ce qui est à retenir de la position de ces auteurs, c'est la qualité d'observation dont fait preuve le voyageur à la différence du touriste. C'est pourquoi, « *le voyageur serait celui qui, de façon plus individuelle et plus itinérante, se déplace avec une attention plus soutenue au milieu qu'il traverse, hommes, activités ou paysage,*»³⁹. Pierre Kalfon, parlant de Montaigne souligne que pour notre voyageur, il « *n'y a pas de meilleure école pour se former à la vie que de se proposer à l'âme en permanence la diversité, la variété des autres populations, les autres us, coutumes et traditions.*»⁴⁰. La dimension philosophique du voyage ainsi établie, le voyageur devient dépositaire d'un art nouveau, celui « *du voyage* »⁴¹.

- Montaigne au croisement du voyageur, de l'anthropologue et du patient

Bien plus qu'un simple art du voyage, nous sommes avec Montaigne dans une science. Celle de l'anthropologie, au stade du balbutiement. La posture d'anthropologue consiste en premier lieu, en la présence du « *couple écrivain-voyageur* » chez notre auteur. Cette attitude nécessite un investissement, en termes d'apprentissage, qui se traduit par la rédaction de son journal en Italien⁴². Les évènements qui le marquent, et dont il fait la

³⁷ Catherine Bertho Lavenir « La Roue et le Stylo : comment sommes devenus touristes » 1999 P403

³⁸ Bruno Lecoquière in « Parcourir la terre « le Voyage de l'exploration au tourisme » 2008 P197

³⁹ Jean-Michel Dewailly « Tourisme et Géographie entre Pérégrinité et Chaos » 2006 P65.

⁴⁰ Pierre Kalfon Tourisme et innovation (2009)

⁴¹ Rodolph Christin « L'imaginaire du Voyageur ou l'expérience exotique » P 22

⁴² Marc Boyer Histoire Générale du tourisme du XVI au XXI e siècle (2005P19.

narration, montrent qu'il porte une attention particulière aux mœurs et notamment aux habitudes culinaires.⁴³ Le personnage devient plus intéressant, et rend légitime sa présence dans notre réflexion sur le tourisme et la santé, lorsqu'il ajoute à la figure de l'anthropologue « classique », une autre plus pointilleuse, celle d'anthropologue de la médecine. Il apparaît en effet, en modifiant l'éclairage autour de l'œuvre « Journal de Voyage » qu'elle peut être considérée, pour l'époque, comme une œuvre médicale majeure. Premièrement, de longues descriptions sont consacrées aux sources thermales et aux lieux de guérison. Reprenons ici à titre d'exemple, quelques propos de l'auteur : *« Le samedi matin de bonne heure, j'allai prendre les eaux de Barnabé ; c'est une des fontaines de cette montagne, et l'on est étonné de la quantité d'eaux chaudes et froides qu'on y voit. La montagne n'est point trop élevée, et peut avoir trois milles de circuit. On y boit que de l'eau de notre fontaine principale, et de cette autre qui n'est en vogue que depuis peu d'années. Un lépreux nommé Barnabé, ayant essayé des eaux et des bains de toutes les autres fontaines, se détermina pour celle-ci, s'y abandonna et fut guéri. C'est sa guérison qui a fait la réputation de cette eau »*.⁴⁴ Ainsi, Montaigne dans la position d'anthropologue de la médecine, s'étend sur une description des eaux auxquelles la croyance d'alors prête des vertus curatives, pour des pathologies précises, la lèpre dans le cas présent. Ensuite un autre exemple, sur l'œil d'anthropologue dont joue Montaigne, c'est la description minutieuse de la circoncision. Acte culturel et religieux, il n'en est pas moins un acte chirurgical, aux vertus préventives, notamment en matière de maladie sexuellement transmissibles (P204).

Au-delà du caractère d'intérêt général de ces premières observations, il en existe d'autres privées, voir intimes. Celles-ci tiennent à la santé de Montaigne lui-même. L'œuvre « journal de voyage », peut ainsi apparaître, comme un « dossier médical », selon l'expression de F. Garavani⁴⁵. Observons quelques extraits qui corroborent cette idée : *« Le lundi huit de mai au matin, je pris à grande difficulté de la casse que mon hôte me présenta, non pas de la grâce de celui de Rome, et la pris de mes mains. Je dînai deux heures après et ne pus achever mon dîner, son opération me fit rendre ce que j'en avais pris, et me fit vomir encore depuis. J'en fis trois ou quatre selles avec grande douleur au ventre, à cause de sa ventosité, qui me tourmenta près de vingt-quatre heures, et me suis promis de n'en prendre plus »*⁴⁶. Analysons cet autre extrait qui participe de la construction de la figure de patient du personnage : *« Mercredi de bon matin, je rebus de cette eau et étant en grande peine du peu d'opération que j'en senti le jour avant ; car j'avais bien fait une selle soudain après l'avoir*

⁴³ Montaigne « Journal de Voyage » 1983 P 358-359.

⁴⁴ Idem P 279

⁴⁵ F. Garavani in introduction in Montaigne in Journal de voyage (1983) P19

⁴⁶ Montaigne « Journal de Voyage » 1983 P270

*prise, mais je rendais cela à la médecine au jour précédent, n'ayant fait pas une goutte d'eau qui retirât à celle du matin ».*⁴⁷

Nous sommes ainsi entraînés à découvrir malgré nous, l'intimité de notre auteur qui souffre de coliques néphrétiques.⁴⁸ François Laplantine (1986), lorsqu'il aborde le sujet du « roman médical » souligne, que : « *Plus que tout autre, l'écrivain est attentif à lui-même et aux modifications des sensations et des sentiments éprouvés à l'occasion de la maladie* »⁴⁹. Montaigne, par son attitude, s'inscrit pleinement dans cette logique. Les preuves en sont l'attention constante sur sa propre santé, mais aussi la minutie qu'il emploie dans l'observation des remèdes et des lieux sensés détenir des qualités thérapeutiques.

Cependant, comment appréhender chez notre auteur cet étalement de sa propre « *expérience de la maladie* » ? Un premier élément de réponse, certes sous la forme d'une question, apparaît dans le titre d'un article du Docteur Armaingaud (1908) : « Montaigne était-il hypocondriaque⁵⁰? » En considérant l'hypocondrie comme une extrême écoute du corps qui réagit en une attention constante, à la plus insignifiante perturbation, au moindre dérèglement de l'organisme, on peut alors voir en Montaigne un hypocondriaque. Cette hypocondrie dont la principale vertu est, selon Jacques Attali (2009), de conduire à « *évaluer les dangers de l'intérieur* », à la différence de la paranoïa qui fait constamment « *évaluer les dangers de l'extérieur* ».⁵¹

Malgré la présence dans l'attitude de Montaigne d'éléments pouvant justifier chez notre auteur une présomption d'hypocondrie, dans une première lecture de son comportement, il convient cependant de modérer cet avis sur l'attitude de notre auteur. En fait il pourrait aussi être logique de considérer que Montaigne fasse office de son propre « *analyste médicale* ». En a-t-il les capacités ? Cette interrogation, consent à la réponse affirmative, puisque l'on découvre à la lecture des *Essais*, qu'enfant il a baigné dans ce que nous serions tenté d'appeler un « *milieu médical* ». Le père de notre auteur l'ayant confié dès sa plus tendre enfance pour son éducation, à un tuteur allemand, médecin de son état.⁵²

⁴⁷ Idem P 273

⁴⁸ Idem P44

⁴⁹ François Laplantine, op.cit., 1986 P28

⁵⁰ Docteur Armaingaud, in « Montaigne était-il hypocondriaque ? » Paris Masson et Compagnie, Librairie de l'Académie de Médecine 1908

⁵¹ Jacques Attali in « Sept Leçons de vie, Survivre aux crises » 2009 P21.

⁵² Montaigne « Les Essais, Livre I Chap. 26 P352

Pour clore ce débat sur la controverse entre le touriste et le voyageur, retenons que tout individu par l'effet d'une ambivalence, pratique un aller-retour entre la figure du voyageur et celle du touriste, au gré de ses humeurs. Il a le choix de s'inscrire dans l'une ou l'autre des attitudes qui s'offrent à lui. A la vérité ces deux figures ne sont nullement antinomiques, mais plutôt complémentaires. D'ailleurs, Rachid Amirou (1995), souligne que : « *La véritable antithèse du touriste n'est pas le voyageur, mais le badaud. C'est-à-dire celui qui ose s'intéresser à un site, un objet, un évènement non signalés par le guide, et ne relevant pas du domaine du tourisme, en résumé, un individu qui déambule sans but laissant le hasard guider ses pas* »⁵³.

L'intérêt d'asseoir notre analyse concernant l'opposition entre le voyageur et le touriste sur le personnage de Montaigne dans « *Journal de Voyage* », trouve sa raison dans une double attitude de notre auteur. En effet, Montaigne réussit à nous faire passer par les figures multiples de sa personnalité, autant voyageuse que touriste, auxquelles il ajoute deux autres pleines d'intérêt, celle de « l'anthropologue de la médecine » et mieux encore « celle du patient ». Dans une réflexion autour du tourisme médical, ce détour a une valeur symbolique, que nous ne saurions passer sous silence.

Nous avons vu l'exaltation que fait Montaigne de son périple, mettant en avant l'une des principales qualités du déplacement, celle de rompre la quotidienne routine. Cet élément, nous conduit à aborder un autre sujet présent dans le domaine du tourisme sur son versant académique, celui de l'unanimité qui se fait autour de la valeur sociale du voyage. Mais parallèlement à ce consensus, il en existe un autre moins glorieux. Il s'agit de celui qui tente de faire porter au tourisme, la responsabilité de quelques formes de déstructuration des sociétés, en particulier des sociétés traditionnelles. C'est de cela qu'il s'agira dans le propos suivant.

- Débat sur la déstructuration des sociétés traditionnelles par le tourisme

Une chose sur laquelle semblent s'accorder la plupart des chercheurs en tourisme, c'est la tendance du tourisme à mettre à mal l'équilibre sociétal et économique de certaines communautés traditionnelles et exotiques. Pour Rachid Amirou (1995) : « *il est tacitement admis dans l'univers de la recherche que réfléchir sur le tourisme équivaut*

⁵³ Rachid Amirou « Imaginaire touristique et Sociabilités du Voyage » 1995 P268.

*automatiquement à dénoncer les méfaits du tourisme ... »*⁵⁴. Globalement, on peut voir dans le champ du tourisme, un espace de prédilection où s'exprime le concept du « choc des civilisations ». Le politologue américain, Samuel Huntington (1927-2008), inventeur de cette théorie, considère que l'affrontement entre les civilisations, auquel est aujourd'hui confronté le monde, se déroule de prime abord sur le terrain culturel. Cette bataille des cultures, se place en opposition aux conflits basés sur les intérêts économiques et les différences idéologiques, qui auparavant ont été à l'origine de nombreux conflits.⁵⁵C'est aujourd'hui par l'intermédiaire du tourisme que les sociétés se confrontent les unes aux autres, donnant ainsi tous son sens et sa pertinence à ce concept. Dans le prolongement de cette opinion qui comporte des failles, de nombreux spécialistes du tourisme font porter la responsabilité de certains problèmes de société à l'industrie touristique. Cette théorie apparaît de manière plus nette dans des sociétés à forte influence traditionaliste. Nombreux sont ceux qui font porter au tourisme de nombreux maux qui minent ces sociétés : acculturation, subversion et perversion, tolérance sexuelle, introduction de drogue, augmentation de la délinquance et de la prostitution, alcoolisme, complexe d'infériorité générant du mimétisme, conflits de générations.

Pour résumer, le tourisme de l'avis de nombreux observateurs, est le point de départ de l'effritement des particularismes culturels dans les sociétés aujourd'hui encore sous influence traditionnelle. D'ailleurs on soupçonne la société occidentale, par le biais du tourisme, de tendre à un nivellement des cultures, et de fondre les sociétés exotiques dans une sorte de « *macro-culture* ». Dans cet ensemble plus vaste, qui confronte les sociétés exotiques à un déracinement, le modèle occidental devient la référence. L'impact de cette perte de repères peut être important comme le souligne si justement Marshall McLuhan, sous la plume de Judith Fitzgerald (2004) : « *Des changements radicaux dans l'identité survenus soudainement et à très brefs intervalles de temps, se sont révélés plus fatals et destructeurs pour les valeurs humaines que les guerres livrées avec des armes lourdes* »⁵⁶. Le point de la liberté des mœurs, à laquelle est certes attaché le monde occidental, agit ainsi grandement sur la stabilité des sociétés qui y sont ainsi confrontés. Pour Bruno Lecoquière (2008) : « *Les paysages, l'environnement et même les mentalités ne sortent pas toujours indemnes de ces excès* »⁵⁷. Selon Rachid Amirou « *Le tourisme est devenu ainsi une culture c'est-à-dire, une*

⁵⁴ Rachid Amirou « Imaginaire touristique et Sociabilités du Voyage » 1995 P19

⁵⁵Eddy Fougier. « Parlons mondialisation en 30 questions »2012 P29

⁵⁶ Judith Fitzgerald « Marshall Mac Luhan un visionnaire » par 2004 P121

⁵⁷ Bruno Lecoquière « Parcourir la terre « le Voyage de l'exploration au tourisme » 2008 P202

série de comportement tendant à l'uniformisation ». ⁵⁸Le tourisme a des enjeux qui vont au-delà de la simple découverte d'autres cultures et des retombées économiques qui y sont reliées. Il remet en cause la survie même des cultures dont il fait paradoxalement aussi la promotion. Jean François Bayard (1996), parle de « *cocacolonization* » ⁵⁹, pour résumer cette uniformisation des cultures dont le tourisme porte aussi en grande partie la responsabilité. Les déséquilibres engendrés par le tourisme se situent au niveau sociétal, avec le sentiment d'une communauté qui vend son âme et part à la dérive, dans une totale impuissance. Mais plus uniquement, à ce niveau. Cela transparait également du point de vue économique. Le « *sacrifice des valeurs* » sonne au niveau financier de cette criarde injustice. Pour Jean-Michel Hoerner, s'appuyant sur les propos de Mimoun Hillali, le tourisme est une « *néo-colonisation* ». Il tente de circonscrire cette idée à travers le néologisme qu'est le « *colonisme* ». Ce mot, dans sa sémantique fait à la fois référence aux « colonies de vacances », pratique très prisée à une époque dans le tourisme, mais aussi aux colonies d'exploitation, notamment à celle de l'Algérie. Le tourisme tel qu'il est pratiqué aujourd'hui crée entre les pays émetteurs de touristes, et les pays récepteurs, des similitudes qui se rapprochent de la colonisation. La plupart des entreprises touristiques étant détenues par des multinationales basées en Occident, une exploitation économique des destinations s'effectue à partir de ces entreprises par le biais du rapatriement des capitaux investis. Cette exploitation se retrouve aussi sur le plan humain. Le rapport au visité, dans lequel resurgit le statut de « boy » contribue à nous convaincre de l'inégalité de la relation.

Malgré les performances de certains groupes opérant dans le secteur touristique sur ces destinations, peu d'habitants de ces pays, profitent réellement de la croissance économique dans ce secteur. La faiblesse des salaires, mis en parallèle avec les sommes que les touristes dépensent pour leurs vacances, sont un autre point important de ce déséquilibre. Autre point à relever dans cette veine, les pays qui investissent grandement dans le tourisme accroissent leur « extraversion » économique et leur dépendance vis-à-vis de l'extérieur. On peut donc faire le reproche justifié au tourisme, dans les pays en voie de développement, d'accroître les disparités entre les classes sociales, et de remettre en cause la survie de millions de personnes parmi les plus défavorisées.

Poursuivons aux niveaux économiques pour aborder le problème du foncier par rapport au tourisme qui se pose dans certains pays. De façon globale, il convient de reconnaître que l'on peut relier les problématiques immobilières et foncières au tourisme. Ainsi ce déséquilibre

⁵⁸ Rachid Amirou « Imaginaire touristique et Sociabilités du Voyage » 1995 P30

⁵⁹ Jean François Bayart in « L'illusion Identitaire » 1996 P24

sur les sociétés visitées prend dans l'univers occidental, la tournure d'une crise exacerbée de l'immobilier. C'est par exemple le cas de Paris : *« l'envolée depuis deux décennies des prix des logements dans la région parisienne et plus particulièrement à Paris intra-muros a compliqué la vie des habitants d'Ile-de-France. Elle est notamment liée à l'attrait touristique grandissant de la capitale aux yeux notamment des investisseurs étrangers. »*⁶⁰. La multiplication à Paris des résidences secondaires qui sont un objet lié à la pratique touristique, entraîne donc un renchérissement des loyers parisiens et contribue à chasser les classes moyennes du Paris Intra-muros.

Dans les pays en voie de développement, le tourisme pose des problématiques foncières. Le tourisme grand consommateur d'espaces, utilise pour son développement des terres, souvent prises aux populations locales, sans réel dédommagement. Ensuite le tourisme dans son exploitation a besoin de ressources naturelles, notamment d'eau pour son fonctionnement (piscine, douche, arrosage des greens et des jardins etc....) Là encore, l'autochtone est lésé au profit du touriste. Il faut savoir qu'un touriste dépense entre 7 à 10 fois plus d'eau qu'un paysan pour cultiver et nourrir sa famille.

Cependant dans ce réquisitoire contre le tourisme, il est important de signaler à la décharge de celui-ci, qu'il ne peut seul porter la responsabilité des déséquilibres observés au niveau de la société. Dans cette analyse, nous sommes amenés à isoler les influences qui sont de la responsabilité du tourisme *stricto sensu*, et celles qui proviennent d'autres phénomènes de société, dont le plus représentatif est celui des médias. A propos de l'apparition du vidéophone, Marshall Mac Luhan soutenait déjà à l'époque que *« si ce genre d'appareil devient populaire, le village planétaire sera transformé en un gigantesque théâtre où les frontières traditionnelles séparant le monde des affaires, celui du spectacle et celui de l'éducation vont se dissoudre les unes dans les autres. En retour, ce phénomène accélérera la perte des identités individuelles authentiques. »*⁶¹ Est-on passé sur la base de ce propos de Marshall Mac Luhan, de la prémonition à la réalité ? Aujourd'hui le monde de la télévision, avec notamment la télé-réalité, tend à nous convaincre de la pertinence de ces prévisions, et vient par la même occasion dédouaner le tourisme pour les soupçons d'acculturation des sociétés exotiques, que l'on fait peser sur son essor. Le monde des médias fait gagner au tourisme son procès en appel, à la réhabilitation, en permettant de lever en partie les charges de méfaits sur les sociétés traditionnelles et exotiques qui pèsent sur ce secteur.

En dépit de ces critiques légitimes sur le tourisme, celui-ci jouit d'une unanimité pour ses bienfaits sur l'individu pris dans sa singularité. Il existe ainsi autant dans l'univers

⁶⁰ Jean-Marie Colombani in « Paris Victime de son attrait » Journal direct Matin, 18 mars 2014 P6

⁶¹ Judith Fitzgerald in « Marshall Mac Luhan » un visionnaire par 2004 P 168

académique que chez les anonymes un consensus autour des vertus du voyage, matière première du tourisme. C'est de cela que traitera notre prochain propos.

- La valeur sociale du voyage

L'analyse du fait touristique selon la grille de référence que représente la pyramide de Maslow, montre que la pratique du voyage, vient satisfaire le besoin, d'une part d'accomplissement personnel et de l'autre celui d'estime de soi. En effet dans sa théorie élaborée dans les années 40, Abraham Maslow établit une hiérarchie des besoins de l'individu sous la représentation d'un schéma pyramidale. Ainsi pour ce théoricien du marketing, «*nous cherchons d'abord à satisfaire des besoins physiologiques, puis de sécurité, d'appartenance (amour, amitié, etc.), d'estime et, enfin d'accomplissement personnel*»⁶². A l'observation des éléments présents dans la pyramide de Maslow, il est à noter que ceux-ci peuvent être divisés en deux catégories. Lorsque les besoins de première catégorie, ceux de base, c'est-à-dire de nourriture, de vêtements, et d'habitation, qui sont essentiels à la vie de l'individu sont satisfaits, apparaît alors une deuxième catégorie de besoins : ceux de sécurité, d'appartenance, d'estime de soi et d'accomplissement personnel. Le tourisme parce qu'il n'est fondé sur aucune nécessité physiologique, appartient donc à cette catégorie.

Cependant, Rodolphe Christin (2011), se place en opposition à cette idée quand il soutient que : «*partir en congés apparaît comme la satisfaction d'un besoin naturel dicté par une sorte de physiologie sociale*»⁶³. C'est justement sur cet autre point que se fait l'unanimité sur le fait touristique, pour l'enthousiasme, et l'exaltation qu'il suscite. Le tourisme, c'est avant tout pour la majorité des occidentaux, un lieu d'épanouissement personnel. C'est une fenêtre qui permet d'échapper au sentiment d'enfermement et de lassitude auquel conduit le train-train quotidien. Temps de la parenthèse salvatrice, il permet ainsi de fuir la routine, et peut parfois prendre la forme d'une thérapie. Le deuxième objet qui fonde l'unanimité autour de la pratique touristique, c'est la découverte et l'enrichissement du point de vue humain que l'on en retire. Pour Didier Heiderich (2005), «*Le tourisme porte de façon naturelle l'empreinte de la distance, du franchissement des frontières géographiques, sociales et temporelles. Hors des espaces du quotidien, l'activité touristique apporte une part d'inconnu qui en fait*

⁶² A. Chapsal in « Tendances 2013, le tourisme résiste bien aux crises » in 24 heures Montréal Mercredi 16 janvier 2013

⁶³ Rodolphe Christin « Tourisme enfermé » in « Le tourisme émancipation ou contrôle social » 2011 P11

aussi l'intérêt »⁶⁴. Le tourisme par l'éloignement géographique crée de facto le besoin d'une adaptation du touriste à l'environnement culturel visité. Le temps de l'immersion dans une autre culture, favorise ainsi la connaissance de ses mœurs et de ses habitudes, ce qui participe à l'enrichissement humain. Il permet ainsi par l'expérience du vécu, d'évaluer ce que nous sommes tentés de qualifier « *d'unité intrinsèque de l'espèce humaine* ». Le voyage de cette façon devient le lieu d'une leçon sur la vie. C'est cette idée que développe Paulo Coelho dans son roman « *L'Alchimiste* » (2007). Ce qui est à retenir de cet ouvrage, c'est que le voyage par la distance qu'il crée est, dans sa reformulation philosophique, souvent l'occasion d'un profond dialogue intérieur, d'un « *tête à tête* » avec soi-même, devenu si rare par le fait du rouleau compresseur des activités journalières et des agendas serrés. Voyager et prendre de la distance permet ainsi de mettre « les choses à distance », ce qui crée des espaces de solitude propices à faire l'inventaire en silence de sa propre vie. Ce cheminement permet de s'appréhender soi, facilitant ainsi l'interaction avec les autres, de cultures différentes, qui peuplent les espaces visités. Nous reprendrons à ce sujet ce proverbe africain, cité par Jean-Michel Dewailly (2006) : « *si tu n'as pas étudié, voyage* »⁶⁵. Le voyage devient ainsi selon Marc Boyer, (2005), le moyen « *d'acquérir la connaissance de ce qui ne peut être connu autrement* »⁶⁶.

Enfin partir en vacances, c'est aussi consommer, donc produire des signes en direction de son cercle social. Effectuer un voyage c'est au préalable le préparer et réunir les conditions de sa réalisation, dont celle du temps, en termes de disponibilité. A cela s'ajoute une capacité financière. C'est sans doute cette dernière condition qui suscite indirectement l'envie et la convoitise du cercle social. L'importance sociale du voyage, s'incruste dans le récit autour de ce dernier. La narration des récits de voyages, est dans les sociabilités l'un des sujets de conversation favoris. Le voyage est avec la musique ce que nous serions tentés de qualifier « *de sujets lisses* », c'est-à-dire non clivant, à la différence de la politique, de la religion, ou même du sport, qui très vite déchaînent les passions. Le voyage permet d'accéder à un nouveau statut social, celui de ceux qui ont voyagé.

Bien que des efforts aient été faits dans le sens de la démocratisation du tourisme, ceux qui peuvent voir de nouveaux horizons restent encore des « privilégiés ». La consommation du tourisme, ou plutôt la capacité à acquérir le « statut de voyageur », provient de la possibilité de pouvoir réunir les deux conditions énoncées précédemment. A ces premières conditions, il

⁶⁴ Didier Heiderich « La perception du risque dans la société de la peur » in « Cahiers Espace N°85 mai 2005 P10

⁶⁵ Jean-Michel Dewailly « Tourisme et Géographie entre Pérégrinité et Chaos » 2006 P25

⁶⁶ Marc Boyer in « Histoire Générale du tourisme du XVI au XXIe siècle » P45 2005

faut en ajouter une dernière, celle de la capacité physique à pouvoir entreprendre un voyage. Cependant l'histoire nous montre que c'est justement la reconquête de ses capacités physiques, c'est-à-dire la quête de la santé, qui fut pendant longtemps la principale motivation du voyage. Cette tendance historique se perpétue encore aujourd'hui avec le tourisme médical. Ce qui nous laisse entrevoir l'existence d'un lien fort entre le tourisme et la santé. Nous verrons ainsi bientôt comment la relation entre le tourisme et la santé se décline d'un point de vue historique, au-delà de la première motivation qui est thérapeutique. Ensuite dans un deuxième temps, nous verrons comment se décline ce lien entre tourisme et santé dans l'actualité.

Chapitre II

- Les termes de l'association des concepts du tourisme et de la santé au niveau historique

Nous avons pu noter en revisitant l'histoire du tourisme, que les sujets de son origine et de ses définitions au niveau académique, s'inscrivent dans la logique des polémiques propres aux sciences nouvelles. Cependant en plaçant les concepts de santé et de tourisme dans une perspective historique, on s'aperçoit que ces derniers ne cessent de se croiser. Cette relation épouse, sous différentes coutures et avec des contours variés, les périodes successives de l'histoire. Ainsi de l'Antiquité, au Moyen Âge, en passant par la Renaissance, l'Époque Moderne, puis l'Époque contemporaine, ces périodes sont empreintes de cette relation. Il s'agira à travers ces séquences historiques, de revenir brièvement sur l'effectivité de ce lien dans ses aspects les plus pertinents et les plus explicites. L'évocation de certaines séquences historiques, nous permettra de soutenir notre première hypothèse, celle de la santé en tant qu'élément consubstantiel à l'itinéraire de l'objet touristique. Mais dans ce débat, se cache une autre polémique, venant donner une inflexion à notre réflexion, celle de la période historique qui marque la naissance du tourisme véritable. Ceci en prenant en compte la chronologie des faits, dans laquelle la naissance du tourisme est postérieure à certaines époques que nous allons ici évoquer, à savoir l'Antiquité et le Moyen Âge. Sur la première déclinaison de notre binôme, plus que du tourisme, c'est de relation entre le voyage et la santé qu'il s'agira de parler. Pour le versant historique de notre analyse, la pratique du voyage est antérieure à la pratique touristique. L'enjeu de cette observation, rapproché de notre sujet de réflexion principale, est simplement d'attester de la nouvelle étape que constitue le tourisme médical dans la relation entre le tourisme et la santé.

- Dans l'Antiquité

L'évocation de la période de l'Antiquité dans cette réflexion trouve sa pertinence dans l'idée du soin qui est au cœur du mouvement des hommes, ceci sous diverses formes. La relation entre le voyage et la santé dans l'Antiquité, c'est-à-dire de l'apparition de l'écriture jusqu'à la mort de Théodose Ier en 395 ou la chute de l'Empire romain d'Occident en 476, est surtout marquée par le culte de l'eau. Il est donc important de signaler que l'aspect religieux de l'usage de l'eau, est antérieur à l'utilisation de cet élément naturel pour les qualités

thérapeutiques, du fait des propriétés minéralogiques que lui confère son parcours souterrain.

La relation des hommes de l'Antiquité à l'eau est marquée par une particularité. Ils voient en l'eau bien sûr un élément indispensable à la vie. De ce fait, ils entretiennent un rapport sacré avec cet élément de la nature. Aux sources d'eau, ils apportent des offrandes et des pièces d'argent. L'évolution de cette relation va conduire à la construction de sanctuaires pour l'adoration de cet élément naturel considéré à cette époque comme une divinité.⁶⁷

Selon André Authier et Pierre Duvernois (1997), les sources d'eau ont représenté très tôt dans l'histoire, des lieux de thérapie pour les populations en quête de guérison. Ainsi ces sources thermales pour leurs qualités thérapeutiques, sont aussi à l'origine de ces déplacements. Le thermalisme fut de cette façon présent à toutes les étapes du développement, d'abord du voyage, puis du tourisme, de l'Antiquité à l'époque contemporaine. Nous reviendrons plus amplement sur le thermalisme, dans un prochain développement. Cependant, il est à retenir de l'eau en tant qu'objet de culte, que le surnaturel le dispute au mystique. Puisqu'à cette époque, selon l'idée la plus répandue, l'eau tire son pouvoir curatif des dieux et des oracles. Bien plus tard, et selon une approche de géographie de la santé, on rapprochera outre les propriétés minéralogiques de ces sources, le climat de ces lieux, pour expliquer les capacités curatives des séjours dans ces endroits. Les rites religieux en relation avec l'eau, sont d'ailleurs l'un des éléments qui va jouer en sa défaveur dans l'antagonisme qui va apparaître avec l'expansion du christianisme. Le christianisme vainqueur du paganisme, va emprunter au culte de l'eau ses méthodes, avec une particularité nouvelle : celle d'adjoindre un Saint, qui sera désormais le dépositaire de la puissance divine et par conséquent du pouvoir de guérison.⁶⁸ À ces changements majeurs dans les pratiques de soins, vont être associés la force de l'argumentaire à la force militaire, pour ramener les populations païennes aux positions chrétiennes. Par la suite et grâce à la mise en évidence d'éléments minéralogiques dans les sources thermales, le discours culturel relatif à l'eau sera moins probant. C'est à ce stade qu'il devient possible d'établir une différence entre ce qui relève du médical d'une part et du surnaturel d'autre part.

Des sources thermales, dont chacune était spécialisée dans le traitement de pathologies précises, vont être installées dans tout l'empire. La pratique thermale, par le biais des asclépiades, au II^e siècle après Jésus Christ, réunit à ce moment la pratique du culte et les traitements thérapeutiques, avec des salles d'hospitalisations, des lieux de bains et de sport. Ainsi dans l'Antiquité, les pèlerins se rendaient de façon massive vers la Grèce et la

⁶⁷ André Authier, Pierre Duvernois in « Patrimoine et traditions du thermalisme » 1997 P17

⁶⁸ André Authier, Pierre Duvernois « Patrimoine et traditions du thermalisme » 1997 P18-22

Méditerranée pour soumettre leurs corps aux bienfaits des sources thermales. Des endroits tels qu'Epidaure, Messène, Cos ou Pergame, sont alors consacrés à la pratique thermale.

De cette période date l'une des polémiques qui persiste encore aujourd'hui. Ce débat est relatif, à la qualité des eaux thermales, ainsi que la question de leur efficacité en matière thérapeutique. D'une part on avait les réflexions d'Oribase, en charge de la santé de l'empereur Julien, qui déjà à l'époque avait établi un classement sur la nature des eaux thermales : alcalines ou nitreuses, salines, alumineuses, sulfureuses, bitumineuses, vitrioliques, ferrugineuses. Ces qualités permettaient de déterminer leurs capacités thérapeutiques selon la nature des pathologies. En opposition à cette école, Hérodote, médecin au premier siècle, préférait distinguer les eaux chaudes et des eaux froides. Cependant il convient de retenir ici un fait marquant, c'est la transformation de la nature de ces lieux accueillant du public. Ces bains caractérisés à l'époque romaine par la pudeur ambiante, due à une rigueur consacrant la séparation des sexes, allaient progressivement abandonner la retenue et la décence qui y avaient cours, pour devenir des lieux de plaisir, de débauche et de luxure. Sous cet aspect chronologique, on peut percevoir dans les déplacements motivés par le culte de l'eau et de la pratique thermale, dans l'Antiquité, les prémices de la pratique touristique. Pour l'époque, ceux-ci étaient essentiellement tournés vers la volonté d'entretenir sa santé. L'ancrage dans les habitudes de cette période de la pratique des eaux, était tel qu'il était difficile de trouver d'autres formes de pratique thérapeutique.

L'eau en tant que sujet de réflexion est présent dans toutes les religions. Du Judaïsme, en passant par le christianisme, l'Islam, l'hindouisme, les références à cet élément interviennent en de nombreuses occasions, et son pouvoir de purification est une permanence. Elle est l'élément qui symbolise la pureté non plus seulement pour le corps mais aussi pour l'esprit.⁶⁹ Cependant comme évoqué plus haut, l'investissement du clergé dans la pratique thérapeutique, avec l'eau comme élément de base, va faire disparaître les références païennes en y accolant des saints chrétiens. C'est ainsi que ces lieux vont par la suite devenir des lieux de pèlerinage. Le pèlerinage va consacrer une nouvelle dimension du voyage dans l'Antiquité. Outre la volonté d'apprentissage des technologies d'architecture pour les Romains qui se déplacent vers l'Egypte et la Grèce, le pèlerinage apparaît ainsi comme une raison majeure des déplacements à cette période de l'histoire.

⁶⁹ André Authier, Pierre Duvernois « Patrimoine et traditions du thermalisme » 1997 P15

- Religion, Voyage et santé, au Moyen Âge par le biais du pèlerinage chrétien

De façon générale, le fait du pèlerinage est une pratique commune à toutes les religions, et plus encore aux religions monothéistes. Aujourd'hui certes, le plus célèbre parmi les pèlerinages issus des religions monothéistes, est celui de l'Islam. La foi musulmane, demande à ses fidèles d'effectuer au moins une fois dans leur vie le saint séjour de la Mecque. Cependant d'un point de vue chronologique, sur le trajet des lieux de pèlerinage, les monastères bouddhistes, sont à partir de l'an III de notre ère, les premiers à assurer l'accueil et l'hébergement des pèlerins et des malades. Les soins aux pèlerins fatigués et parfois malades, sont réalisés à partir de plantes médicinales.⁷⁰ Dans les nations de culture judéo-chrétienne, et sur le sujet de la relation entre le pèlerinage et la santé, deux points essentiels retiennent l'attention. En premier lieu le pèlerinage, par ses motivations, par ses bienfaits et les grâces que l'on retire de sa réalisation, touchent au domaine de la santé. En observant les motivations du pèlerinage, on remarque selon Claude Longre que celles-ci renvoient à la survie de famille, de la communauté. La santé physique et psychologique des enfants, force de travail, la reproduction du bétail, à la merci de la maladie, la fertilisation des récoltes, pour prévenir la famine, en sont les principaux tenants.⁷¹

Le pèlerinage est un temps de prière dont la première motivation est la quête de la guérison. Avec l'espérance que le miracle vienne de Dieu. Dans un deuxième temps, le pèlerinage a une dimension pénitentielle. Son parcours symbolise la persévérance sur le chemin de la foi et de la recherche du salut. Ses exigences physiques font ainsi coïncider les meurtrissures de l'âme et celles du corps. C'est dans l'Antiquité que cette relation entre le voyage et la santé s'adosse au pèlerinage en tant que quête de guérison. C'est aussi à cette époque que les sources thermales sont placées sous le pouvoir d'un saint. Cette association est originale puisque, selon la croyance, ce dernier agit en délégation du pouvoir divin. Les saints dans « *une version polythéiste* » de la chrétienté sont des intermédiaires entre Dieu et les hommes. Pour François Laplantine, l'analyse des pratiques thérapeutiques observées à partir de la tradition du pèlerinage est au carrefour du religieux et du sanitaire. C'est la raison pour laquelle, « *les pèlerinages et les voyages aux saints guérisseurs* », font partie des observances thérapeutiques les plus répandues de l'époque⁷². La dévotion au saint, est pour le croyant, l'occasion de la formulation d'une espérance.

⁷⁰ Daniel Carricaburu, Marie Ménoret « Institutions, professions et maladies » 2004 P13

⁷¹ Revue trimestrielle N° 157-Juin, Éditions L'Araire P15 2009

⁷² François Laplantine, op.cit., 1986 P346-347

Ensuite au Moyen Âge, c'est-à-dire à partir de la mort de Théodose en 395, ou bien encore de la chute de l'empire romain d'occident jusqu'à la chute de Constantinople, la relation entre la santé et le voyage s'exprime pour l'essentiel de deux manières.

L'économie du miracle amorcé depuis l'Antiquité va favoriser le développement de ce qu'il peut être convenu de qualifier « *d'industrie du pèlerinage* ». La tradition du pèlerinage, va à cette époque prendre un relief particulier. C'est à ce moment que la relation entre le voyage et la santé s'exprime au travers du lien étroit entre le pèlerinage, le christianisme et l'hôpital, lieu d'hébergement des pèlerins et des pauvres. L'hôpital à ses débuts est d'abord un lieu de philanthropie, pour apporter aide et assistance aux nécessiteux. Et sa fonction première n'est pas encore thérapeutique, cependant son statut de lieu de bienfaisance est établie dans le monde occidental. A cette époque déjà, la fréquentation des lieux de pèlerinage est une affaire de classes sociales. Les personnes qui s'y rendent sont le plus souvent issues des campagnes. Les classes supérieures n'en n'ont pas réellement fait une habitude, puisqu'elles ont les moyens de recourir à un médecin en cas de besoin.

Les premiers siècles du christianisme ont vu l'apparition de trois destinations sacrées, soit Jérusalem, Rome et Saint Jacques de Compostelle. Le parcours pour ces lieux de dévotion était la clef pour l'expiation des fautes du pèlerin qui s'y engageait, et le moyen d'avoir des bénédictions. Cependant, la reconquête de la ville Sainte de Jérusalem en 1099, conduit à la croissance des pèlerins venus visiter les lieux qui ont abrité la vie terrestre du Christ. On peut considérer qu'au Moyen Âge, l'économie du pèlerinage pousse à la mise en place d'hôpitaux. Ils assurent l'accueil et l'hébergement des pèlerins issus pour la plupart de l'Europe chrétienne. Ces pèlerins se rendent aux lieux de prière que sont Jérusalem, Rome et saint Jacques de Compostelle.⁷³ Ces événements établissent entre nos hôtels modernes et l'hôpital de cette période un lien d'ascendance. Cependant, le débat sur l'origine de « L'Hôpital », ne cesse d'animer les réflexions des historiens. C'est dans ce cadre que G. Bouillat et M. Boucher (1987) émettent le constat selon lequel « *la plupart des textes font seulement état des pauvres et des malades comme « clients » des hôpitaux sans préciser davantage* ».⁷⁴

Ce sujet peut être traité de différentes façons, notamment pour le terme utilisé, son origine, et les étapes subies dans le fonctionnement de cette institution pour devenir aujourd'hui un lieu dédié aux soins des malades. Pour commencer, il est utile de donner quelques précisions au niveau des termes utilisés, car la pluralité *des* vocables conduisent à

⁷³ Alain Demurger « Les Hospitaliers de Jérusalem à Rhodes » P121 2013

⁷⁴ G.Bouillat et Maurice Boucher in « les hôpitaux au Moyen Âge » in Alain Boucher in « La médecine à Lyon : Des origines à nos jours » 1987 P20

dégager quelques nuances bien que dans leurs activités, ces établissements restent très peu différents les uns des autres. Les mots *xenodium*, *Nosokomeion*, *Hospicium/Hospitale*, *Dei* (maison-Dieu, Hôtel-Dieu « *Dei*) ont la commune particularité de désigner une réalité qui est celle de l'accueil des pèlerins, des voyageurs et des malades. Le terme le plus approprié pour faire référence à ces lieux de fortune est celui de « maison-dieu » (*Domus Dei*) ou « hôtel-Dieu ». En France on utilise aussi les termes de « maladière » et de « mézels », pour désigner ces endroits dont la fonction principale est l'accueil des pèlerins et des pauvres.⁷⁵ Le mot hôpital, qui désigne aujourd'hui un endroit fait pour soigner et guérir, accueillait indistinctement toutes les personnes dans le besoin d'une façon ou d'une autre. Le terme générique pour désigner alors les personnes ayant recours à l'Hôpital est celui de pauvres. G. Bouillat et M. Boucher (1987) soulignent que : « *bien souvent, le nombre de lits était seulement de douze, en souvenir des douze apôtres. Parfois on ajoutait un treizième lit, en l'honneur du Christ* »⁷⁶. Pour Annie Crouzet (2011), « *au Moyen Âge, on nommait « hôpital » des maisons n'offrant que deux ou trois lits* ».⁷⁷

Ensuite, il y a le niveau de la qualité des personnes reçues. Selon A. Demurger, « pauvre » de (*pauper*), au XII^e siècle et encore après, signifie faible et s'oppose moins à riche qu'à puissant⁷⁸. Pauvre à ce moment désigne, les indigents, les infirmes, qui sont de façon classique pris en charge dans ces lieux, mais aussi toute personne pénétrant dans l'hôpital, y compris ceux qui par leurs généreux dons permettent ainsi à celui-ci de pouvoir fonctionner.

Sur le sujet de son origine, l'hôpital trouve sa genèse dans la ville Sainte de Jérusalem, où fût fondée en 1060, un lieu pour accueillir et héberger les pèlerins en terre sainte. Ainsi, parce qu'il est le premier du genre, dont la création va inspirer celle d'autres lieux de même nature sur les routes de pèlerinage, c'est à la lumière de la création de l'Hôpital des pauvres de Saint Jean de Jérusalem, que nous allons analyser cet autre démembrement de la relation entre la santé et le voyage qui passe ici par le pèlerinage.

Deux origines cohabitent pour la création de l'hôpital. L'une qui tire sa source des saintes écritures. Selon cette version, l'hôpital est à l'origine, le lieu où se réunissaient les disciples du Christ, durant la période séparant la crucifixion de la résurrection.⁷⁹ Ce premier récit autour

⁷⁵ Claude Longre Éditorial in « Revue trimestrielle N° 157-Juin, de L'Araire » P15 2009

⁷⁶ G. Bouillat et Maurice Boucher in « les hôpitaux au Moyen Âge » in Alain Bouchet in « La médecine à Lyon : Des origines à nos jours » 1987 P20

⁷⁷ Annie Crouzet in « Hôpitaux de Lyon 15 siècle de médecine » 2011 P2

⁷⁸ Alain Demurger in « Les Hospitaliers de Jérusalem à Rhodes » P151 2013

⁷⁹ Alain Demurger « Les Hospitaliers de Jérusalem à Rhodes ». P40 2013

de l'hôpital fait de ce lieu, le théâtre de la célèbre scène biblique sur l'incrédulité de Thomas. « Thomas, mets ton doigt ici ». Thomas toucha le seigneur dans l'hôpital et reconnut le Maître. Elle auréole la création de l'hôpital d'un mystère biblique. Cependant il importe de garder à l'esprit que l'origine biblique de l'hôpital est motivé par un objectif politique. L'hôpital va donner naissance à un ordre militaire et religieux, celui des hospitaliers, qui va trouver en l'ordre des templiers un ordre à la fois complémentaire et rival. En effet les origines de l'ordre des templiers sont assises sur la construction du Temple de Salomon, dont on sait la valeur symbolique dans l'iconographie judéo-chrétienne. Dans cet antagonisme, placer l'origine de l'hôpital dans une perspective biblique est sensé en rehausser le mythe, ce qui contribue à son financement.

Enfin la troisième origine de l'Hôpital basée sur des faits historiques remet en cause la version sur l'origine biblique et mythique de l'hôpital. Dans cette version, l'hôpital naît de l'action de Mauro Di Pantaleone, marchand amalfitain très actif à l'époque dans la région. C'est ainsi qu'un « *hôpital avait été fondé par des marchands amalfitains à Jérusalem au milieu du XI siècle pour accueillir et héberger des pèlerins* »⁸⁰. Ce premier bâtiment sera réalisé à proximité du Saint Sépulcre. Par la suite, les communautés religieuses vont implanter à travers l'Europe chrétienne un réseau d'hôpitaux et d'hospices. « *Les pèlerins pouvaient se faire héberger et éventuellement soigner, chaque monastère ayant un moine spécialisé dans l'utilisation des plantes médicinales* »⁸¹. Ces lieux seront situés de façon générale en dehors des villes et à proximité des ponts, pour accueillir les voyageurs et les pèlerins même pendant la nuit, lorsque les portes des villes sont fermées.⁸² Sur les conditions d'hébergement, il importe de noter à cette époque que « *les conditions d'hygiène sont effroyables, les malades sont entassés à plusieurs par lit, toutes maladies confondues* ».⁸³ C'est sur l'organisation de l'hôpital de Saint-Jean de Jérusalem que sera calqué le fonctionnement des autres établissements rattachés à cette institution et disséminés dans les pays chrétiens.

Dans un deuxième temps, au niveau du personnel, le placement des médecins et des chirurgiens en tant que soignants se fait, en 1182, sous la décision du Pape Innocent II. Ce Souverain Pontife, jugeant de l'utilité du travail accompli par les frères envers les déshérités,

⁸⁰ Idem P18

⁸¹ Daniel Carricaburu et Marie Ménoret « Sociologie de la santé, Institutions, professions et maladies » 2004 P14

⁸² Jeanine Gilardone in « Revue trimestrielle N° 157-Juin, de L'Araire » P53 2009

⁸³ Daniel Carricaburu, Marie Ménoret, op.cit., 2004 P14

décide de signer les statuts de Roger des Moulins pour l'incorporation de personnel soignant dans l'ordre.⁸⁴

Ce détour par les origines de l'hôpital dans la première partie de notre réflexion, concernant la mise en perspective des concepts de tourisme et de la santé, vient enrichir la relation entre ces deux domaines. On note, en parcourant cette histoire qui s'étend sur plusieurs siècles, qu'il n'y existe pas encore de dissociation entre les fonctions d'accueil et d'hébergement, et les fonctions d'assistance aux malades. « L'Hôpital » peut donc être considéré à partir de l'économie du pèlerinage et à juste titre, comme la forme originelle de nos hôtels modernes. C'est la création de l'Hôpital général par Louis XIV au XVII^e siècle qui consacre la séparation entre les soins apportés aux malades et le gîte et le couvert fournis aux indigents.⁸⁵ Cependant l'Hôpital général va, en premier lieu, avoir une fonction de maintien de l'ordre. A ses débuts, il est un lieu d'enfermement. C'est l'apparition de la médecine clinique, qui marquera la clarification des compétences. Pour Michel Foucault, (1963), l'hôpital poursuit son rôle d'assistance aux pauvres d'un côté quand la clinique, qui se développe au chevet des malades, sert désormais à la formation des médecins.⁸⁶

Pour clore ce propos sur l'hôpital dans ses fonction originelles, il convient de dire qu'aujourd'hui encore, de nombreux hôpitaux parmi lesquels les HCL (Hospices Civiles de Lyon), reçoivent plus de 200.000 personnes sollicitant un lieu pour dormir.⁸⁷ On peut y voir, une tentative dans le contexte de crise de ces dernières années, de ramener l'hôpital à ses fonctions originelles, c'est-à-dire accueillir les laissés pour compte. Dans ce contexte, il est possible d'entendre les arguments des opposants à la transformation de l'Hôtel-Dieu de Lyon en hôtel de luxe, au détriment des plus démunis.

⁸⁴ Alain Demurger, *op.cit.*, P111 2013

⁸⁵ Idem, 2004 P15-16

⁸⁶ Michel Foucault, *op.cit.*, 1963 P83- P84

⁸⁷ Annie Crouzet, *op.cit.*, 2011 P12 ; P48

- Tourisme et santé de la Renaissance à l'Époque Moderne

La renaissance est dans l'histoire du tourisme une période active, puisqu'elle est l'époque du « Grand tour ». Il s'agit de ce périple à but pédagogique, entrepris par les jeunes de la bourgeoisie anglaise, allant découvrir les curiosités de la France, de l'Italie, et de l'Europe.⁸⁸ Il faut cependant noter durant cette période, que la pratique du bain se raréfie et disparaît progressivement des habitudes. L'eau à cette époque est perçue dans l'imaginaire collectif comme un danger. Son utilisation à des fins de propreté corporelle est fortement déconseillée. En nettoyant la peau, l'eau la rendrait sensible, l'exposant ainsi aux maladies. Maxime Schwartz et François Rodhain (2008), nous rappellent d'ailleurs que « *Louis XIII, a pris son premier bain à l'âge de 7 ans ! Et l'on peut penser que la pratique du bain devait être encore moins fréquente chez les enfants du peuple* ». ⁸⁹ La renaissance est donc une période relativement calme pour ce qui est du lien entre le tourisme et la santé.

Cependant l'époque moderne, c'est-à-dire la période située entre 1792 et 1920, époque qui a vu naître le tourisme moderne avec l'héliotropisme, fut plus dynamique dans le trait d'union entre le tourisme et la santé. Ainsi au XIX^e siècle, la « *French Riviera* » devient un lieu privilégié pour les touristes Anglais dans l'Hexagone. Pour l'anecdote, Lord Brougham, chancelier d'Angleterre, alors qu'il est en provenance de la ville de Marseille frappée d'une épidémie de choléra, est empêché d'entrée en Italie. Contraint à la halte, il est cependant ébloui par la beauté du paysage à proximité de la ville de Nice. Il décide alors d'y faire construire une demeure.⁹⁰ Il convient d'ajouter que les sites aux alentours des villes de Cannes et de Nice, à cette époque, sont prisés non pas pour la pratique des bains de mer, mais pour la douceur de leur climat.⁹¹

Cette ère voit aussi le déroulement du fait majeur que constitue l'organisation du premier voyage à forfait. Ainsi Thomas Cook, prédicateur Anglais dans le Derbyshire, apparaît comme le créateur du premier voyage à forfait dans le Tourisme. Il amena en train à Loughbrorrough, en 1841, quelques ouvriers de Leicester pour qu'ils puissent assister à un meeting de lutte contre l'alcoolisme.⁹² Cette action de Thomas Cook était d'abord utile dans la lutte contre

⁸⁸ Marc Boyer, *op.cit.*, 2005 P41

⁸⁹ Maxime Schwartz et François Rodhain in « Des microbes et des hommes qui va l'emporter » P74 2008

⁹⁰ Jean-Michel Dewailly « Tourisme et Géographie entre Pérégrinité et Chaos » 2006 P183

⁹¹ Beatrice Doggor di Nuzzo, *op.cit.* 2009 P125.

⁹² Rachid Amirou in « Imaginaire Touristique et sociabilité du Voyage » 1995 P99

l'écroulement de la société anglaise, consécutif à l'ampleur de l'alcoolisme dans la population. Cette empreinte du fait thérapeutique aux origines du voyage à forfait, peut-être considérée comme l'acte de naissance du tourisme moderne. Par la suite, l'organisation des voyages va s'ouvrir au capitalisme qui va lui donner un réel essor pour en faire un véritable secteur économique.

Revenons en France, pour parler d'une tendance initiée vers la fin du dix-neuvième siècle, celle des objectifs sociétaux, donc politiques, que le tourisme porte à son insu. Les décisions prises et les actions menées, ont des répercussions sur le monde du voyage. C'est une interprétation que l'on peut avoir de l'action du Touring Club, association créée à l'origine pour le développement du cyclisme. Après 1936, et dans la suite de la mise en place des congés pays, le tourisme va se développer. Le discours en faveur du tourisme est nourri des idées principales que représentent la famille, le travail, la santé, la culture. A ce sujet revoyons les propos de Just Championnière, chirurgien de son état et président d'honneur du Touring club de France : « *Faisons du tourisme, Messieurs ! Tout en y puisant la santé, tout en y prenant un plaisir ineffable, nous encouragerons les jeunes par notre exemple. Nous les préparerons pour le pays aussi forts et résistants par l'éducation physique qu'ils seront chauds par le cœur et vaillants par le patriotisme* »⁹³. De ce propos retenons que la rhétorique pro-touristique, de la fin du 19^e siècle jusqu' au milieu du 20^e siècle, période pendant laquelle sont mis en place les congés payés, la santé et le bien-être social étaient les enjeux de la démocratisation des vacances.⁹⁴ Les conséquences de cette ouverture du tourisme au plus grand nombre, vont rejaillir sur le fait thermal. Celui-ci, consubstantiel au tourisme depuis l'antiquité, va subir des transformations dans son mode de fonctionnement. L'importance du fait thermal mérite que nous y consacrons une analyse, certes brève, mais qui permet de couvrir le sujet dans ses faits essentiels, indépendamment des allusions qui y ont déjà été faites.

⁹³ Bertrand Réau « Les Français et les vacances » 2011 P46

⁹⁴ Idem P148-149.

- Tourisme et santé au fil du thermalisme

De la relation entre le tourisme et la santé, celle qui associe le voyage et le thermalisme est connue pour être la plus ancienne et la plus assidue. L'importance du thermalisme dans la relation protéiforme entre le tourisme et la santé est avérée. Si nous avons décidé de traiter le sujet du thermalisme en marge du cheminement historique, tel qu'abordé plus haut, c'est que l'importance du sujet requiert une analyse spécifique. En effet, ce mode de thérapie prend de l'ampleur entre le XVIII^e siècle et la fin du XIX^e siècle. L'enjeu de cette dissociation consiste à savoir comment la fréquentation des sources thermales, motivée à l'origine par des besoins curatifs, a évolué pour devenir un fait de tourisme. Tentons ainsi d'observer comment s'est opérée la translation du thermalisme « *de soins* » au thermalisme « *touristique* ».

La France a une vieille tradition du thermalisme. L'une des premières tentatives de structurer de manière significative le secteur émane d'Henri IV en 1605, lorsqu'il créa la surintendance générale des bains et des fontaines. Le rôle de cette structure était de faire l'inventaire des sources thermales du royaume et d'identifier leurs propriétés, de même que les pathologies à traiter par ce moyen curatif. Cet acte royal fut le premier pas dans la réhabilitation du thermalisme aux yeux du corps médical de l'époque.⁹⁵

Commençons notre analyse en donnant quelques éléments de définition du thermalisme. Ce mode curatif vise à traiter certaines pathologies à partir de sources d'eau. L'efficacité des sources dans le traitement de certaines affections vient de leurs caractéristiques minéralogiques. Dans sa course souterraine, l'eau thermale capte des minéraux, dont les effets sont bénéfiques pour régler certains dysfonctionnements de l'organisme. Le thermalisme dans son usage s'applique sous différentes formes : en boissons, en bains, cataplasmes et massages. Ce mode curatif de nos jours appelle aussi la pratique du sport, de même qu'une rigueur dans le régime alimentaire. Cependant, en opposition à la vaste palette de pathologies auxquelles s'appliquait le thermalisme à l'époque, aujourd'hui son utilisation s'oriente vers des maladies ciblées : rhumatismes, dysfonctionnements de l'appareil respiratoire, de même que certaines affections cutanées.⁹⁶

⁹⁵ Dr Jean-Claude Dubois « Histoire de l'hydrothérapie et du thermalisme » in Revue santé mentale N°60 septembre 2001 P4

⁹⁶ Georges Weisz in « Le Thermalisme en France au XX^e siècle » in Magazine sciences et Monde n°1, vol 18 janvier 2002 P106

L'hétérogénéité du fait hydrothermal, c'est-à-dire les usages thérapeutiques se servant de l'eau comme base curative, sont souvent l'occasion d'un quiproquo. On a ainsi tendance à confondre thermalisme, thalassothérapie et balnéothérapie. En dépit de leurs similitudes, il importe cependant de dégager quelques nuances. Ainsi, la thalassothérapie tire son origine du mot grec « Thalassa » qui dans l'étymologie renvoie à la mer. C'est pour cette raison que les traitements en « *Thalasso* » se font essentiellement en bord de mer. Cette pratique naît de la concurrence entre les villes anglaises de Brighton située en bord de mer, et Bath reconnu pour la qualité de ses sources thermales. Dans les années 1750, l'idée de base est que : « *la plongée dans l'eau de mer vaut la baignoire d'eau minérale* »⁹⁷. La verticalité des prestations dans les établissements de thalassothérapie, capable d'associer soins et hébergement, atteste de leur pertinence dans une réflexion sur le tourisme et la santé.⁹⁸ Toujours dans le sillage du thermalisme et dans le contexte du discours hygiéniste, apparaît la balnéothérapie.⁹⁹ Cette pratique comprend la somme des remèdes et des traitements curatifs appliqués à partir de bains, de même que les activités périphériques en relation avec le traitement du corps.

Nous avons pu observer précédemment grâce à Montaigne, que le thermalisme tient une place importante dans l'histoire des mobilités et dans la littérature du voyage. Cependant son originalité tient aussi de son cheminement. Tantôt perçu comme fait thérapeutique tantôt comme fait touristique, ce qui indirectement nous renvoie à la polémique sur la naissance du tourisme. Mais tel, n'est pas le sujet. C'est donc à l'aune de cette dualité que nous débattons ici de ce thème. Certes, au Moyen Âge, la fréquentation des villes d'eau s'appuie en premier lieu sur des motivations thérapeutiques. Et c'est en tant que fait thérapeutique que le thermalisme se révèle à ces premières heures. Son environnement à ses débuts en atteste. Puis, par la suite, l'ambiance dans ces lieux va évoluer vers une atmosphère aux antipodes de la quiétude qui sied habituellement aux lieux de soins. Ainsi pour Georges Vigarello (1978) : « *Au-delà de préoccupations thermales souvent réelles, étuves et bains du Moyen Âge mêlent leur pratiques à celle des tavernes, des bordels, des tripots. Agitations et turbulences voisines. Ces lieux envahis de vapeurs, où chambres et lits prolongent la moiteur tiède des cuves, demeurent des lieux de jouissances confuses. L'érotique du bain l'emporte largement sur le lavage. L'eau, comme milieu d'ébranlements physiques, attire le baigneur plus que*

⁹⁷ Marc Boyer *opt*, cit 2005 P57-58

⁹⁸ Tourisme et territoire, volume 4 (2015) www.tourter.com consulté le 28/04/2015 P144

⁹⁹ Georges Vigarello in « L'Hygiène du corps depuis le Moyen Age » 1978 P205

l'acte de nettoyage. Le jeu enfin, voire la volupté, sont concernés beaucoup plus que l'état de la peau »¹⁰⁰

Le deuxième argument, qui motive la perception du thermalisme en tant que fait touristique, se situe entre le XVIII^e siècle et au XIX^e siècle. Durant cette période, la fréquentation des lieux de cure est motivée par l'environnement urbain, dans le contexte de la révolution industrielle. En effet, selon Virginie Chasles, (2011), le surpeuplement des villes, la pollution des usines, constituent un environnement impropre à une vie saine dans l'univers urbain. Partir aux eaux, apparaît pour les classes supérieures comme la bouffée d'air salvatrice. Cette habitude devient l'occasion de retrouvailles de gens de bonne compagnie, et le prétexte de déploiement de nouvelles formes de sociabilité. L'été, « *saison thermale* » par excellence, est le temps des bals, des jeux et des distractions, qui apparaissent pour l'heure comme le signe distinctif d'une classe sociale, celle de la bourgeoisie. C'est ainsi que dans les stations de « *Vichy, Evian, Vittel, Châtelguyon, Aix-les-Bains, la Bourboule, Brides-les-bains, Le Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Dax, dans ces stations, la part de vrais curistes y était inférieure à 50%.* »¹⁰¹

Viendra par la suite la rhétorique autour des bienfaits du thermalisme sur la santé, pour justifier la tendance de l'aristocratie à fréquenter les villes d'eau. Cet argumentaire vise aussi à donner du crédit et à rafraîchir l'image ternie d'un mode de soin devenu un temps d'agrément, dans des lieux perçus dans l'opinion, comme des endroits de villégiature. Ainsi la motivation thérapeutique se présente dans ce sens, comme la principale raison, dans l'essor des premières stations touristiques. La renommée de ces villes nouvelles sera assurée par les têtes couronnées d'Europe. Leurs séjours fréquents, vont participer à la consolidation dans l'imaginaire de l'utilité des séjours en ces lieux, de même que l'image du luxe et de prestige dont ceux-ci seront auréolés. Ainsi le thermalisme, considéré comme un fait thérapeutique pendant de longs siècles, va difficilement par la suite, pouvoir se départir de l'image d'un « *fait d'hédonisme* », réservé aux personnes issues de la bourgeoisie.

La période qui succède à la première guerre mondiale contribue à l'ancrage de cette représentation du thermalisme dans l'imaginaire collectif. En effet, dans le contexte de bellicisme avec l'Allemagne, le thermalisme devient un terrain pour le prolongement des antagonismes franco-germaniques. La pratique thermale, apparaît dans ce cadre, comme une nouvelle opportunité économique et les chiffres montrent qu'en la matière, l'Allemagne fait mieux que la France : les stations allemandes rapportent 400 millions de francs par an,

¹⁰⁰ Georges Vigarello op.cit., 1978 P242

¹⁰¹ André Authier, Pierre Duvernois in « Patrimoine et traditions du thermalisme » 1997 P54.

quand celles de l'hexagone sont à 120 millions.¹⁰² En tant qu'opportunité économique, pour sa contribution au développement de certaines villes et pour l'emploi dont il est pourvoyeur, la pratique thermale va bénéficier du soutien de l'Etat français. Sera ainsi développé l'argumentaire sur les bienfaits du thermalisme par l'académie de médecine. On ajoute à cela la formation des médecins à cette discipline, en vue de lui donner une assise scientifique plus solide. Ce fait ne va cependant pas tempérer les critiques à l'endroit du thermalisme. Notamment sur le sujet de l'intérêt curatif de ce mode de soins, qui peine à faire l'unanimité dans les milieux scientifiques. D'ailleurs ses adversaires y voient des vacances subventionnées par l'assurance-maladie, et une occasion pour l'Etat de développer le tourisme, dont on connaît les effets bénéfiques sur les économies en termes d'emplois pour les régions abritant des stations d'eau. Le remboursement par l'Assurance Maladie des cures thermales entre dans ce cadre.¹⁰³ La question qui naît naturellement de l'analyse de ces éléments est celle relative à la prise en compte de l'objet thermal en tant qu'acte de soin réel. Le premier élément de réponse à cette interrogation se trouve dans les travaux scientifiques effectués depuis le XIX^e siècle sur le sujet thermal. Les conclusions de ces études apportent des preuves de l'efficacité des pratiques thermales dans le traitement de certaines affections. Ce qui nous conduit au deuxième point de ce plaidoyer en faveur du thermalisme. Celui de la prise en charge des soins thermaux dans les années 1940 par la nouvelle Sécurité sociale. Le côté populaire de cette approche médicale, justifie son inscription dès les débuts de la sécurité sociale, sur la liste des prestations devant faire l'objet d'une prise en charge. Cependant aujourd'hui à la polémique autour de son efficacité, qui a toujours accompagné le thermalisme, s'ajoute maintenant, le débat sur les économies à réaliser, dans un contexte de déficit de l'assurance maladie. On assiste ainsi depuis quelques années à un train de mesures, pour sauver l'assurance maladie, qui contient le déremboursement des cures thermales. Ainsi la CNAMTS¹⁰⁴ est désormais plus regardante sur les pathologies à prendre en charge. Celles-ci se limitent dorénavant aux affections respiratoires, aux maladies de l'épiderme, aux brûlures, et aux affections rhumatismales. En outre, désormais est appliquée la règle de l'entente préalable, c'est-à-dire, que toute cure thermique doit être ordonnée par un médecin, qui juge de l'opportunité des séances de soins. Ensuite la cure prescrite doit être validée par la Caisse primaire d'Assurance maladie avant le séjour. En dépit de ces restrictions sur la prise en charge des cures thermales mises en place par la sécurité sociale, en 2001, 96% des

¹⁰² Georges Weisz, op.cit., 2002, P106

¹⁰³ Professeur Claude Béraud in entretien avec Hervé Réquillart : « faut-il dérembourser les cures thermales ? Impact Médecin Hebdo N° 457- 18 juin 1999

¹⁰⁴ La caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés, aussi abrégée selon le sigle CNAM.

séjours en cure thermale ont été remboursés.¹⁰⁵ Il est à noter selon l'avis des spécialistes et des malades, que les séjours en cure thermales, comportent des bienfaits contre le stress, et la fatigue, qui dans certains cas, sont des signes avant-coureurs de pathologies plus sévères. De cette façon, la cure thermale, parce qu'elle représente un temps de repos et de détente, agit comme un moyen de prévention. Selon le Professeur Patrice Queneau (1999), certaines études ont montré les effets positifs des séjours en cure, pour les personnes souffrant de maladies chroniques. En bout de chaîne, ces personnes consomment moins de médicaments, permettant *in fine* à l'assurance maladie de faire des économies.¹⁰⁶ Tout ceci renforce le caractère thérapeutique des cures thermales et vient battre en brèche les arguments de ses détracteurs.

Tout au long de l'histoire, la pratique thermale a difficilement réussi à faire le consensus autour de son efficacité thérapeutique. La perception équivoque dont souffrent les cures dans de nombreux esprits, prend sa source dans la représentation globale dont fut l'objet le fait thermal, entre les XIX^e et XX^e siècles : Les villes d'eaux étant essentiellement fréquentées par la bourgeoisie qui y trouve l'occasion de réaffirmer des comportements de classes sociales. L'existence de cette image d'Epinal qui prévaut autour du fait thermal, ne doit pas faire oublier les bienfaits des cures pour la santé des curistes. Ainsi devant les réformes successives qui ont drastiquement réduit la part de la prise en charge de la sécurité sociale, les responsables politiques des villes thermales ont décidé, sur la base d'étude dont ils sont eux-mêmes les instigateurs, de faire la preuve de l'efficacité de la pratique thermale.¹⁰⁷

Nous avons pu observer que le développement du thermalisme entre le XIX^e et les XX^e siècles s'est opéré dans un contexte marqué par l'essor du discours hygiéniste. La rhétorique autour de l'hygiène qui, dans les stations thermales s'attache à la propreté et à la pureté des corps, se penche aussi dans les grandes agglomérations sur les habitations. Ainsi fut produite la loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres. Cette loi met en place des règles autour du logement, que celui-ci soit occupé par le propriétaire ou par un locataire. La nouvelle réglementation va donc s'appliquer également à tous les lieux d'hébergement, y compris aux hôtels. Ce qui, pour le tourisme peut être considéré comme le point de départ d'un nouvel essor.

¹⁰⁵Paul Benkimoun in « Un rapport sans complaisance de l'IGAS invite à rénover le thermalisme » in Le Monde 17/01/2001

¹⁰⁶Pr Patrice Queneau in entretien avec Hervé Réquillart : « faut-il dérembourser les cures thermales ? Impact Médecin Hebdo N° 457- 18 juin 1999

¹⁰⁷« Mieux comprendre l'intérêt des cures thermales » www.mon-partenaire-santé.com consulté le 01/04/2015

- L'époque contemporaine et l'entrée des premières mesures d'hygiène en hôtellerie

Comment l'hygiène pénètre dans les lieux d'hébergement et participe conséquemment au développement du tourisme ?

Selon un constat de Jean-Marc Lesur (2005), l'hôtellerie moderne en dépit de sa place grandissante dans l'économie est un sujet dont la reconstitution de l'histoire se heurte à un écueil majeur, à savoir la rareté des documents¹⁰⁸. L'histoire de l'hygiène se déroule en deux étapes. D'abord à l'époque de la révolution. Ensuite sur une période s'étendant de la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle. De nombreux auteurs mentionnent l'impact du développement des transports et de la technologie dans l'essor du tourisme. Cependant il importe dans cette partie de notre réflexion, sur la relation au niveau historique entre les concepts de santé et de tourisme, de mettre en exergue le rôle d'accélérateur sur le développement et la modernisation dans le tourisme, qu'a pu jouer le discours hygiéniste. Une fois de plus, en matière de voyage et de tourisme, c'est la littérature qui donne les premières informations. Il convient cependant de dire, en précisant l'itinéraire de l'hygiénisme dans l'univers de l'hôtellerie, que celui-ci s'inscrit dans la politique globale de l'habitat et de l'urbanisme. Ainsi, au-delà de l'aspect purement touristique, c'est indirectement « *suivre la vie des normes officielles en matière de logement, leur production et leur application par les autorités* »¹⁰⁹ Il s'agit ici de montrer, comment s'additionnent les obligations en matières d'hygiène dans les maisons privées, les lieux d'hébergement et les hôtels. Ceci en gardant à l'esprit la concomitance de la montée du discours hygiéniste, et la généralisation du progrès technologique. En France l'hygiène pénètre pour la première fois l'univers de l'hôtellerie à l'époque de la Révolution française, avec les premières dispositions relatives à l'organisation de l'hôtellerie dont certaines subsistent encore aujourd'hui.

Au niveau de son étymologie, le mot hygiène provient du grec « *hygeinos* » qui lui-même fait référence à « *ce qui est sain* ». L'Hygiène est aussi une spécialité de la médecine. Elle renvoie dans ce domaine à l'ensemble des pratiques et des connaissances favorisant l'entretien de la santé.¹¹⁰ La principale fonction de l'hygiène est la prévention, quand celle de la médecine est le curatif, le thérapeutique. Cependant avant de descendre dans la sphère

¹⁰⁸ Jean-Marc Lesur « Les Hôtels de Paris, de l'Auberge au Palace » 2005 P9

¹⁰⁹ Alain Faure, Claire Lévy-Vroelant « Une chambre en ville, Hôtels Meublés et garnis à Paris 1860-1990 » 2007 P8.

¹¹⁰ Georges Vigarello, *op.cit.*, 1978, P182

publique, les pratiques relatives à l'hygiène et non encore identifiées comme telles, s'apparentent à des comportements de cours. Ainsi, selon Norbert Elias (1973), nous sommes au départ avec les règles d'hygiène, dans un ensemble de comportements relatifs aux règles de courtoisie. Sachant que « *Chacun se servait avec la main dans le grand plat..... il ne fallait pas, à table porter la main aux oreilles, au nez ou aux yeux* » [...] et c'est ainsi « *qu'avant de se mettre à table, il fallait se laver les mains* ». ¹¹¹

Les premières connaissances scientifiques concernant le mode de transmission de certaines pathologies, notamment les maladies infectieuses, après l'épidémie de choléra de 1832, va conduire à la généralisation des pratiques d'hygiène. La préservation de l'équilibre économique et social passe aussi par la santé des individus pour laquelle l'hygiène, et notamment celle de leurs habitations est un facteur déterminant. Cependant, il faut circonscrire ici les établissements auxquels s'adresse cette première réglementation. Ainsi à cette époque, le secteur de l'hébergement se compose essentiellement de trois types d'établissements, à savoir, les palaces, les hôtels meublés et les garnis. Le mot hôtel naît vers 1050 (ostel, relatif à l'hébergement), et désigne alors un établissement procurant gîte et couvert, à la différence de l'auberge qui n'offre que le repas. Au XVIII^e siècle, ce mot prend le sens que nous lui connaissons aujourd'hui, c'est-à-dire, un lieu où l'on est hébergé, avec à la clef différents services offerts : conciergerie, restauration, coursiers. Au XIX^e siècle une confusion tend à s'installer entre l'hôtel particulier et l'hôtel meublé. L'hôtel se démarque grâce à la notion de service. Le meublé par contre comporte une notion péjorative. ¹¹² On peut sur la base de ces éléments établir une différence de traitement en ce qui concerne la réglementation sur les logements insalubres, entre ce premier type d'hôtels dont les palaces sont une variante, et les hôtels meublés ou les garnis. Une note de la police confirme cette différence dans l'appréciation de ces hébergements. « *Il convient d'observer qu'il existe un certain nombre d'hôtels dont le genre de clientèle exige des conditions de propreté et de salubrité que l'Administration n'a même pas besoin de contrôler. Ces établissements sont soumis à l'inspection sanitaire, mais il est évident que les visites fréquentes y seraient sans objet* ». ¹¹³

Comme le soulignent Alain Faure et Claire Lévy-Vroelant (2007) : « *au XIX^e siècle, en tout cas personne ne confondait les hôtels pour voyageurs ou étrangers riches, et les hôtels pour ouvriers* ». Le garni est avant tout, un terme à forte connotation administrative qui recouvre

¹¹¹ Norbert Elias « La civilisation des Mœurs » 1973 P138-139

¹¹² Jean-Marc Lesur « Les Hôtels de Paris, de l'Auberge au Palace » 2005 P10- P11

¹¹³ Idem P93

dans son champ une réalité à laquelle appartient à la fois, les hôtels, les meublés, et une large palette d'établissements présents sur le marché de l'hébergement. Isolé de son empreinte administrative, le garni sur le marché de l'hébergement renvoie à une réalité hétérogène qui va de la chambre chez l'habitant à l'hôtel meublé, en passant par la chambrée. La chambrée est une forme du garni, qui se distingue par son aspect de pièce dortoir accueillant, dans des conditions d'extrême promiscuité, aussi bien des touristes que des provinciaux venus tenter leur chance pour ce qu'il est convenu d'appeler « *l'aventure parisienne*. »¹¹⁴ Ainsi, le garni a joué un rôle de premier plan en matière d'accueil et d'hébergement pour plusieurs générations de provinciaux et d'étrangers venus s'installer à Paris, malgré le caractère extrême des conditions de vie dans ces établissements. Attardons-nous sur ces mots de Jean-Marc Lesur, reprenant les propos de Villermé sur la description d'un garni pendant l'épidémie de choléra de 1832 : « *maisons humides et profondes, latrines découvertes, urines séjournant dans les chambres, plombs obstrués par des immondices et même par les matières fécales ; aussi, la puanteur y va si loin que plusieurs officiers de police, chargés d'inspecter les chambrées, se sont sentis suffoqués dans les salles et ont été forcés de reculer* »¹¹⁵. Le garni est l'illustration du type de logements insalubres auxquelles la loi du 13 avril 1850 tente d'apporter une réponse. Ainsi, « *L'article 1^{er} de la loi du 13 avril 1850 qualifie d'insalubres tous les logements qui se trouvent dans des conditions de nature à porter atteinte à la vie ou à la santé de leurs habitants. Cette insalubrité peut résulter notamment de la mauvaise odeur, de la trop grande agglomération d'habitants, du manque d'air et de lumière, de l'humidité, de la malpropreté, etc* »¹¹⁶. Cette loi en certaines dispositions porte, pour les garnis un double enjeu. Il s'agit en premier d'apporter une solution prophylactique après l'épidémie de choléra de 1832. Les ravages causés par cette épidémie et la prise de conscience qui en découle, va favoriser la montée du discours hygiéniste. La question des conditions de vie dans les garnis n'étant point différentes de celles des maisons privées, on touche ainsi par le biais de l'hygiène, à la problématique du logement social dans son ensemble. La première motivation de cette entreprise est certes la question de l'hygiène, cependant ses enjeux vont au-delà, englobant ainsi la question de la sécurité publique et des mœurs.¹¹⁷

Sur les raisons de la réglementation des garnis, il importe également de prendre en compte, la proximité de l'organisation de l'exposition universelle à Paris en 1878. La vague de

¹¹⁴ Alain Faure, Claire Lévy-Vroelant « Une chambre en ville, Hôtels Meublés et garnis à Paris 1860-1990 » 2007 P20

¹¹⁵ Jean-Marc Lesur « Les Hôtels de Paris, de l'Auberge au Palace » 2005

¹¹⁶ « Les logements insalubres et la loi du 13 avril 1850 » gallica.bnf.fr/ Bibliothèque nationale de France P5

¹¹⁷ Jean-Marc Lesur « Les Hôtels de Paris, de l'Auberge au Palace » 2005 P86.

visiteurs étrangers attendus va accentuer la peur des épidémies et ainsi faire appliquer avec célérité et rigueur, les dispositions relatives à l'hygiène dans la loi du 13 avril 1850.¹¹⁸ Cette action du pouvoir politique, tient compte aussi des aspirations des clients au progrès technologique. Les mesures pour apporter des solutions à ces problèmes se déclinent dans un projet de dix articles : Outre la surveillance policière sous laquelle sont placés ces établissements depuis la révolution, ce projet impose désormais une visite sanitaire des instances de l'hygiène publique, et oblige les propriétaires à signaler tout nouveau cas de maladie, de même que la mise à disposition d'eau dans les logements de manière suffisante.¹¹⁹ Cette eau doit pouvoir s'évacuer hors du logement par le biais de canalisations, et non plus dans les cours mais plutôt dans la rue. Les maisons devront aussi être équipées à proportion d'un cabinet d'aisance pour 20 personnes au plus. Ensuite au niveau des chambres, satisfaire à obligation de l'arésisme, c'est-à-dire qu'elles devront être conçues de façon à être bien ventilées. Le nombre de personnes par lit doit être limité à une de même que le nombre de lits dans les pièces, de façon à garantir 14 m³ d'air au minimum par personne.¹²⁰ Enfin les matériaux utilisés dans la conception des sols doivent être étanches de manière à pouvoir être lavés.¹²¹

L'itinéraire des mesures d'hygiène dans le domaine de l'hôtellerie connaît une deuxième étape, entre la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e. Notons au passage que c'est dans cette période que naît le voyage à forfait, sur l'initiative de Thomas Cook, dans l'Angleterre de 1841 comme mentionné précédemment. C'est événement va marquer le tourisme, car il représente l'origine des agences de voyage.

La fin du XVIII^e siècle en France consacre la montée du discours hygiéniste. Le concept de santé publique, s'inscrit dans le prolongement de l'émergence dans l'espace public de la thématique de la propreté.¹²² La combinaison incluant la rhétorique pro-hygiéniste, le développement des transports et des agences de voyages, va porter le secteur économique qu'est devenu le tourisme vers de nouveaux horizons. Cette deuxième étape pour l'entrée de l'hygiène dans le secteur de l'hôtellerie, part d'un constat établi par la chambre de commerce de Paris. Cette instance juge la qualité de l'hôtellerie parisienne bien inférieure à celle des voisins Allemands et Italiens. Le réquisitoire à l'encontre de l'hôtellerie parisienne, trouve sa raison d'être dans ses prestations, largement inférieures à la qualité que l'on retrouve dans

¹¹⁸ Alain Faure, Claire Lévy-Vroelant « Une chambre en ville, Hôtels Meublés et garnis à Paris 1860-1990 » 2007 P129

¹¹⁹ Idem

¹²⁰ Alain Faure, Claire Lévy-Vroelant « Une chambre en ville, Hôtels Meublés et garnis à Paris 1860-1990 » 2007 P127.

¹²¹ Jean-Marc Lesur « Les Hôtels de Paris, de l'Auberge au Palace » 2005 P91.

¹²² Jean-Pierre, Dozon Didier Fassin « Critique de la santé Publique, une Approche Anthropologique » 2001 P7

les pays voisins. Une citation tirée du guide Murray est à ce propos fort édifiante : « *nombre de nécessités essentielles sont entièrement négligées et révèlent un état de grossièreté barbare qu'on attendrait guère dans un pays civilisés* »¹²³

Ces critiques adressées à l'hôtellerie française se confirment encore plus en provinces, devenues désormais plus accessibles grâce au développement de l'automobile. Les raisons de ces retards s'expliquent par le fait qu'en dehors de Paris, où la loi sur les logements insalubres a été « normalement » appliquée, elle est restée du fait de son caractère facultatif, sans véritables effets dans les autres parties du pays.¹²⁴ Le décalage « *culturel* » entre la bourgeoisie urbaine et « *l'aubergiste* » de province est flagrant en matière d'hygiène et de service. On trouve chez Catherine Berto-Lavenir quelques critiques qui corroborent ces propos. Elle mentionne les « *chambres dénuées de tout confort, portes fermant tant bien que mal, draps peu ou mal lavés, tabourets branlants cuvettes ébréchés* ». Puis elle ajoute le fait qu'au « *mieux les commodités sont au fond du jardin* ». ¹²⁵

Sur ce constat des insuffisances de l'hôtellerie de province, l'action conjointe du syndicat des grands hôtels de Paris et du Touring club, au sortir d'une rencontre tenue en mai 1903, vont s'investir pour l'amélioration des conditions d'accueil des touristes en région. En effet, les municipalités de province ne s'étaient pas investies dans le contrôle de la salubrité des hébergements sur leurs périmètres administratifs. Le périodique des grands hôtels parisiens grâce à la publicité, devient un moyen de faire promouvoir les idées sur les progrès à réaliser par l'hôtellerie de province. Dans une perspective plus large, c'est sur tout le secteur du voyage à savoir, les routes, les restaurants, les stations services, que vont porter les actions du Touring Club. L'hôtellerie, élément essentiel dans le parcours du voyage, fait l'objet d'une réforme de la part du Touring club, pour une clientèle citadine dont les exigences en matière d'hébergement sont portées à un haut niveau d'exigence.

Mais quelles sont les solutions face au constat de dissonance entre les attentes de la clientèle issue de la bourgeoisie urbaine, et les prestations des aubergistes situés en majorité dans les campagnes ? Le sujet de l'approvisionnement en eau pour ces nouvelles destinations touristiques de province est une condition essentielle quant à leur fréquentation. La question de la fourniture d'eau aux ménages dans toutes les municipalités est contenue dans la loi du 13 avril 1850. Cependant selon Jean Pierre Goubert, la CGE (Compagnie Générale des Eaux), choisit en premier de fournir la denrée encore rare, aux régions et villes riches, en capacité de pouvoir s'offrir cette prestation. On notera au passage que les premiers endroits à bénéficier

¹²³ Jean-Marc Lesur « Les Hôtels de Paris, de l'Auberge au Palace » 2005 P85

¹²⁴ « Les logements insalubres et la loi du 13 avril 1850 » gallica.bnf.fr/ Bibliothèque nationale de France P4

¹²⁵ Catherine. Bertho Lavenir « La Roue et le Stylo : comment sommes devenus touristes » 1999 P217- P219

de l'eau courante entre 1880 et 1900, se situe autour de Rouen et des stations touristiques de la Normandie.¹²⁶ Ainsi, l'eau courante devient un incontournable dans les hôtels, et les cités balnéaires de la Côte Emeraude.

Ensuite concernant les solutions qui découlent de l'action du Touring Club, en faveur de l'hôtellerie, elles émanent du positionnement de l'association, qui représente l'instance de contrôle dans ce domaine. Elle établit un cahier des charges sur la pratique de l'hôtellerie en province, pour conduire les propriétaires à adopter les normes déjà appliquées en matière d'équipements et d'hygiène en vigueur dans les résidences habituelles de la bourgeoisie.¹²⁷ Concrètement, cela va se déployer en trois temps. Il s'agit en premier lieu, au nom de l'hygiène et de la propreté, que le lit soit monté sur pieds, pour que l'on puisse « *faire le ménage en dessous* ». Ensuite, elle se lance dans une opération pour l'équipement de l'hôtellerie de campagne en cabinets d'aisances de style anglais. Enfin ces mesures contiennent un volet diététique dans une ambiance générale de promotion de l'hygiène du corps à travers le sport et une alimentation saine. Pour atteindre ces objectifs, le Touring club va s'appuyer sur deux mesures. D'abord trouver au sein des hôteliers des partenaires. Ensuite par l'intermédiaire du guide Michelin, dont se servent les voyageurs pour les visites de la France et des pays frontaliers, référencer les hôtels respectant les critères de qualité et surtout les normes d'hygiène. L'avis des membres du Touring Club, dans ce domaine faisant foi¹²⁸.

Cette étape sera un nouveau point de départ de la qualité dans l'hôtellerie, celle de la classification des établissements hôteliers. Ainsi l'association adopte une signalétique pour les hôtels contenant « *des chambres hygiénique genre Touring Club* ». Une autre catégorie de panneaux, renvoie à la présence en ces lieux d'une salle de bains, ainsi que d'un WC, équipé en eau. Enfin l'ultime volet de cette action du Touring Club en faveur de la modernisation de l'hôtellerie est celui de la formation des hôteliers de province, aux critères de qualité édictés par cette association.

L'itinéraire de l'hygiène dans l'hôtellerie après l'avoir revisité, atteste du caractère avant-gardiste de la stratégie adoptée par ce secteur entre la fin du XIX^e et le début des XX^e siècles. Cela consolide l'idée de la modernité qui entre dans la société par le biais des hôtels. Comme l'atteste Georges Vigarello (1978), pour qui l'hôtel a toujours été un lieu de progrès et

¹²⁶ Jean Pierre Goubert « Une histoire de l'hygiène, Eau et salubrité en France contemporaine » 1986 P182

¹²⁷ Catherine. Bertho Lavenir « La Roue et le Stylo : comment sommes devenus touristes » 1999 P225

¹²⁸ Idem P224- P232

d'innovation, avant que ceux-ci ne pénètrent les habitations des couches populaires.¹²⁹ On peut y voir une autre raison du caractère mythique de « l'Hôtel » dans l'imaginaire collectif. Une fois encore, depuis Erasme, cité par Norbert Elias, les progrès en matière d'hygiène et de mœurs s'effectuent de manière verticale, du « *du haut vers le bas* », c'est-à-dire des classes aisées vers les classes populaires. Selon l'aveu de Catherine Bertho-Lavenir, l'action du Touring club de France, association réunissant des personnes issues des classes aisées, avait pour projet la constitution d'une petite bourgeoisie entrepreneuriale en province. On peut donc considérer que l'expression « *le tourisme une affaire de classes,* » de Jean-Michel Hoerner, trouve ici par le biais d'un secteur de l'hôtellerie, dont la gestion était réservée à une élite provinciale, l'occasion d'un nouvel argument historique pour réaffirmer sa pertinence.

Nous l'avons vu, la ligne de démarcation entre l'hébergement locatif et l'hôtellerie est à l'époque de la révolution, et même bien plus tard assez floue. En dépit de cela, l'on perçoit clairement le triple rôle que jouent l'hôtellerie et le tourisme en matière d'hygiène, donc de la santé dans la société. Ainsi en matière de diffusion des normes d'hygiène au sein des habitations, le tourisme agit à la fois comme la raison, le catalyseur et le moteur de la généralisation des mesures d'hygiène dans la société. Des dispositions en faveur d'une réglementation pro-hygiéniste, initiées dans le domaine de l'hôtellerie, à savoir la déclaration préalable qui précède l'ouverture de tout établissement, encore en vigueur aujourd'hui, peuvent apparaître comme un héritage de cette époque. Cependant le pari de la salubrité et de l'hygiène, même si beaucoup d'efforts ont été faits, n'est que partiellement gagné. En témoigne une étude sur la présence de bactéries issues de matières fécales sur les télécommandes dans certains hôtels. Cette anecdote nous renseigne sur l'utilité des campagnes de sensibilisation sur le lavage des mains au sortir des toilettes, en ce qui concerne la clientèle des hôtels. Pour les hôteliers, elle remet en débat la question de l'entretien des chambres par leurs équipes chargées de veiller à l'hygiène et la sécurité de ces lieux.

Il faut retenir que ce sont les mesures initiées à partir de la loi du 13 avril 1850, tournées d'abord vers le bien-être et la santé publique qui, dans leurs parcours, ont donné de l'impulsion au secteur de l'hôtellerie. Ces mesures ont grandement contribué au développement du tourisme. Cela est une autre preuve d'une idée qui nous est chère. A savoir que les bases d'un développement économique solide se construisent en s'orientant d'abord vers la satisfaction des besoins des habitants. Ceci, nous venons de le voir, est vrai dans le cas du développement du tourisme de façon globale. Le développement du tourisme peut être

¹²⁹ Georges Vigarello » *L'Hygiène du corps depuis le Moyen Age* » 1978 P233.

corrélé à l'exigence de l'hygiène pour une population à soustraire aux risques épidémiologiques. Nous verrons plus tard que ce raisonnement est aussi valable dans le cas du tourisme médical, où l'exigence d'une population en bonne santé crée les conditions qui favorisent cette nouvelle pratique.

Après avoir abordé les liens entre le tourisme et la santé dans l'histoire, et s'agit pour nous de voir comment cette relation se perpétue dans l'actualité dans laquelle elle conserve son caractère protéiforme.

Chapitre III

- Esquisse à notre époque d'une dyade « *tourisme-santé* » aux relents multiformes

Nous venons d'apercevoir au niveau historique la diversité des aspects de la relation entre le tourisme et la santé. Cette tendance à la diversification pour ce binôme, est aussi présente à notre époque dans les habitudes et les usages, mais aussi dans les actualités. Pour les aspects actuels de la relation entre le tourisme et la santé, nous en analyserons sept parmi les plus représentatifs.

Pour commencer, le mot « *tourista* » ou (*diarrhée du voyageur*), dans la relation entre la santé et le voyage, a valeur de symbole. L'exotisme de sa consonance, puisqu'il est tiré de la langue de Cervantès, fait appel au dépaysement. Ce vocable dont la racine renvoie clairement au tourisme réussit à faire correspondre une pathologie à un substantif. Le mot « *tourista* » désigne une infection de l'estomac dont les symptômes sont ceux d'une diarrhée, accompagnée « *de douleurs, de crampes abdominales, de nausées, vomissements ou malaises, survenant chez le voyageur à destination d'un pays à faible niveau d'hygiène alimentaire et hydrique* »¹³⁰. Cette affection, touche 50% des voyageurs se rendant dans les zones à risque (*Afrique, Asie, Amérique latine, bassin méditerranéen, Moyen-Orient, Russie Europe de l'est, Chine*).¹³¹

Les destinations tropicales suscitent de l'engouement chez les touristes, cependant c'est dans ces zones que sévit cette maladie. Dans la majorité des cas, la « *tourista* » se manifeste sous forme anodine. Cependant, elle peut prendre un caractère aiguë, et avoir de graves répercussions chez certaines personnes fragiles, notamment chez celles du troisième âge et les enfants. La déshydratation qui en est le principal risque, peut conduire à une hypotension, une sécheresse de la bouche. Elle peut aussi provoquer des troubles psychiques. On peut donc comprendre que la « *tourista* » suscite de réelles craintes pour de nombreux voyageurs se rendant dans ces zones endémiques. Au niveau du traitement de cette affection, l'anti-diarrhéique racecadotril permet d'en apaiser les effets.¹³² En outre, un vaccin contre la « *tourista* » à récemment été conçu par un groupe de chercheurs de l'Université de Cambridge. Il s'administre par voie orale, sous forme de gélule. Cependant les prescriptions

¹³⁰ www.wikipedia.org consulté le 29/12/2015

¹³¹ Olivier Bouchaud, Paul-Henri Consigny, Michel Cot, Sophie Odermatt-Biays in « Médecine des Voyages et Tropicale » P19 2006

¹³² Recommandations sanitaires pour les voyageurs in Bulletin épidémiologique hebdomadaire 4 juin 2013 P260

prophylactiques d'usage sont encore utiles.¹³³ Les voyageurs doivent donc continuer à se laver les mains fréquemment, à consommer des aliments bien cuits, lors de leur séjour en zones endémiques. Ces recommandations, demeurent le premier rideau de mesures efficaces contre la maladie.

Il y a une relation intime entre le voyage et la notion de risque. Les risques en matière de voyage sont variés. Ils se déclinent d'une part en fonction de leur gravité, et de l'autre en fonction des destinations et des activités. La probabilité d'un accident d'avion pour un touriste se rendant de Paris à New Delhi est moins importante, que la possibilité de la survenue d'un accident pour un automobiliste se rendant d'Amsterdam à Argelès-sur-Mer. A contrario, la probabilité de contracter une maladie tropicale est d'une importance autre pour les voyageurs se rendant en Asie, en comparaison de nos néerlandais en vacances dans le sud de la France. Dans cet univers de relativité, les dangers liés à la pratique de l'escalade sont différents de ceux de la plongée. Cependant et dans tous les cas, le risque est à relier aux notions d'intégrité physique et de sécurité. Les enjeux de ces deux concepts tiennent eux-mêmes à l'équilibre physique et à la santé. Ainsi, c'est la gravité des risques encourus qui engendre de l'appréhension soit en fonction de la destination, soit en fonction de l'activité. Les risques dans l'univers du voyage et du tourisme peuvent donc être bénins ou graves. On peut dans ce cadre faire appel, en premier au « *jet lag* » et à ses conséquences sur le sommeil. Cela peut aussi faire référence aux piqûres d'insectes, aux intoxications alimentaires, aux coups de soleil, aux céphalées. Toutes ces situations auxquelles peuvent être exposés les organismes, sont de façon globale sans conséquences graves pour l'individu. Pour autant, le temps des vacances favorise plus que d'habitude, l'exposition des corps à ce type d'aléas. Ces risques anodins au départ, peuvent dans certains cas, comme dans la pratique du bronzage, déboucher sur des conséquences plus graves. Les individus de type caucasien ont par exemple plus de risques que se déclare un cancer de la peau à la suite d'une exposition prolongée au soleil.¹³⁴

Aujourd'hui, les progrès enregistrés dans les transports et dans la médecine mettent à la portée de nombreux voyageurs une large palette de destinations qui, auparavant, semblaient inaccessibles. Toutefois, les risques sanitaires liés aux pays tropicaux gardent dans l'imaginaire du voyageur et dans la pratique médicale un caractère particulier.¹³⁵ Cette appréhension vis-à-vis du risque sanitaire lors des vacances, tiennent par exemple de

¹³³ Alexandra Bresson in « une pilule pour échapper à la turista » in Métro News du 14 juin 2013

¹³⁴ Hans Jochen Diesfeld, Gerard Krause, Dieter Teichmann in « Médecine Tropicale et des voyages » 2004 P30

l'apparition d'une affection endémique, ou de tout autre problème, qui menace l'équilibre physique de l'individu et peut rapidement altérer la qualité de ce temps, initialement dédié au repos.

C'est la raison pour laquelle, en matière de tourisme et de voyage, la pratique de ces activités s'accompagne des nécessaires notions de prévention et de précaution. La branche de la médecine, regroupant l'ensemble des pratiques et des savoirs relatifs aux usages avant un voyage dans un pays tiers, se formalise par l'intermédiaire de la médecine du voyage.

- La médecine du voyage

La médecine du voyage dans la relation entre la santé et le voyage, s'attache à prévenir les risques liés aux déséquilibres que sont susceptibles de subir l'organisme en déplacement. En amont et en aval du séjour, la médecine du voyage se compose des précautions sanitaires, comprenant la vaccination, les traitements préventifs, l'information sur le comportement alimentaire, et les conseils relatifs à la gestion du décalage horaire, pour éviter les troubles du sommeil. La médecine du voyage, prend une tournure prophylactique durant la période qui précède le départ à l'étranger. Ce qui signifie qu'elle cherche à préserver plutôt qu'à guérir. Elle se fixe comme objectif d'apporter des conseils en matière de comportement alimentaire (*éviter de boire l'eau du robinet, de consommer des aliments à risque, comme de la salade ou les laitages et se laver les mains régulièrement*), autant qu'à la vaccination et la chimio-prophylaxie. La diversité des risques et leurs étendues confèrent à la médecine du voyage un champ d'action qui s'élargit. Elle s'adresse donc à un vaste panel de touristes. Dans la logique de prévention qui lui est propre, le médecin traitant, acteur clef dans le dispositif médical en France, est à consulter avant tout départ à l'étranger. Ce dernier s'assure au cours d'un entretien avec le voyageur, que celui-ci est à jour dans les vaccins, nécessaires ou recommandés pour un séjour sur la prochaine destination.

Partir en voyage, c'est aussi une affaire d'équipements, et en matière de santé, avoir une trousse à pharmacie est vivement recommandé. Sa composition doit être guidée par le souci de pouvoir soigner en toute autonomie, les céphalées, les petites diarrhées, et les petites blessures. Si le voyageur suit un traitement, il doit avoir dans ses bagages, en quantité suffisante, les produits habituels de celui-ci. Par prudence, il est conseillé de répartir les médicaments entre les bagages allant en soute et ceux allant en cabine. Cela évite de se retrouver sans traitement, en cas de perte d'une partie de ses affaires pendant les opérations de transit. Il est aussi utile d'avoir dans ses bagages une ordonnance complète de son

traitement, et dans la mesure du possible, selon la destination, d'avoir une copie libellée en dénomination internationale. Cela rend plus simple la possibilité de se procurer le traitement habituel ou un substitut, en cas de rupture ou de perte de celui-ci. Outre la composition de la trousse à pharmacie, la valise du voyageur doit contenir des vêtements et des effets adaptés au séjour sur place.

Une catégorie de voyageurs dite « *à risques spécifiques* » fait l'objet d'une attention et de conseils très différents en médecine du voyage. Ces personnes pour des raisons d'âges, d'antécédents médicaux ou de simple inadaptation de l'organisme, présentent une forme de vulnérabilité. Les voyageurs « *à risques spécifiques* » se composent des personnes âgées, des femmes enceintes, des enfants, et des personnes souffrant de pathologies chroniques (*diabète, pathologies cardiaques, hypertension*). A ces premières catégories, on peut ajouter celle des migrants installés de longue date dans les pays tempérés, et qui retournent en vacances dans leurs pays d'origine. Pour cette dernière catégorie de personnes, il est parfois difficile d'admettre les implications d'un changement subit de lieu de vie. Cela se vérifie notamment sur les destinations tropicales, où les conditions climatiques et les variations soudaines du régime alimentaire peuvent constituer des facteurs de déséquilibre biologique.¹³⁶

La nouvelle donne sociologique que constitue le vieillissement de la population, s'appuyant sur l'amélioration des conditions de vie et de soins, influence à la fois les systèmes de santé, mais aussi le secteur du tourisme. Cette inversion progressive de la pyramide des âges a pour corollaire une croissance dans les pays occidentaux des ALD¹³⁷. Ce facteur sociodémographique est une des raisons des difficultés que traversent les systèmes de protection sociale dans de nombreux pays développés. La croissance du nombre de personnes à prendre en charge, de façon régulière, et sur une longue période, fragilise le système d'assurance maladie. En France par exemple, le nombre des patients traités pour une maladie chronique, s'élevait à 9.5 millions en 2012, alors qu'il était de 3.3 millions en 1994.¹³⁸ Les prévisions dans ce domaine sont à la hausse. Au niveau du tourisme, le vieillissement de la population atteste aussi de l'existence d'une catégorie de voyageurs, celle des malades chroniques, tout autant à la hausse. D'ailleurs, « *environ 13% des voyageurs*

¹³⁶ Hans Jochen Diesfeld, Gerard Krause, Dieter Teichmann, op.cit., 2004 P27

¹³⁷ « ALD », abréviation d'Affection de Longue Durée.

¹³⁸ « Maladies chroniques : le gouvernement va-t-il rogner Les remboursements des ALD » www.medcape.com consulté le 02/02/2016

sont des personnes âgées de plus de 65 ans, dont le tiers est porteur de maladie chroniques»¹³⁹.

L'une des particularités de la maladie chronique à la différence de la maladie aiguë, est qu'elle intéresse le tourisme. Une pathologie chronique stabilisée, offre aux patients la possibilité de voyager. De nombreux touristes aujourd'hui sont des patients traités pour des maladies dont l'hypertension artérielle, l'asthme, l'insuffisance rénale, et le diabète. Intéressons-nous au diabète dans le cadre de la prise en charge d'une maladie chronique au cours d'un voyage. Grâce à l'autonomie qu'elle confère au malade dans le traitement, il est envisageable pour un patient atteint de diabète, de se proposer aux joies d'un voyage sur une destination loin de son lieu de vie.

A l'étude du «*voyage diabétique* », on peut analyser déjà le terme « diabète », qui est un mot générique renvoyant à un ensemble de troubles du métabolisme génétique ou hormonal¹⁴⁰. De nombreux progrès ont été réalisés dans sa prise en charge quotidienne. Cependant, le voyage, parce qu'il entraîne un changement temporaire dans les habitudes, les longs trajets et la dépense physique inhabituelle, causes de fatigue, accentue les risques d'hypoglycémie durant cette période. C'est pourquoi, à cette catégorie de voyageurs, il est conseillé de prendre des précautions particulières en cas de départ en voyage. Cela commence par la préparation du déplacement, à proprement parler. Ainsi, pour les voyages d'est en ouest, et étant donné que la journée s'allonge, il convient d'anticiper cette prolongation en prévoyant une injection supplémentaire d'insuline.¹⁴¹ Ensuite du point de vue de l'alimentation, le patient doit penser à prendre un repas avec des apports énergétiques importants pour les voyages excédant 6 heures. Il est aussi conseillé d'emporter dans ses bagages un casse-croûte, de même que de quoi pouvoir étancher une soif. Cela permet de parer aux impondérables du voyage, tels les retards, les embouteillages, les pannes, susceptibles de compromettre la discipline que s'applique le patient au quotidien. A ces premiers conseils spécifiques au diabète, dans la gestion des maladies chroniques durant un déplacement, s'ajoute un autre pan de la médecine du voyage.

Aujourd'hui, l'on observe une tendance générale des pays tropicaux, à se hisser tant bien que mal, au diapason des pays développés en matière d'infrastructures hôtelières et de communication. Cependant, il convient de reconnaître que ces endroits sont encore des lieux

¹³⁹ Olivier Bouchaud, Paul-Henri Consigny, Michel Cot, Sophie Odermatt-Biays, op.cit., 2006 P22

¹⁴⁰ Jacques Delamare « Dictionnaire des termes de Médecine » 2000

¹⁴¹ www.topsanté.com consulté le 16 décembre 2015

de risques sanitaires, pour des raisons écologiques et épidémiologiques particulières. Ainsi, lorsque certains symptômes tels des urines aux couleurs inhabituelles, la diarrhée, la fièvre ou toutes autres anomalies de l'organisme, apparaissent chez un sujet ayant séjourné en zone tropicale, cela nécessite la consultation d'un médecin. Cette étape constitue le second temps de la médecine du voyage. Le voyageur change alors de statut, pour passer de celui de touriste à celui du patient. C'est le stade de la rencontre et de la collaboration, entre les spécialités de la médecine du voyage et celle des maladies infectieuses et tropicales. On peut estimer, que le rapprochement entre ces deux branches de la médecine, par la dénomination, « *médecine du voyage et des maladies infectieuses* », participe de la surveillance épidémiologique.¹⁴² Les maladies infectieuses et tropicales, du fait de l'intensification des voyages et de la croissance dans les échanges internationaux, apparaissent désormais de façon fréquente au tableau épidémiologique dans de nombreux pays occidentaux. Cependant, dans ces régions, elles sont considérées, comme des « *maladies d'importation* ». C'est pour cette raison que la première barrière contre la propagation de ces pathologies est celle de la réglementation et des normes sanitaires à respecter, au nom de la santé publique, pour entrer dans certains pays ou en sortir.

- Les maladies infectieuses et tropicales dans le voyage

La tendance en ce qui concerne les maladies infectieuses est à la croissance sur l'ensemble de l'espace européen et notamment dans l'Hexagone. L'essor du nombre de touristes en partance pour les pays tropicaux, ajoutée à la présence des communautés issues des anciens empires coloniaux, a modifié le tableau de l'épidémiologie aux échelles continentale et nationale. Cela engendre l'émergence en matière de santé publique des maladies tropicales.

Il est important au début de ce propos de définir ce qu'est une « maladie tropicale », qui appartient dans le lexique médical à un ensemble plus vaste, celui de l'« infectiologie ». En partant de leur étiologie générale, les maladies infectieuses, se définissent comme : « *un ensemble de troubles des fonctions vitales qui trahissent un conflit entre l'organisme et un microbe agresseur* »¹⁴³. Concrètement, La présence de ces bactéries dans le corps va provoquer une réaction d'immunité de la part de l'organisme. Cela va se traduire pour le patient par l'incapacité d'un organe ou de tout le corps à assurer ses fonctions, du fait de la

¹⁴² Olivier Bouchaud, Paul-Henri Consigny, Michel Cot, Sophie Odermatt-Biays, in Avant-propos, op.cit., 2006

¹⁴³ Jacques Delamare op.cit., 2000

présence de l'agent pathogène. La maladie va alors se développer ou pas, en fonction de la nocivité de la bactérie. Lorsque qu'une personne est infectée, on retrouve les agents infectieux dans les liquides du corps humains, « le pus, le mucus, le sang ». C'est alors par contact physique que s'opère la contagion.¹⁴⁴ Dans le champ de la santé publique, le paludisme, la bilharziose, la fièvre typhoïde, la tuberculose, l'hépatite B, la fièvre jaune, certains épisodes diarrhéiques et certaines dermatoses, sont devenus des sujets de préoccupations. Ces pathologies causent au niveau mondial environ 17 millions de décès par an.¹⁴⁵ Le paludisme ici nous servira d'exemple pour apprécier dans une perspective plus large la place de l'infectiologie sur le tableau général de l'épidémiologie à l'échelle de la France.

Historiquement, le paludisme a été, pour la diversité de ses zones endémiques et pour le caractère aigu de ses symptômes, un sujet d'analyse qui a intéressé les chercheurs de toutes les époques.¹⁴⁶ Le paludisme est provoqué par des bactéries de type « *plasmodium* » qui se retrouvent dans le sang du malade. Il se contracte à la suite de piqûres de moustiques, du genre « *anophèles* » après s'être préalablement nourris du sang d'un malade infecté.

Il est vrai qu'en Europe le paludisme touchait de nombreux territoires. Ces régions s'étendaient des côtes de la mer Baltique, dans la région de Stockholm, et couvraient en partie l'Allemagne, notamment les bouches de L'Elbe et la Weser. Outre-Atlantique, le paludisme sévissait dans certaines zones des Etats-Unis. En France, les régions situées le long des littoraux de l'Atlantique et de la méditerranée étaient des régions impaludées.¹⁴⁷ Cependant, aujourd'hui dans la plupart des pays d'Europe, en France, en Angleterre, en Allemagne et en Italie, les cas de cette pathologie sont considérés comme des « *cas d'importation* »¹⁴⁸. Sur le territoire métropolitain de la France les patients touchés par cette affection s'élevaient en 2012 à 3510 cas.¹⁴⁹ Le terme « *d'importation* » dans le cas du paludisme, souligne le caractère endémique de cette pathologie. En Afrique, par exemple où il sévit, le paludisme, «... *tue un million de personne chaque année, soit 3000 par jour* »¹⁵⁰.

¹⁴⁴ Alain Contrepois « L'invention des maladies infectieuses » 2002 P 44

¹⁴⁵ « Les maladies infectieuses, la lutte continue » in Magazine Recherche et Santé N° 124 2010

¹⁴⁶ Dr Louis Clément « Le paludisme chronique hors des pays à Endémicité, Etude Medico Légale » 1992 P 11

¹⁴⁷ Georges Michel Bovay « Malaria, L'épopée du Paludisme » 1972 P 187- P 188

¹⁴⁸ Antoine Falhaut et Patrick Zylberman in « Des Epidémies et des hommes », 2008 P 41

¹⁴⁹ « Recommandations sanitaires pour les voyageurs » in Bulletin épidémiologique hebdomadaire 4 juin 2013 P249

¹⁵⁰ Ousmane Ndiaye in « Politique de santé et problématique d'accès aux soins au Sénégal : le cas du Ferlo » in Jean Louis Olive et Mohamed Mebtoul (dir.), « le soin sociomorphe » 2010 P80

C'est selon l'expression de Georges Michel Bovay : «... *une maladie insidieuse, sans plaie ni mutilation, aux hécatombes silencieuses* ». ¹⁵¹

Les ravages de cette maladie sur le continent africain, outre le facteur climatique, sont à mettre aussi en relation avec les conditions de vie et d'hygiène difficiles, de même qu'avec certaines habitudes culturelles. La persistance de l'habitat précaire dans certains pays d'Afrique, comme la Côte d'Ivoire, avec le phénomène « *des cours communes* », comptent parmi les facteurs qui favorisent une diffusion de cette affection. Les « *cours communes* » sont en effet un habitat urbain qui a vu le jour après les indépendances. Aujourd'hui comme hier, au tout début des années après l'indépendance, ce type de logement recueille une population venue des campagnes pour tenter leur chance dans la capitale. La similitude sociologique et hygiénique, avec les « garnis parisiens » évoqués précédemment est frappante malgré la différence des lieux et des époques. Plusieurs familles comptant des dizaines de personnes vivent dans une grande promiscuité, partageant, en plus de la concession, les cuisines et surtout les toilettes. ¹⁵² Les risques de contamination pour les maladies infectieuses et singulièrement pour le paludisme, sont ainsi démultipliés. Dans les pays du tiers monde, le paludisme cause et aggrave la pauvreté puisqu'il touche aussi les franges de la population qui représentent la force de travail. En 1972, les pertes économiques causées par le paludisme, sont de 500 millions de dollars par an en Inde. Son impact sur l'absentéisme en Thaïlande dans la même période est de 50 millions de jours de travail. En termes financiers, cela représente 15 millions de dollars ¹⁵³. L'exemple de ces deux pays, ramené au sujet du tourisme médical, n'est pas fortuit. Ils se sont illustrés par des réformes efficaces dans le domaine de la protection sociale, et ces dernières ont fait progresser le secteur de la santé. Cela leur a permis de se hisser au rang des nations qui comptent, en Asie et dans le monde, en matière de tourisme médical. Nous y reviendrons.

A partir du XVII^e siècle, le paludisme fut traité grâce à la quinine. Son principal effet fût de neutraliser la reproduction de l'agent pathogène qui se retrouve dans les globules rouges. Cependant la quinine a montré ses limites et les traitements ont dû évoluer. Aujourd'hui de nouveaux traitements contre le paludisme sont disponibles : chloroquine, méfloquine, doxycycline. Cependant, l'efficacité des nouveaux produits, comme la méfloquine, est remise en cause par les effets secondaires, notamment pour ses conséquences au niveau

¹⁵¹ Georges Michel Bovay, op.cit 1972, P187- P32

¹⁵² Lassane Zohoré in « Abidjan devenue poubelle à ciel ouvert », in Jeunes Afrique spéciales villes 2013

¹⁵³ Georges Michel Bovay idem P 33

psychiatrique sur certains patients.¹⁵⁴ Selon une recommandation de l'HCSP, émise en 2013, le paludisme dans ses formes aigües, autant chez le sujet majeur que chez l'enfant, peut être traité, en prime par l'artésunate injectable.¹⁵⁵

La prévention contre le paludisme impose donc une chimio-prophylaxie en cas de déplacement en zone endémique. Le traitement prophylactique le mieux indiqué lors d'un voyage en zone endémique, est la Malarone. Les effets secondaires de ce produit sont limités pour la plupart des patients, y compris les femmes enceintes.¹⁵⁶ Le traitement prophylactique doit se poursuivre durant les premières semaines qui suivent le retour de vacances. Car l'une des caractéristiques du paludisme est son caractère asymptomatique pendant le temps de latence, c'est-à-dire pendant le temps d'incubation de la maladie.

Il convient également sur le lieu de séjour de prendre des mesures de prévention diurnes et nocturnes contre les piqûres de moustiques. Pour poursuivre dans la prévention, et dans le sens de la surveillance épidémiologique, tout sujet fiévreux de retour d'un voyage en zone impaludée doit faire l'objet d'une sérologie pour la recherche du paludisme.

En ce qui concerne la recherche, l'exemple du paludisme est symptomatique du déséquilibre qui prévaut en la matière, au détriment de l'«*infectiologie*». A ce propos l'OMS dans son rapport de 2010 associe le terme «*négligées*» aux maladies tropicales. Ce terme nous ramène à une première réalité, celle de la prise en charge pour ce type de pathologies dans la médecine occidentale. En effet, grâce à la prévention «*réussie*», on peut considérer, que «*les cas d'importation*» de maladie tropicale sont exceptionnels. Leur rareté dans les sphères climatiques tempérées pose la question de la formation des praticiens à leur traitement. Cette impréparation des personnels soignants à la prise en charge du paludisme, se traduit par l'incapacité de ces personnels à accompagner les malades vers des solutions thérapeutiques. Ensuite, la notion de «*négligence*» fait surtout référence aux moyens qui leur sont consacrés au niveau de la recherche pharmaceutique. Les populations souffrant de ces pathologies vivent majoritairement dans les pays en voie de développement. Ce qui, en matière de recherche pharmaceutique constitue un obstacle majeur pour l'obtention de financements. Il faut considérer que dans ce domaine, les firmes pharmaceutiques sont dans

¹⁵⁴ C. Vermersch et Al in « Voyage et Troubles psychotiques : clinique et recommandations pratiques » consulté le www.jlpm 05/12/2014

¹⁵⁵ Recommandations sanitaires pour les voyageurs in Bulletin épidémiologique hebdomadaire » op.cit., 2013 P249

¹⁵⁶ O. Bouchaud, P.-H. Consigny, M .Cot, S Odermatt-Biays in « Médecine des Voyages et Tropicale » P23 2006

une logique commerciale. Le retour sur investissement pour ce type de pathologie est assez discutable.¹⁵⁷

Cependant, il existe des mesures de lutte contre le paludisme et d'autres maladies infectieuses. Dans ce cadre, des systèmes d'alerte ont été mis en place par exemple en France. Les mesures pour la surveillance épidémiologique, qui concernait en premier ressort les maladies infectieuses et tropicales, va aujourd'hui bien au-delà de ces premières pathologies. Cette veille sanitaire touche désormais de nouvelles pathologies telles que les cancers, les maladies nosocomiales, les maladies congénitales. Mais aussi tous les faits inhabituels en relation avec la santé : contamination par transfusions sanguines, décès de patients à la suite de l'utilisation de produits pharmaceutique ou dans les actes médicaux. Ainsi au nom de la veille sanitaire, pour parer à toutes sortes d'éventualités dans la gestion des différents risques afférant de manière directe ou indirecte au domaine de la santé, la loi portant création de l'INVS est accompagnée de la création de trois autres agences : « *l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et l'Agence de Sécurité sanitaire de l'environnement (AFSSE)* »¹⁵⁸.

Cela se traduit par la mise en place d'un réseau d'information qui tire son efficacité d'une synergie dans l'action des compétences issues du milieu médical : les médecins libéraux y ont un rôle de premier plan, les biologistes, les responsables des unités hospitalières. Elle se déroule selon un schéma qui comprend trois phases : collecter les informations, les étudier et comprendre les modes de contagion. Les données sur ce type de pathologies sont transmises aux autorités de santé, notamment aux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) qui définissent les mesures à prendre.¹⁵⁹ C'est la surveillance épidémiologique qui a permis de donner l'alerte sur le sida au début des années 80, et qui en 2003, a permis d'attirer l'attention des autorités sur SRAS. Les maladies infectieuses et tropicales, font donc l'objet d'un traitement particulier au niveau du code de santé publique. C'est pourquoi la loi les « oblige à déclaration » parmi une liste de pathologies dans le tableau ci-dessous.

¹⁵⁷ Idem P2

¹⁵⁸ Claude Olivier Doron in « La santé face au principe de précaution » P 117

¹⁵⁹ Antoine Falhaut et Patrick Zylberman in « Des Epidémies et des hommes », 2008 P146- 147

Tableau de la liste des maladies à déclaration obligatoire

Maladie à déclaration obligatoire	Catégorie 1 - Maladie nécessitant une intervention urgente locale, nationale ou internationale	Catégorie 2 - Maladie dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique
Botulisme	oui	Oui
Brucellose	oui	Oui
Charbon	oui	Oui
Chikungunya	oui	Oui
Choléra	oui	Oui
Dengue	oui	Oui
Diptérie	oui	Oui
Fièvres hémorragiques africaines	oui	Oui
Fièvre jaune	oui	Oui
Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes	oui	Oui
Hépatite aiguë A	oui	Oui
Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	non	Oui
Infection par le VIH quel qu'en soit le stade	non	Oui
Infection invasive à méningocoque	oui	Oui
Légionellose	oui	Oui
Listériose	oui	Oui

Mésothéliomes	non	Oui
Orthopoxviroses dont la variole	oui	Oui
Paludisme autochtone	oui	Oui
Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer	oui	Oui
Peste	oui	Oui
Poliomyélite	oui	Oui
Rage	oui	Oui
Rougeole	oui	Oui
Saturnisme chez les enfants mineurs	oui	Oui
Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines	oui	oui
Tétanos	non	Oui
Toxi-infection alimentaire collective	oui	Oui
Tuberculose (incluant la surveillance des résultats issus de traitement)	oui	Oui
Tularémie	oui	Oui
Typhus exanthématique	oui	Oui
Zika	oui	Oui

- Voyage et vaccination

Les maladies à déclaration obligatoire et la vaccination sont des strates de la prévention. La petite histoire sur l'origine de la vaccination se passe en Angleterre, en 1789 avec le Dr Edward Jenner. Durant une épidémie de variole, le Dr Edward Jenner met au point un procédé de prévention. Si la variole touche des vaches, elle touche aussi des hommes. Sa méthode qui pour l'époque paraît comme un paradoxe, consiste à injecter à des personnes saines des bactéries prélevées sur des malades. L'opération se solde par une immunisation de la personne vaccinée.¹⁶⁰ En France, Voltaire après l'expérience d'un long voyage en Angleterre, consacre une de ses lettres philosophiques à cette pratique qui, à l'époque est une polémique médicale majeure.¹⁶¹ La vaccination est depuis devenue un élément central en matière d'épidémiologie. Dans les moyens visant la prévention, elle procède d'une large palette d'actes qui se classent en trois niveaux selon les règles de prévention de l'OMS. Ainsi nous avons les niveaux de protection primaire, secondaire et tertiaire.

Dans un ordre inversé, la prévention tertiaire s'applique dans le domaine de l'épidémiologie, à réduire chez une population déjà infectée, les risques de rechutes ou d'aggravation. Elle cherche à limiter les conséquences des affections sur les malades. Ensuite la prévention secondaire concerne des actes médicaux, ou l'élimination des éléments pouvant jouer sur l'évolution de l'affection. Le vaccin thérapeutique, dans son principe, obéit à cette logique.¹⁶² Enfin il y a la prévention primaire. Elle concerne l'ensemble des interventions, visant à réduire les effets d'une pathologie au sein d'une population. Les mesures qui y sont rattachées visent, dans la mesure du possible, à limiter l'émergence de nouveaux cas. Les dispositions, prises récemment dans le domaine de la coopération sanitaire internationale contre les épidémies que le monde a connu (SRAS, Chikungunya, Grippe Aviaire etc..), s'inscrivent à ce niveau de la prévention. Nous évoquerons ultérieurement et de manière plus ample, ce qu'il est convenu d'appeler « *la mondialisation microbienne* ». Ce concept traduit les nouveaux enjeux épidémiologiques qui accompagnent la mondialisation. Sans être hors de propos, nous verrons les conséquences de cet autre versant de la mondialisation pour

¹⁶⁰ Drs Marina Carrère d'Encausse et Michel Cymes in Avant propos in « Le magazine de la santé : les vaccins » 2005 P8

¹⁶¹ Claude Olivier Doron idem P108

¹⁶² Drs Marina Carrère d'Encausse et Michel Cymes in « Le magazine de la santé : les vaccins » 2005 P33- 98

l'industrie touristique. Soit un autre démembrement de la relation entre le tourisme et la santé.

Revenons aux vaccins dans le voyage pour dire qu'ils sont un élément du dispositif mis en place autour de la prévention primaire. Les vaccins dans le voyage servent à limiter « les cas d'importation » de certaines affections. Notamment pour la fièvre jaune qui est le principal point de convergence dans la réglementation vaccinale internationale. Le vaccin « amaril » s'impose à tout voyageur international. Cependant à côté de cette obligation internationale, certains pays se sont librement fixés d'autres règles vaccinales qui conditionnent l'entrée sur leurs territoires. Nous allons d'abord analyser la vaccination à « l'extra » pour les 20% de la population française qui franchit les frontières nationales.¹⁶³ Dans un second temps, « à l'intra », nous verrons dans les grandes lignes, les obligations vaccinales qui s'imposent aux « 80 millions de touristes » qui visitent la France.

- La réglementation sanitaire internationale dans le voyage

Globalement en vaccinologie, il existe une séparation entre les vaccins. D'une part, il y a ceux qui sont obligatoires et de l'autre, ceux qui sont recommandés. Cette différenciation s'applique aussi dans le domaine de la médecine du voyage et de ses règles en matière vaccinale. La réglementation sur les vaccins elle-même se divisant premièrement en vaccins à « l'extra » et à « l'intra ». A « l'extra », nous avons les vaccinations exigées et recommandées, pour sortir du territoire. Le voyageur est en situation de pouvoir être immunisé en fonction de la destination, des conditions d'hygiène qui y prévalent et du type de voyage (*aventureux, affaires, pèlerinage*). Les facteurs que sont la durée du séjour, l'âge du voyageur et son état général de santé, (*maladie chroniques, grossesse*), sont à considérer dans cette approche de la médecine du voyage.¹⁶⁴ Si tous ces facteurs ont été pris en compte, de même que les délais de deux mois requis pour l'immunisation effective, on peut alors décider d'un planning pour les actes d'injections. Ainsi tout candidat à un voyage doit avoir actualisé les vaccinations exigibles au calendrier vaccinal national. Celui-ci comporte les pathologies telles que le tétanos, la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche.

¹⁶³ Les vaccinations à effectuer avant de partir en voyage à l'étranger in « Comment ça marche : www.santé-medecine.journaldesfemmes.com mis en ligne le 11/06/2008, consulté le 12 avril 2015

¹⁶⁴ David Bême in « la vaccination des voyageurs » www.doctissimo.fr consulté le 12 avril 2015

Ensuite le vaccin amaril, parce qu'il répond aux exigences de la réglementation internationale, doit avoir été administré, notamment pour les voyageurs à destinations des pays tropicaux. Il s'agit dans ce cas des pays d'Afrique au sud du Sahara, et de certains pays sud-américains.¹⁶⁵Le vaccin contre la fièvre jaune dure dix ans et doit être effectué au moins 10 jours avant la date prévue pour le départ. Autre vaccin obligatoire cette fois, pour la destination de l'Arabie saoudite, il s'agit de celui contre toutes les formes de méningites, (A, C, Y et W135).

La notion de «*vaccin recommandé*», trouve par le biais de la coqueluche et d'autres affections comme l'Hépatite A et B, des exemples expressifs. Cela a été déjà mentionné, et ces exigences sont fonction des destinations, surtout si les conditions de salubrité n'y sont pas satisfaisantes.¹⁶⁶Le tableau ci-dessus résume l'ensemble des vaccinations obligatoires et recommandés pour un départ à l'étranger.

¹⁶⁵ Les vaccinations à effectuer avant de partir en voyage à l'étranger in « Comment ça marche : www.santé-medecine.journaldesfemmes.com mis en ligne le 11/06/2008, consulté le 12 avril 2015

¹⁶⁶ Drs Marina Carrère d'Encausse et Michel Cymes in « Le magazine de la santé : les vaccins » 2005 P111

Les vaccins à faire avant le départ selon la destination (Source InVS)					
Vaccin	Zone de départ	Obligatoire	Temps d'incubation	Validité	Age minimum
Fièvre jaune	Zone endémique intertropicale d'Afrique et d'Amérique du Sud	Oui	10 jours	10 ans	6 mois
Infections invasives à méningocoque	Ceinture de la "méningite" en Afrique	Seulement pour ceux qui se rendent en pèlerinage à La Mecque	10 jours	3 ans	2 ans
Encéphalite japonaise	Du Pakistan aux Philippines	Non	10 jours	Rappel tous les deux ans	1 an
Hépatite A	Toute zone où l'hygiène est précaire	Non	Peut être fait juste avant le départ	10 ans	1 an
Hépatite B	Pays à forte prévalence	Non	Un mois, mais protocole accéléré possible	5 ans	Pas d'âge minimum
Grippe	En fonction de la saison	Non	Quelques jours		6 mois

www.sante-medecine.journaldesfemmes.com, mis en ligne 11 juin 2008

Le second temps de la vaccinologie concernant le tourisme, est celui des vaccins obligatoires pour pénétrer sur un territoire. Sur ce sujet comme nous l'avons signalé, chaque pays, en fonction des risques contre lesquels il souhaite se prémunir, fixe ses règles en la matière. Il importe donc avant toute arrivée dans un pays de vérifier les règles qui lui sont propres sur ce sujet.¹⁶⁷

Pour clore ce propos autour de la vaccination, et grâce aux progrès de la recherche, un vaccin contre le choléra vient d'obtenir son autorisation de mise sur le marché (AMM). Cependant il n'est pour l'heure réservé qu'aux personnes intervenant sur des lieux d'épidémies ou de

¹⁶⁷ Drs Marina Carrère d'Encausse et Michel Cymes in « Le magazine de la santé : les vaccins » 2005 P111.

catastrophe humanitaire.¹⁶⁸La vaccination dans le voyage, nous avons pu le constater, est un élément important, puisque dans tous les pays il fait l'objet d'une réglementation. Cependant en voyage il ne couvre qu'une gamme de risques qui se restreignent à l'approche épidémiologique de la santé. D'autres impondérables en voyage, peuvent nécessiter l'organisation d'un rapatriement sanitaire. Le rapatriement pour raisons sanitaires vient ainsi à la cinquième place dans le dénouement des interpénétrations entre les secteurs de la santé et celui du tourisme.

- Assurances voyages et assurance rapatriements

La notion du risque a été depuis toujours au cœur du voyage. Partir a pendant longtemps relevé du défi, pour la mise en danger de l'intégrité physique et de la santé des voyageurs. Les risques encourus lors de ces périples ont contribué à créer le mythe du grand voyageur. C'est en partie sur cela que reposent l'importance et la place de choix qu'occupe le voyage dans l'imaginaire collectif.

Aborder la question des assurances et du rapatriement sanitaire dans le voyage suppose, en premier lieu, de passer par la notion du risque. Conséquemment, il est indispensable d'en délimiter le pourtour sémantique. Le risque pour un danger ou un accident, c'est de passer de la phase de l'incertitude à celle de la concrétisation, de la matérialisation. En considérant avec Claude Olivier Doron (2009) : « *que la prise de risque est consubstantielle aux activités humaines* »¹⁶⁹, cela se traduit dans l'univers du tourisme par le risque d'accident dans le transport, et de la possibilité de problèmes de santé durant la période de villégiature. A un degré moindre, on peut évoquer la perte de bagages au cours du voyage, mais aussi une annulation de la production du service touristique pour des motifs divers et variés.

On a coutume de dire que le « *risque zéro n'existe pas* ». On peut considérer que le spectre du risque s'est élargi aujourd'hui aux questions de sécurité avec la menace terroriste. Fort heureusement, la notion du risque s'appréhende mieux dans le tourisme aujourd'hui. La maîtrise du risque passe en premier, dans le domaine touristique, par le progrès technologique, source de fiabilité au niveau des transports. La réduction du risque touche ensuite aux mesures de sûreté dans le domaine aéroportuaire. Des mesures de sécurité sont

¹⁶⁸ Recommandations sanitaires pour les voyageurs in Bulletin épidémiologique hebdomadaire 4 juin 2013 P241

¹⁶⁹ Claude Olivier Doron idem P76-77

enfin prises sur les destinations et dans les lieux d'hébergement au nom de la prévention du risque. La mise en place de mesures de compensation, ou bien de plans d'évacuation lors du séjour, s'inscrivent dans la nouvelle dynamique des productions touristiques. L'univers du tourisme a donc muté sous la pression de la société moderne, qui fait de la maîtrise du risque une nouvelle exigence. L'impératif de sécurité, est devenu pour de nombreux opérateurs touristiques un nouvel argument commercial.

La plupart des pays occidentaux, d'où proviennent la majorité des touristes au niveau mondial, ont en commun de posséder un système d'assurance santé qui les couvre dans leur quotidien. Cependant la croissance des départs en vacances à l'étranger, implique parfois d'élargir la couverture assurantielle dont bénéficie le voyageur. Car en matière de santé, lors d'un voyage à l'étranger, une assurance voyage ou une assurance rapatriement peut s'avérer utile en cas d'un retour précipité.

Il importe de mentionner le fait que les récentes mutations observées dans le secteur des assurances ont modifié l'organisation de l'activité voyage au sein de ces compagnies. Les branches voyages des maisons d'assurance ont été ainsi impactées par les opérations de concentration observée dans le monde de l'assurance.¹⁷⁰ Le résultat de ces opérations de fusions a été de donner plus de lisibilité à l'offre, qui se présente dans les grandes lignes sous la forme de deux produits distincts : l'assurance et l'assistance.¹⁷¹ Ces produits proposés par les compagnies étant différents, ils sont gérés de façon indépendante l'un de l'autre. Ainsi quand l'assurance permet une indemnisation, l'assistance apporte un soutien logistique en cas de problème durant le séjour.

Il convient de préciser ici, que les soins subis à l'étranger dans le cadre du tourisme médical, c'est-à-dire un déplacement à l'étranger dans un objectif thérapeutique, ne sont pas concernés par ce type d'assurance. L'assurance pour le voyageur, lors de ce type de déplacement, fait l'objet d'une autre démarche auprès des organismes publics d'assurance maladie. L'assuré en partance pour un séjour dans un pays européen peut faire la demande auprès de la sécurité sociale, « d'une carte d'assurance maladie européenne ». A ce propos, la sécurité sociale, offre une couverture minimale, en cas de départ à l'étranger. Le niveau de protection fourni par la sécurité sociale est conditionné par le type de contrat antérieurement souscrit par l'assuré.

¹⁷⁰ Thierry Beaupère in « « Rapatriement sanitaire des transports parfois sur le fil » Les Echos mardi 13 octobre 2009 P43-44

¹⁷¹ www.service-public.fr consulté le 10 février 2016

Pour ce qui est de la majorité des contrats émanant des compagnies d'assurances privées, lorsqu'ils concernent les touristes « *classiques* », ils sont reliés à la possession d'une carte bancaire, de types Visa ou MasterCard en cours de validité. La possibilité de bénéficier de cette assurance dépend du fait qu'une partie du voyage ait été réglée via ce mode de paiement.

Est ainsi couvert par cette formule tout voyageuse vivant sur le territoire européen ou dans les DOM-TOM, et séjournant hors de son pays de résidence pour une durée de moins de 90 jours.¹⁷² Cependant les conditions relatives à la durée de la protection, lors d'un séjour à l'étranger, varient en fonction des établissements bancaires. Certaines maisons proposent une couverture pour les premiers 90 jours, quant pour d'autres ce sera une durée de 90 jours maximum.

On peut donc noter, à partir de l'exigence de l'utilisation de la carte bancaire comme moyen de règlement de tout ou d'une partie du voyage, de même qu'à partir de l'étendue de la période couverte, que l'assurance voyage reliée à la carte bancaire ne donne pas entièrement satisfaction. Certains types de cartes, comme les Premium de Visa ou les Gold de Mastercard, sont celles qui fournissent le plus haut niveau de protection. Mais même pour ces clients privilégiés, elles n'offrent pas toutes les garanties. Les dépenses prises en compte peuvent s'élever à 155000 €. Cependant une franchise existe dans ce cadre, et peut réduire de façon importante les sommes perçues en cas de problème.

En outre, pour ce qui concerne les cartes bancaires ordinaires, les montants alloués en cas de problème de santé s'élève à un plafond de 12.000€. L'exemple des USA, ou du Canada, pays dans lesquels, une journée d'hospitalisation peut s'élever à environ 7500€, doit conduire le voyageur à relativiser la valeur du plafond de l'indemnisation. Il importe donc pour un voyage à l'étranger de vérifier les limites du contrat d'assurance. Ces éléments délimitent les possibilités des assurances voyages reliées à la carte bancaire. Il est sur ce fait conseillé de contracter en plus de l'assurance fournie par la carte bancaire, une assurance rapatriement. Elle représente un produit plus complet pour les voyageurs à destination des pays hors de l'Union Européenne.

L'assurance rapatriement fait partie du grand secteur de la logistique médicale. Ce secteur prend en compte aussi bien le transport de produits médicaux et humains que le

¹⁷² www.assur-travel.fr consulté le 14/02/2015

rapatriement de voyageurs pour raisons médicales. En France, neuf entreprises opèrent dans ce secteur qui a réalisé un chiffre d'affaires de 1,6 milliard d'euros en 2008.¹⁷³

Les conditions du rapatriement sanitaire s'articulent autour de deux principes qui sont, la qualité du système de soins sur le lieu du séjour, mais aussi la question de leur coût comme évoqué un peu plus haut. Une autre disposition pour le déclenchement d'un rapatriement est que cette option doit être contractée concomitamment à l'achat du voyage. Le produit rapatriement sanitaire dans le voyage va au-delà du simple retour d'urgence pour raisons sanitaires. Elle prend également en compte les soins médicaux réalisés sur le lieu de séjour. A cela s'ajoutent, les risques que sont : *«l'annulation du voyage, de bagages volés ou perdus, endommagés et retardés, ainsi qu'une couverture d'assurance décès accidentel en avion, transports publics et autre décès accidentels »*¹⁷⁴. Une carte, avec le numéro de téléphone de l'organisme d'assistance est remise lors de la souscription. Celui-ci lui permet au voyageur de pouvoir faire déclencher la procédure d'assistance en cas de besoin.

Pour terminer sur ce sujet, on peut estimer que les produits assurance-rapatriement des compagnies sont promis à la croissance. Le développement du tourisme international, la résurgence des tensions internationales, et même l'accroissement des risques épidémiologiques, vont dans le sens d'une intensification de la demande pour ce type de produits.

Nous avons pu l'observer, les produits assurantiels émanant des cartes bancaires, n'apportent pas une couverture suffisante lorsqu'on analyse de près les conditions et les sommes allouées en cas de dommage sanitaire à l'étranger. Au-delà des questions de santé, les assurances voyages ne couvrent pas non plus la responsabilité civile, essentielle en cas de dommage à un tiers. Cependant son utilité a pu être vérifiée dans de nombreux cas, surtout pour les rapatriements pour des patients pris de troubles psychiatriques. En matière d'urgence sanitaire dans le voyage, les troubles psychiatriques figurent en bonne place dans les causes de retours précipités.¹⁷⁵ Les services d'assistance voyage sont souvent sollicités, pour des patients présentant un trouble du comportement durant le séjour. Fort heureusement ceux-ci disparaissent la plupart du temps une fois de retour à la maison. Les cas de rapatriements sanitaires pour des troubles psychiatriques, suivis de longues périodes d'hospitalisations, bien que réels, sont assez rares.

¹⁷³ Thierry Beaupère « Rapatriement sanitaire des transports parfois sur le fil » Les Echos mardi 13 octobre 2009 P43-44

¹⁷⁴ www.assurance-voyages.ca consulté le 15/04/2014

¹⁷⁵ Dr R. Airault « Voyage et Risque de décompensations psychiatriques » Revue adsp n° 76 septembre 2011 P43

Cependant le thème des troubles mentaux dans le voyage suscite quelques interrogations. Ces questions sont relatives à la nature de ce type de pathologies, à leurs étiologies et enfin à leur prise en charge médicale. Ce sont ces questions que nous allons tenter d'explorer dans les lignes qui vont suivre.

- Voyage et santé mentale

Nous avons évoqué précédemment le sujet du jet lag, c'est-à-dire le franchissement des fuseaux horaires lors des voyages en avion, et de ses implications sur l'acuité intellectuelle aux premières heures de l'arrivée sur le lieu de séjour. Ce fait s'accompagne aussi d'une absence de vitalité, conséquence des longs trajets et parfois du manque de sommeil. Les voyageurs aux antécédents psychotiques peuvent y être particulièrement sensibles. Au-delà de ce phénomène consécutif aux changements de fuseaux horaires, le voyage pour certains sujets peut générer du stress. Cette anxiété provient soit de la peur de l'avion, du changement de climat, ou encore, d'une difficulté à s'adapter à l'environnement du séjour. Ce stress peut être considéré selon les cas comme l'élément déclencheur de troubles psychotiques, y compris pour les personnes sans aucun antécédent de ce type.¹⁷⁶

Globalement, le sujet des troubles psychotiques dans le voyage nous ramène à une question qui fait débat en matière de santé. La polémique est relative aux éléments qui permettent de dissocier un état pathologique d'un état sain (Halphen 2010). Les maladies mentales en rajoutent à la difficulté de dénouer cette interrogation. Surtout quand il s'agit de les comparer aux maladies organiques¹⁷⁷. Cependant, les pathologies psychotiques arrivent en troisième position, entre 8 à 10% pour ce qui est du nombre de touristes rapatriés pour raisons sanitaires¹⁷⁸. Cela nous emmène dans cette partie de notre réflexion à les analyser comme une composante de la relation globale entre le tourisme et la santé.

L'Étiologie générale des pathologies mentales en voyage laisse paraître quatre facteurs principaux à l'origine de ces affections. Si l'altérité est généralement perçue comme un des charmes du voyage, certains voyageurs peuvent avoir du mal à l'appréhender. Un « choc culturel » intense peut susciter chez certains voyageurs les premiers symptômes d'un

¹⁷⁶ C. Vermersch, Al in « Voyage et Troubles psychotiques : clinique et recommandations pratiques » consulté le www.jlpm 05/12/2014

¹⁷⁷ Catherine Halphen, in Introduction, op.cit 2010 P5

¹⁷⁸ Olivier Bouchaud Paul-Henry Consigny, M .Cot, S Odermatt-Biays in « Médecine des Voyages et Tropicale » P67 2006

déséquilibre psychiatrique.¹⁷⁹ Les symptômes se manifestent globalement de deux manières. Soit par un sentiment exacerbé d'appartenance à la culture des lieux visités, soit par un blocage vis-à-vis de cette culture. Ce blocage s'explique parfois par les sentiments du voyageur vis-à-vis de l'agitation, de l'alimentation, ou de certaines pratiques sociales ambiantes. Ces premiers éléments constituent les premières explications d'un déséquilibre psychique qui parfois peut persister, y compris après le retour.

Le deuxième élément identifié comme cause des déséquilibres psychologiques en rapport avec le voyage provient de la consommation de certains produits médicamenteux. Nous avons évoqué antérieurement la question du paludisme et de sa prévention sur les voyageurs, à destination de certaines zones géographiques. En effet, certains produits prophylactiques contre le paludisme ont des effets anxiogènes et hallucinatoires. La méfloquine contenu dans la molécule du « *Lariam* », utilisé à titre préventif ou curatif contre cette maladie infectieuse, provoque chez certains sujets des troubles du comportement.¹⁸⁰ Des observations analogues ont été faites pour le traitement de la fièvre typhoïde et de certaines diarrhées, avec la molécule de ciprofloxacine présente dans la fluoroquinolone ou le cotrimoxazole. On note cependant de façon globale que ces effets indésirables disparaissent avec l'arrêt du traitement.

Le second point relatif à la prise de produits à l'origine de troubles psychotiques durant le voyage, nécessitant un rapatriement sanitaire en fonction de leur gravité, provient de l'absorption de certains produits stupéfiants. Certaines drogues douces (marijuana, haschich, champignons hallucinogènes) sont devenues dans l'imaginaire et dans la pratique des « *produits d'appel* ». Certains pays de la communauté européenne comme la Hollande, la Suisse, la Belgique, attirent pour ces raisons, un nombre croissant de touristes. D'autres pays, tels que le Maroc ou certains Etats aux U.S.A, sont visités pour leur tolérance vis-à-vis de la vente et de la consommation de produits stupéfiants. Dans une moindre mesure, on note également, dans certains déplacements qualifiés de voyages anthropologiques, à destination de sociétés traditionnalistes, des troubles psychotiques chez certains voyageurs. L'utilisation de produits hallucinogènes dans des rites auxquels prennent part ces visiteurs, peut avoir des conséquences psychiatriques.

¹⁷⁹ C. Vermersch, AI in « Voyage et Troubles psychotiques : clinique et recommandations pratiques » consulté le [www.jlpm](http://www.jlpm.com) 05/12/2014

¹⁸⁰ Dr R. Airault in « Voyage et Risque de décompensations psychiatriques » in Revue adsp n° 76 septembre 2011 P44

Les affections psychiatriques liées au voyage sont de deux ordres en dépit d'une similarité des symptômes. Ils se manifestent essentiellement au niveau de l'agissement, avec des divagations, des paroles délirantes, des visions, de l'anxiété.¹⁸¹ Cependant la variété des affections mentales en lien avec le voyage impose d'en établir une distinction. Il faut donc en la matière faire une différence entre les voyageurs souffrant au préalable de pathologies mentales, et les voyageurs dont le comportement pathologique est réellement consécutif à l'une des raisons que nous avons mentionnée un peu plus haut dans l'étiologie générale.

Le terme utilisé pour désigner les affections mentales liées au voyage est celui de « *voyage pathologique* ». Il s'applique à deux catégories de patients. D'une part nous avons les patients dont les troubles psychiques sont antérieurs au voyage. D'ailleurs les vacances, dans ce cas peuvent être utilisées comme une forme de thérapie. Les bienfaits de l'héliotropisme sur l'humeur générale et de façon singulière sur les personnes souffrant de dépression viennent corroborer cette première orientation.¹⁸² Le qualificatif utilisé pour circonscrire cette réalité est celui de « *voyage thérapeutique* », alors que celui de « *voyageur pathologique* » nous ramène à l'individu qui effectue ce type de voyage. Le stress engendré par le voyage et le *jet lag*, que nous avons évoqué plus haut, peuvent favoriser l'apparition de crises lors du séjour. On parle alors de « *décompensation psychiatrique* », résultat d'un affaiblissement des systèmes de régulation, qui entraîne chez l'individu un déséquilibre, d'où les troubles du comportement.

Ensuite au niveau de la deuxième catégorie de pathologies mentales dans le tourisme, nous avons celles qui tirent leurs sources de faits qui se déroulent au cours du voyage. La terminologie consacrée à cette catégorie de perturbations comportementales est celle de « *syndrome du voyageur* ». Ce terme générique renvoie en réalité à un ensemble de dysfonctionnement dans le comportement de personnes tout à fait saines, qui au cours du séjour font l'expérience d'évènements de nature déstabilisante. Dans le détail, le syndrome du voyageur comprend : « *le syndrome de Stendhal, le syndrome de Jérusalem, le syndrome de Paris, et le choc indien* »¹⁸³

¹⁸¹ C. Vermersch, Al in « Voyage et Troubles psychotiques : clinique et recommandations pratiques » consulté le [www.jlpm](http://www.jlpm.com) 05/12/2014

¹⁸² Dr R. Airault in « Voyage et Risque de décompensations psychiatriques » in Revue adsp n° 76 septembre 2011 P44

¹⁸³ Anne Jean blanc in « Tourisme gare au syndrome du voyageur » in lepoint.fr, mardi 25 2012 décembre consulté le 09-03-2013

Dans la série des troubles du comportement auxquels se réfèrent le « *syndrome du voyageur* », le syndrome de Jérusalem est le plus connu. Jérusalem dont la simple évocation a nourri tant d'imaginaire, est un lieu empreint de mystique. La transition de l'imaginaire à la réalité pour cette ville au cœur des croyances monothéistes, est pour certains voyageurs à la source d'une intense émotion. Le choc non maîtrisé, que peut engendrer la visite de la ville sainte, peut engendrer chez certains visiteurs un épisode psychotique. Le syndrome de Jérusalem a été ainsi identifié au cours des années 1990 par une équipe médicale de l'hôpital de Jérusalem. Celui-ci touche environ une centaine de personnes par an.¹⁸⁴ Au tableau clinique de cette pathologie, il y a une série de symptômes dont les plus courants sont un désir exacerbé de « sanctification », la fabrication de vêtements religieux à partir de draps, des visions, et des prêches sur l'amour universel. Le syndrome de Jérusalem touche autant des juifs (66%) que des chrétiens (33%).

On retrouve en Italie, un syndrome analogue appelé « syndrome de Florence » ou encore « syndrome de Stendhal ». Celui-ci tire son appellation de la fascination dont Stendhal fut l'objet à Florence devant la beauté de l'architecture et des œuvres d'art, lors de sa visite de cette ville en 1871. Là encore, c'est le comportement des visiteurs qui subit des altérations pour l'émoi que suscitent en eux la variété et l'éclat des trésors artistiques de la ville. Mais à la différence des autres formes du « syndrome du voyageur », le syndrome de Stendhal s'accompagne d'un sentiment d'oppression chez les patients.

Une autre affection psychiatrique qui peut être liée au voyage est le « syndrome de Paris ». Les personnes les plus touchées par cette altération temporaire du comportement sont en général des touristes en provenance du Japon. En réalité sa dénomination complète est celle du « syndrome des japonais à Paris ».¹⁸⁵ Mis en lumière par le Dr Ota, à la fin des années 80, il prend sa source dans le décalage entre l'idéalisation de la ville de Paris par de nombreux touristes étrangers, notamment japonais, et la réalité repoussante à laquelle ces derniers sont confrontés. Il y a à Paris bien souvent un contraste déstabilisant, entre la beauté des monuments historiques de la ville et le spectacle de pauvreté et de misère qui s'offre aux coins de rue. La multiplication des sans-logis, vivant dans des tentes au vu et au su de tous, peut parfois choquer. Le piédestal sur lequel on a placé cette ville dans l'esprit est-il trop haut ? On se le demande lorsqu'on est sans cesse sollicité par des mendiants, de tout type, et confrontés aux odeurs d'urines dans certains couloirs de métro. L'envers du décor de la carte postale officielle, n'échappe pas, à l'œil des touristes. Ce qui peut susciter chez certains,

¹⁸⁴C. Vermersch, Al in « Voyage et Troubles psychotiques : clinique et recommandations pratiques » consulté le [www.jlpm](http://www.jlpm.com) 05/12/2014

¹⁸⁵ Dr Régis Airault in « Voyage et Risque de décompensations psychiatriques » Revue adsp n° 76 septembre 2011 P45

anxiété et crispation, consécutives à un sentiment d'oppression. Il y a une différence culturelle avec les japonais, qui ont un rapport particulier aux choses qui concerne le petit coin : Au Japon, « *l'hygiène aux toilettes et la propreté ne sont pas des mots vains. Dans les moindres gestes de la vie quotidienne, la propreté (seiketsu) est une notion essentielle, à la limite de l'obsession* »¹⁸⁶. Paris est ainsi devenue « *la ville où l'on rencontre le plus de maladie mentale chez les japonais à l'extérieur du Japon* »¹⁸⁷

Enfin pour terminer nous citerons le syndrome indien qui est la dernière variante du syndrome du voyageur. En effet, l'Inde, pour les conditions climatiques et les conditions de pauvreté dans lesquelles vivent une majorité de la population, met les voyageurs face à une réalité qui perturbe l'équilibre psychique de certains. Les symptômes de cette maladie sont très proches de ceux décrits plus haut.

Il convient d'observer à propos de ces pathologies mentales relatives au tourisme, que le nombre de personnes sujettes à ces dernières représente une part minime par rapport au nombre total de touristes qui se rendent sur ces destinations. Mais la croissance du nombre de touristes au niveau mondial conduira inéluctablement à une récurrence et une persistance de ce type d'affections. C'est la raison qui nous a conduits à en faire cas dans cette première partie de notre réflexion sur l'association des concepts de santé et de tourisme.

Le jet lag, que nous avons mentionné plus haut, peut être considéré comme une porte d'entrée de ces déséquilibres psychiques. La médecine du voyage donne quelques conseils sur ce sujet pour en réduire les incidences. Ces recommandations sont en fonction de la destination à visiter. Ainsi dans le cadre d'un voyage est-ouest, puisque le soleil se lève à l'est, il est nécessaire de différer d'une heure ou deux le moment auquel on se met au lit habituellement. Dans le sens inverse c'est-à-dire ouest-est, il est conseillé d'avancer d'une heure ou deux et de façon progressive, l'heure du sommeil, dans les 48 heures qui précèdent le jour du départ. Pour terminer il est aussi recommandé de dormir pendant le voyage, et de rechercher les rayons du soleil durant les premières heures qui suivent l'arrivée sur le lieu du séjour. Cependant les épisodes psychotiques qui apparaissent au cours des voyages peuvent parfois se prolonger bien après le retour. En cela, elle rejoint un autre type d'affection psychique : celle de la dépression post-voyage qui sera le sujet de notre prochain propos.

¹⁸⁶ « Hygiène aux toilettes : culture japonaise de la propreté » in www.hyginale.com

¹⁸⁷ Charles Vermersch, Pierre-Alexis Geoffroy, in « Voyage et Troubles psychotiques : clinique et recommandations pratiques » consulté le [www.jlpm](http://www.jlpm.com) 05/12/2014

- La dépression post-voyage

La dépression post-voyage se résume globalement, à l'amertume, au dépit, à l'affliction, qui envahissent certaines personnes de retour d'un voyage. Cette dépression nous ramène à la dimension métaphysique et existentielle de l'être. Partir en voyage, c'est se soumettre à une expérience extérieure mais aussi intérieure.¹⁸⁸ Il convient cependant, dans l'analyse des raisons à ces troubles, de revenir sur l'histoire et les motivations profondes de ce départ à l'étranger. Il faut parfois dépasser le simple alibi du plaisir qu'est sensé procurer le voyage, pour aller chercher les raisons du départ dans l'intimité du voyageur. Le voyage peut ainsi être motivé par une envie de s'éloigner, de prendre l'air. La décision de partir peut intervenir dans ces cas à la suite d'évènements, qui sont à l'origine d'une fracture sur l'itinéraire de l'existence. Il peut s'agir d'un deuil, d'un divorce, de la perte d'un emploi, ou encore d'une vie professionnelle devenu pénible.¹⁸⁹ Certains utilisent l'expression acérée « *de fuite par le voyage* ». Correspond-t-elle à la réalité de chaque individu ? Pour Marcel Bernier, « *le voyage n'est pas une thérapie et partir ne règle pas les problèmes qui de toute façon réapparaissent au retour* »¹⁹⁰. Cependant un point fait l'unanimité, c'est que le voyage par la distance favorise le questionnement, « un tête-à-tête avec soi ». Il permet pour reprendre l'expression de Michel De M'Uzan (2005) de révéler « *ces vérités connues depuis toujours et pourtant foncièrement ignorées.* »¹⁹¹

En poursuivant un peu plus l'analyse, l'entrée dans un épisode de dépression à la suite d'un voyage, peut aussi trouver ses racines dans l'altérité à laquelle le voyageur s'expose au cours de son périple. Certes le voyage permet de vivre une nouvelle expérience sous d'autres cieux. Cependant, même en vacances, il subsiste dans les bas-fonds de la relation à l'autre, les ambiguïtés inhérentes à toute interaction humaine. Michel Houellebecq en vacances en Thaïlande, dans « *Plateforme* », prétend que : « *C'est dans le rapport à autrui qu'on prend conscience de soi ; c'est bien ce qui rend le rapport à autrui insupportable* »¹⁹². Ces propos font d'Autrui, le visité, l'objet de transition vers la propre vie du voyageur. C'est donc dans la relation à l'autre que nous devons chercher, en partie, les raisons de ces troubles.

¹⁸⁸ Marcel Bernier in « Séjour à l'étranger : le choc du retour » www.aide.ulaval.ca consulté le 11/02/2015.

¹⁸⁹ Fabrice Dubesset in « De retour de voyage : mon guide contre le blues du voyageur » www.instinct-voyageur.fr consulté le 14 janvier 2015

¹⁹⁰ Marcel Bernier in « Séjour à l'étranger : le choc du retour » www.aide.ulaval.ca consulté le 11/02/2015

¹⁹¹ Michel De M'Uzan in « Aux confins de l'identité » 2005 P46

¹⁹² Michel Houellebecq « Plateforme » 2001 P89

Il est difficile de faire une étiologie complète de la dépression post-voyage, pour le motif que celles-ci ne prend sens qu'à travers l'histoire personnelle des individus. Cependant les signes cliniques sont ceux d'une dépression classique : tristesse, tendance à un repli sur soi, manque d'entrain pour assumer les responsabilités habituelles, insomnie, irritabilité, etc. On peut en premier lieu expliquer la dépression post-voyage par une sorte de mélancolie, de nostalgie à l'endroit du lieu de séjour. Celle-ci pousse le voyageur vers les étrangers originaires de son dernier lieu de séjour, ou encore vers des gens d'une culture différente. Ce comportement du voyageur obéit à une stratégie consciente ou non d'évitement des personnes issues de son propre lieu d'origine. Son propre pays, pour sa culture et ses habitudes, fait alors l'objet de critiques systématiques. Le pays d'origine est fréquemment mis en comparaison avec le lieu des vacances. Cette confrontation du lieu visité et de celui où vit habituellement le voyageur, se fait au détriment du pays d'origine, puisque le lieu de séjour n'apparaît que sous sa valeur absolue.¹⁹³ La mise en parallèle des modes de vie respectifs s'appuie sur la frénésie de la consommation, le gaspillage, la course contre le temps dans les reproches contre le lieu d'origine. Quand de l'autre côté le voyageur tente, par la rhétorique et le comportement, d'importer des usages de la culture visitée : solidarité, partage, distance dans le rapport au temps. L'entourage peut être amené à pâtir de cette attitude. Surtout quand le voyageur va jusqu'à remettre en cause certains choix de sa vie antérieure qui, jusqu'à-là, paraissaient consolidés. Les relations amoureuses, la vie familiale et professionnelle, peuvent faire l'objet de perturbations dans une tentative de redéfinition du sens à donner à son existence.

Quelques conseils permettent cependant d'atténuer les nuisances du voyage sur l'aspect psychique de la santé du voyageur. En essayant d'anticiper les événements dans la préparation du retour, le voyageur est ensuite moins disposé à ce type de désagréments. Cela commence par le choix de la période à laquelle le voyageur décide de rentrer. Le printemps est une saison favorable. Il permet à l'organisme d'éviter les efforts d'adaptation qui accompagnent tout changement de lieu de vie, surtout quand nous sommes en présence de zones géographiques et climatiques différentes.¹⁹⁴

Ensuite, il est aussi recommandé de renouer avec son activité professionnelle ou scolaire aussitôt rentré. La reprise des activités quotidiennes doit être entrecoupée de quelques séquences de relaxation. Ces premières recommandations permettent d'avoir l'esprit occupé, pour ne pas laisser libre court au vagabondage des pensées et à la nostalgie. A défaut d'une vie professionnelle ou scolaire active, tenter une autre expérience de voyage, cette fois à

¹⁹³ Marcel Bernier in « Séjour à l'étranger : le choc du retour » www.aide.ulaval.ca consulté le 11/02/2015.

¹⁹⁴ Fabrice Dubesset in « De retour de voyage : mon guide contre le blues du voyageur » www.instinct-voyageur.fr consulté le 14 janvier 2015

l'échelle locale, se présente comme un bon moyen de faire la transition. Cependant si les troubles persistent et selon l'ampleur de la gêne, on peut alors envisager une prise en charge médicale. Celle-ci commence par l'écoute du patient. Le récit de ce dernier se fait alors autant autour de son histoire personnelle qu'autour de celle de l'histoire du voyage. Si le spécialiste juge cela pertinent, il peut prescrire un traitement à base de psychotropes. Ceux-ci doivent intégrer la thérapie de façon progressive pour ne pas accentuer le sentiment d'incompréhension que le voyageur éprouve vis-à-vis de son entourage.¹⁹⁵

On a souvent vite fait de croire que « *faire des touristes, c'est faire des gens heureux* ». D'ailleurs Jean-Michel Hoerner prétend que la démocratisation du tourisme, avec la possibilité offerte aux classes moyennes de pouvoir voyager, est un facteur de bonheur¹⁹⁶. Il est possible de souscrire à cette affirmation dans ses grandes lignes. Cependant nous venons de voir que l'émergence chez de nombreux touristes de « failles intérieures », au retour d'un séjour à l'étranger, peut déboucher sur des épisodes de dépression. Cela nous emmène à relativiser l'idée du lien étroit entre le tourisme et le bonheur. Là où nous nous accordons avec cet auteur, c'est lorsqu'il mentionne l'inscription de la notion de bonheur dans la constitution américaine. C'est un signe de l'ancrage de ce concept dans la culture étasunienne, qui a grandement influencée la « méta culture » qui accompagne la mondialisation. L'ancrage de la quête du bonheur, chez les individus de notre époque, offre donc au tourisme de belles perspectives à l'ère de la mondialisation. Ce contexte de globalisation dans lequel nous évoluons actuellement, est aussi l'occasion d'un autre type de rapprochement entre les concepts de santé et de tourisme. Ainsi, c'est de ces déclinaisons qu'il s'agira de parler dans la prochaine étape de notre réflexion.

¹⁹⁵ O. Bouchaud, P.-H. Consigny, M. Cot, S Odermatt-Biays in « Médecine des Voyages et Tropicale » P67

¹⁹⁶ Jean-Michel Hoerner in « Annales de tourisme » 2012 P65-66

Chapitre IV

- La mondialisation de la santé et ses axes de déclinaison

Notre époque se différencie des périodes précédentes sous bien des aspects. La mondialisation, ce terme générique, résume à lui seul, parfois de façon inadaptée, l'ensemble des changements que connaît la planète. Les mutations sociétales relatives à la mondialisation trouvent dans les années 1960 la période d'une première impulsion. Cependant, c'est aux détours des années 1980 qu'elles prennent la tournure que nous leur connaissons aujourd'hui. C'est le terme de « globalisation », qui fût utilisé au début, par Marshall Mac Luhan, (1911-1980), concepteur de l'anthropologie culturelle et des premières théories sur les médias. La principale thèse élaborée par Marshall Mac Luhan dans les années 1960, se construit autour de la rapidité avec laquelle l'information circule grâce à la radio. La rapidité de l'information dans ce monde nouveau, résulte en un sentiment pour l'humanité d'appartenir à un même village. La mondialisation est donc en premier lieu, informationnelle.¹⁹⁷ Cependant, pour certains auteurs, comme le souligne Eddy Fougier, il est possible de faire remonter l'origine de ces évolutions à la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb en 1492. La mondialisation concerne donc les échanges commerciaux et humains qui apparaissent avec la découverte du nouveau monde et de l'Australie.¹⁹⁸

Depuis le début des années 1990, avec la chute du mur de Berlin, nous sommes à un autre stade de la mondialisation. Cette phase de la globalisation s'appuie sur trois piliers : la circulation à une vitesse exponentielle de l'information, l'explosion des flux d'exportation des biens et des services (autour de 4600 milliards de dollars par jour). Cette croissance des échanges internationaux, tend à la création d'un marché unique mondial. Ce qui transparaît de cette nouvelle dynamique économique et sociale est porté par le phénomène du capitalisme.¹⁹⁹ Cependant ces mutations sociales et économiques ont pour conséquence une remise en cause de la souveraineté des Etats. Selon les tenants de la mondialisation, la souveraineté des Etats doit être subordonnée aux lois et institutions internationales. C'est l'avis de George Soros, une figure bien connue du monde de la finance internationale.²⁰⁰ La chute des barrières économiques et douanière conduira à la longue à l'effacement des particularismes, pour aller vers une uniformisation des cultures. Ce phénomène est décrié

¹⁹⁷ Judith Fitzgerald « Marshall Mc Luhan, un visionnaire » 2004 P118

¹⁹⁸ Eddy Fougier « Parlons mondialisation en 30 questions » 2012 P11.

¹⁹⁹ Jean-Michel Hoerner « le Mondialisme et le tourisme » in Annales de tourisme » 2013 P9

²⁰⁰ André Bercoff « Mr. George et Dr. Soros » in Valeurs Actuelles 31 mars 2016 P33

par Jean François Bayart (1996), qui utilise le terme de « *coca colonization* » dans son réquisitoire contre le nivellement des cultures. Ce vocable fait référence à la prépondérance des ingrédients de la culture américaine dans l'espèce de « *métaculture* », qui domine le monde aujourd'hui.²⁰¹ On peut donc entendre le discours de scepticisme de la société civile et de certaines entités régionales devant les difficultés économiques qu'elles traversent du fait de la mondialisation.

Enfin le troisième pilier de la mondialisation est le déplacement exponentiel des populations sur le globe. Les cadres expatriés, les migrants, les étudiants internationaux et les touristes, participent à ce mouvement de populations à l'international. « Le tourisme médical » est porté par ces mouvements qui favorise la mondialisation. L'expression « *Tourisme médical* », nous y reviendrons en détails ultérieurement, résume le mouvement à l'international de populations dans le but de se faire soigner dans un pays autre que le leur.

La mondialisation touche donc aussi le domaine sanitaire. Pour Sarah Atkinson et Alain Vaguet (2011), la mondialisation dans le secteur de la santé doit être observée sous trois angles, à savoir : « *les impacts de la gouvernance globale, les paysages de consommation mondialisés, les corps mondialisés* »²⁰². C'est donc à la lumière de ces principaux axes sous lesquels se déclinent la mondialisation au niveau de la santé que nous mènerons notre analyse. Nous verrons ainsi en premier lieu comment s'opère la réalisation « d'un marché global des ressources humaines pour les professionnels de santé ». Cela participe des modifications qui interviennent dans « *les paysages de consommation mondialisée* ». Ensuite, nous verrons l'axe qui constitue la fabrication de médicaments à l'étranger et la vente de médicaments sur internet qui va crescendo. Dans la relation du tourisme à la santé, il existe un axe qui, bien que peu fourni, vient en complément de l'achat de médicaments sur internet. Il s'agit de ce qu'on serait tenté de qualifier de « tourisme pharmaceutique ». Le tourisme pharmaceutique est un concept qui se traduit par le déplacement dans un pays autre que le sien, en général transfrontalier, dans le but de s'y procurer des médicaments vendus à des prix plus intéressants. Nous ferons ici une brève analyse de cette pratique dont les principales motivations sont similaires à celles du tourisme médical comme nous le verrons un peu plus tard, à savoir : contourner la question du coût élevé de certains produits pharmaceutique, mais aussi celle de la réglementation sur certains traitements. Enfin, nous terminerons, cette analyse avec « *les impacts de la gouvernance globale sanitaire* ». Cette

²⁰¹ Jean François Bayart « L'illusion Identitaire » 1996 P23- P24

²⁰² Sarah Atkinson et Alain Vaguet « La mondialisation à la loupe des géographes de la santé : Comment la question de la mondialisation se renouvelle-t-elle à partir d'expériences prises au sud » in Sébastien Fleuret et Anne-Cécile Hoyez (dir.) in Santé et Géographique (2011) P17

expression fait référence à la question des épidémies auxquelles fût confronté le monde ces dix dernières années. En la matière, d'une part nous verrons le rôle des touristes en tant qu'acteurs dans ce qu'il est convenu d'appeler « la mondialisation microbienne ». C'est-à-dire le canal que représentent les touristes pour la propagation de certaines maladies. D'autre part, nous traiterons de la crise dans l'industrie touristique consécutive à l'émergence de la grippe AH1N1. Ces problématiques qui s'inscrivent au cœur de l'actualité constituent un autre démembrement de la relation entre le tourisme et la santé.

- la mondialisation des personnels de santé

La coopération sanitaire entre pays peut prendre plusieurs formes. Elle peut porter soit sur de simples échanges d'expériences à travers des congrès, des colloques, soit sur la mise en place de programmes communs de recherche. Cependant en matière de coopération sanitaire, il existe une tendance forte aujourd'hui qui dans le continuum de la « mondialisation classique », s'articule autour du secteur de l'emploi sanitaire. Pour les professionnels de la santé, le marché de l'emploi s'est mondialisé. C'est une tendance marquée puisque les chiffres s'inscrivent dans la durée. Ainsi en l'an « 2000, 10,7% en moyenne des infirmières et 18.2% des médecins employés dans les pays de l'OCDE étaient des étrangers »²⁰³. L'ampleur de ce phénomène est fonction des pays. On note ainsi que la proportion des médecins étrangers est autour « de 30% au Royaume uni, de 21% en Australie, 34% en Nouvelle Zélande, 23% au Canada et 24% aux Etats-Unis ». ²⁰⁴ Sur la base de l'indice qu'est le lieu de naissance du soignant, les Etats-Unis avec 200.000 médecins et 336.183 infirmières sont en tête des pays à recevoir des soignants étrangers. Le Royaume-Uni compte 50.000 médecins et 81 623 infirmières nés à l'étranger. Enfin en France, le chiffre est de 34.000 médecins étrangers hormis ceux qui sont nés dans l'Algérie française.

Un premier paradoxe est cependant à noter dans le classement des pays émetteurs de cette « main-d'œuvre sanitaire » internationale. On remarque que juste après les Philippines dont sont issues 110.000 infirmières exerçant à l'étranger, viennent le Royaume-Uni, suivi par l'Allemagne bien que les deux derniers fassent partie des pays développés. En considérant l'exemple des USA dont la situation est représentative de ce phénomène, et sur le

²⁰³ Jean François Nys « Migrations internationales et crise des personnels de santé au niveau mondial » in Soins Cadres de santé supplément au n°63 2016 S3

²⁰⁴ Yasser Moullan et Yann Bourgueil « Migrations internationales de médecins impacts et implications politiques » in Questions d'économie de santé N°203-Novembre 2014 P2

point précis de l'emploi d'infirmières, on observe que « 40% des infirmières américaines nées à l'étranger viennent d'Asie, 29% d'Irlande et 24% d'Australie et du Royaume-Uni ». Une seconde contradiction dans ce phénomène fait aussi de l'Afrique un pourvoyeur de ces professionnels de santé, en dépit des besoins en personnel soignant de ce continent. Des professionnels issus de 36 Etats africains, sur un total de 57 pays au niveau mondial, prennent part à ces nouvelles migrations. Enfin l'Amérique du sud fournit aussi son contingent de travailleurs dans le domaine de la santé. Celui-ci s'oriente principalement vers l'Espagne qui compte dans son personnel 41% d'infirmières nées en Amérique du Sud.

Ce mouvement trouve sa principale origine dans le manque de main d'œuvre spécialisée observée depuis la fin des années 80 dans de nombreux pays, notamment en France. Les réformes opérées dans le secteur de la santé ont débouché sur de nouvelles politiques de gestion. Les formules à succès issues du milieu du management des entreprises, ont été transposées dans la gestion des hôpitaux. Les ressources humaines ont alors pâti de cette politique, et le manque de personnel soignant dans de nombreux pays de l'OCDE en est le résultat.²⁰⁵L'emploi des médecins étrangers, permet donc de faire correspondre les ressources humaines globales, aux besoins en personnel sanitaire de ces pays.

Deuxième raison à l'émergence de ce phénomène, on peut évoquer une volonté d'acquérir de l'expérience, teintée d'un désir « *d'ailleurs* », pour les personnels soignant issus des pays en voie de développement. Il est aussi vrai que ces derniers sont poussés vers de nouveaux horizons par leurs conditions professionnelles et sociales qui se dégradent.²⁰⁶Quand on sait l'enjeu que représente le secteur de la santé dans l'économie d'un pays, on imagine par la même occasion le rôle des soignants dans l'atteinte de cet objectif. On peut dès lors s'accorder avec Jean François Nys (2016), lorsqu'il évoque « *une fuite des cerveaux* » dans une similarité avec les problématiques liées à l'émigration classique²⁰⁷. Comme solutions à ce problème, des mesures de régulation quant à l'utilisation de personnels soignant issus des pays en voie de développement ont été adoptées, notamment en 2003 au sein du Commonwealth. L'union Européenne à de son côté décidé, pour ses Etats membres, le contrôle de l'activité des professionnels de santé issus des pays du tiers monde.²⁰⁸Du côté des pays dont émane ce nouveau type de migrants, les Philippines obligent désormais les infirmières formées sur leur sol à travailler deux ans dans les services du pays, avant

²⁰⁵ André Helman « L'Hôpital compétitif. Et l'humain, dans tout ça » Revue du Mauss semestrielle 2013, N°41P37

²⁰⁶ Yasser Moullan et Yann Bourgueil, op.cit., 2014 P6

²⁰⁷ Jean François Nys, op.cit., 2016 S3

²⁰⁸ Béatrice Espesson-Vergeat, « Revue générale de droit médical » N°44 septembre 2012 P81

d'obtenir l'autorisation de faire valoir leurs compétences sous d'autres cieux. Cependant, Pour Yasser Moullan et Yann Bourgueil (2016), le problème doit être traité autrement. Il s'agit pour eux d'« *Influer sur les facteurs qui poussent à émigrer ou, au contraire, qui retiennent les médecins dans leur pays...* ». Retenons simplement, sur le sujet de l'émigration du personnel soignant, que c'est une problématique majeure apparue dans la sphère médicale, dans le sillage de la mondialisation. Autant en est-il de la vente et de l'achat de médicaments par internet, comme de ce qui se fait appeler appelle de façon récurrente, « le tourisme pharmaceutique ». Nous allons tenter de comprendre, dans les lignes qui vont suivre, comment le secteur de la pharmacie s'inscrit dans la mondialisation, et les interactions possibles de celui-ci avec le secteur du tourisme.

- Le secteur de la pharmacie dans la mondialisation et ses interactions avec le secteur touristique

La mondialisation réagit en un deuxième temps sur le secteur de la santé par l'intermédiaire des mutations qui ont cours dans l'industrie pharmaceutique. L'histoire de la médecine et de la pharmacie nous montre que les itinéraires de ces deux domaines se confondent à l'origine, avant que l'une et l'autre n'évoluent sur des trajectoires différentes. Cependant l'objectif pour ces deux spécialités est le même, à savoir comment entretenir la santé du patient.

Nous avons mentionné, précédemment, l'enjeu que représente la constitution d'un marché unique au niveau de la mondialisation et de son rapport à l'emploi dans le domaine de la santé. De façon plus large, le secteur de l'emploi est soumis à de profonds bouleversements. Ces soubresauts se ressentent aussi dans le secteur de la pharmacie et de la chimie. Les délocalisations, qui interviennent dans certaines branches de l'industrie, se présentent aussi comme une mesure phare dans les nouvelles stratégies des entreprises pharmaceutiques.

En outre ce nouveau mode de gestion aboutit à des changements majeurs dans le système de distribution des produits pharmaceutiques. C'est ainsi que la vente de médicaments par le canal d'internet, autre symbole de la mondialisation, vient s'ajouter aux changements qui ont cours dans cette branche de l'industrie. Nous allons ici dans un premier temps, traiter de l'impact des délocalisations sur l'industrie de la pharmacie. Ensuite nous parlerons de la transformation des habitudes de consommation du médicament par l'intermédiaire de la vente et de l'achat de traitements sur internet. Pour terminer, nous aborderons le sujet « du tourisme pharmaceutique », pratique dans laquelle les déplacements à l'étranger sont motivés par l'achat de médicaments. Ce dernier élément

constitue l'objet le plus représentatif de cette autre interaction entre la santé et le tourisme, qui passe cette fois par le secteur pharmaceutique.

Les secteurs de la pharmacie et de la chimie n'échappent pas aux transformations globales subies par le secteur de l'industrie qui résultent de la mondialisation. D'ailleurs ces deux secteurs représentent entre 18% et 21 % des entreprises qui décident de s'installer à l'étranger²⁰⁹. Le terme de délocalisation se traduit par un transfèrement de la production industrielle. Une activité de fabrication, préalablement installée dans un premier pays, est transférée vers un second pays. Sur les motivations des délocalisations, il est admis que les nouveaux territoires d'accueil offrent généralement des avantages, sociaux et fiscaux plus intéressants. En outre les délocalisations participent aussi des stratégies des entreprises, pour la conquête de nouveaux marchés, et servent également à développer des activités dans la recherche et le développement. C'est pour cette dernière raison, que les délocalisations dans le domaine de la pharmacie doivent être aussi perçues sous une perspective de géographie de la santé. Par le biais de ces implantations d'unités de production à l'étranger, les laboratoires se rapprochent des zones endémiques de pathologies précises.²¹⁰ Les délocalisations offrent donc des perspectives économiques intéressantes au secteur de la pharmacie, puisqu'elles favorisent la recherche sur de nouvelles maladies, mais aussi la production de médicaments bon marché, par l'intermédiaire des génériques.

La production de médicaments obéit à une législation concernant la protection de la propriété intellectuelle. Cependant ces dispositions légales ont été revues en 1999, ce qui désormais autorise la reproduction de certains médicaments pour des questions de santé publique²¹¹. La liste des pays qui se sont lancés dans la production de médicaments bon marché s'allonge, à en devenir illisible, selon un constat de l'Académie de médecine. En effet de sites de production clairement identifiés au départ, nous sommes passés à une production qui s'est éparpillée à différents endroits de la planète.²¹² Des pays comme la Chine, l'Inde, le

²⁰⁹ Emmanuel Pliquet et Nicolas Riedinger « Les implantations des entreprises industrielles françaises : « entre délocalisations et conquête de nouveaux marchés » www.insee.fr mai 2008 consulté le 15 février 2016

²¹⁰ Julia Peyre, Aurélien Bibaut, Thomas Ducreux, Thomas Ferreira de Lima, « Un autre regard sur la mondialisation de l'industrie : quelle relance pour l'industrie pharmaceutique » www.fondation-prometheus.org septembre 2016 consulté le 15/02/2016

²¹¹ Sarah Atkinson, Alain Vaguet « La mondialisation à la loupe des géographes de la santé : Comment la question de la mondialisation se renouvelle-t-elle à partir d'expériences prises au sud » in Sébastien Fleuret et Anne -Cécile Hoyez (dir.), « Santé et Géographique » 2011 P32.

²¹² Médicaments génériques : une mondialisation incontrôlable ? www.destinationsante.com/ mis en ligne le 19 décembre 2013/ consulté le 14/07/2014

Mexique, la Turquie la Russie, la Corée du Sud, sont des exemples de nouveaux territoires vers lesquels sont transférées certaines productions pharmaceutiques. La part des médicaments génériques ne cesse donc de croître, au grand soulagement des comptes en souffrance des systèmes de sécurité sociale des pays développés. Cependant les délocalisations dans l'industrie pharmaceutique comportent des inconvénients. D'abord, cela entraîne des problèmes de ravitaillement, voire de pénurie sur certains produits. Selon Isabelle Adenot, Présidente de l'ordre des pharmaciens, pour l'année 2015, cette pénurie a concerné 539 médicaments.²¹³ On note ainsi que la Doxycycline, un antibiotique utilisé pour soigner une large palette d'infections, (les infections urinaires et respiratoires...), se raréfie sur les présentoirs des officines hexagonales.²¹⁴ Cette libéralisation des productions pharmaceutiques s'accompagne aussi de changement dans leurs circuits de commercialisation, notamment avec internet.

Le rôle d'internet dans la distribution des médicaments est une réalité que tentent d'appriivoiser les professionnels de la pharmacie. Dans un contexte de généralisation de l'information médicale et de capitalisme, internet donne aux patients la possibilité de contourner deux variables importantes dans la commercialisation des produits pharmaceutiques. Il s'agit des autorisations de mise sur le marché (AMM), et des coûts élevés auxquels sont disponibles les médicaments dans les officines. Cependant on observe sur ce canal de distribution une croissance des produits contrefaits. Éric Pryswa et Frank Guarnieri (2013) évoquent à ce titre le « *binôme, contrefaçon de médicaments-internet* »²¹⁵. Ces auteurs font observer, au sujet des caractéristiques des médicaments disponibles sur internet, que ceux-ci se composent de thérapeutiques aux molécules inactives, dont les boîtes sont parfois d'imitation. On y trouve également des médicaments sans « *aucun principes actifs ou des principes actifs en quantité insuffisante* ». Pour la discrétion de ce canal, les produits en tête des ventes sont les stimulants sexuels dont le Viagra. Viennent ensuite des produits amaigrissants. En outre, on y retrouve « *des antipaludiques, des antibiotiques, des antirétroviraux, des traitements contre le diabète, et l'hypertension artérielle* »²¹⁶. À l'évidence la composition des médicaments disponibles sur internet, pose la question de leur

²¹³ Jean-Yves Nau in « Comment la mondialisation entraîne des pénuries de médicaments en France » www.slate.fr mis en ligne le 10/01/2014 consulté le 17/07/2015

²¹⁴ Jean-Yves Nau « Comment la mondialisation entraîne des pénuries de médicaments en France » www.slate.fr mis en ligne le 10/01/2014 consulté le 17/07/2015

²¹⁵ Éric Pryswa, Frank Guarnieri « Contrefaçon de médicaments sur internet : prévenir une menace réelle sur la santé publique » in « les tribunes de la santé n°40 2013 P79

²¹⁶ Christine Mateus et Daniel Rosenweg « Santé : l'inquiétante croissance du tourisme pharmaceutique » « www.leparisien.fr mis en ligne le 05/04/2016, consulté le 06/05/2016

qualité, et des risques de toxicité et d’empoisonnement auxquels ils exposent. Face à ce fléau, des mesures en vue de le juguler s’imposent. Cela passe au préalable par la définition d’une échelle appropriée à laquelle doit se mener cette lutte. L’échelon transnational paraît le plus pertinent pour plus d’efficacité dans cette bataille. A ce niveau l’Union européenne impose aux Etats, depuis 2012, un contrôle des médicaments issus de l’importation.²¹⁷ En outre concernant les sites internet qui vendent ces médicaments en France, la réglementation exige pour conserver le rôle de conseil des pharmacies, que le « e-commerce » du médicament soit réservé à des officines préalablement agréés.

Cependant au regard des disparités sur les prix d’un Etat à un autre, de nombreux patients n’hésitent plus à passer les frontières. Certains traitements ont l’avantage d’y être vendus à des prix plus abordables. Ce qui constitue actuellement une tendance forte dans le domaine de la pharmacie. Cette pratique est qualifiée de « tourisme pharmaceutique », et touche 8% de la population française²¹⁸. Il est important de mentionner une spécificité géographique liée au tourisme pharmaceutique, celle de son essor, qui est toutefois limité à des zones frontalières, (États-Unis-Canada, Belgique-Pays-Bas, Chine-Hong Kong). La matérialité du «tourisme pharmaceutique» l’inscrit donc désormais, au nombre des interactions entre les concepts de santé et de tourisme.

Selon un constat de Christine Mateus et Daniel Rosenweg(2016), il y a depuis quelques années une hausse des saisies de médicaments dans les aéroports de l’hexagone. Ces médicaments sont rapportés de façon illégale par des voyageurs après un séjour à l’étranger. Cette pratique qualifiée à tort ou à raison « de tourisme pharmaceutique », soulève les inquiétudes des trois ordres de la santé, (*médecins, pharmaciens et vétérinaires*). Ils dénoncent ce nouveau mécanisme d’importation de médicaments²¹⁹. Le tourisme pharmaceutique est, avec l’achat de médicaments sur internet, la parade face à la législation sur certains produits, considérés comme illicites en France, et vendus dans d’autres pays, (*exemple Sativex à base de cannabis, utilisé dans les soins contre sclérose en plaque*), et face

²¹⁷ Médicaments génériques : une mondialisation incontrôlable ? www.destinationsante.com/ mis en ligne le 19 décembre 2013/ consulté le 14/07/2014

²¹⁸ Alexandra Bresson « Un budget santé au régime », « enquête sofinscop » in « Métro du mercredi 22 janvier 2013 P ??

²¹⁹ Christine Mateus et Daniel Rosenweg « Santé : l’inquiétante croissance du tourisme pharmaceutique » « www.leparisien.fr/mis en ligne le 05/04/2016, consulté le 06/05/2016

au déremboursement d'autres médicaments, qui s'est opéré à la suite de la crise dans les systèmes d'assurance maladie²²⁰.

On observe que la pratique du tourisme pharmaceutique touche la quasi-totalité des continents, de l'Europe à l'Amérique du Nord, en passant par l'Asie et l'Océanie. De nombreux patients américains se rendent au Canada, dans le but de se procurer des médicaments à des coûts plus accessibles.²²¹ De même, des touristes de la Chine continentale se rendent à Hong Kong pour faire des emplettes, dans lesquelles les médicaments prennent de plus en plus de place. Certains produits pharmaceutiques leurs reviennent à des prix de 30 à 40% moins chers que dans leur pays. Le flacon d'Herceptin, utilisé dans les soins contre le cancer du sein, se vend 60 % moins cher qu'en Chine.²²² Il est donc important de souligner ici que la pratique du « tourisme pharmaceutique » relève pour l'essentiel de ce que l'on peut considérer comme les dimensions transfrontalières de la santé. Cependant cette caractéristique est remise en cause par l'exemple de l'Australie. En effet dans ce pays des patients ont mis sur pieds des associations dans lesquelles l'on se sert du déplacement de certains membres à l'étranger, comme filière d'approvisionnement en médicaments bon marché.

Le tourisme pharmaceutique naît de la différence de prix pratiqué sur certains médicaments d'un pays à un autre. Comment donc expliquer ces différences de coûts, alors que ces Etats appartiennent au même espace économique, notamment sur le territoire européen où cela implique des standards de qualité à respecter ? Afin de pouvoir répondre à cette question, nous observerons dans un premier temps les conditions dans lesquelles sont fixés les prix des traitements pharmaceutiques de façon générale. Puis une mise en parallèle des exemples belge et hollandais, nous permettra de comprendre les enjeux liés à ces spécificités dans les mécanismes de fixation des prix des produits thérapeutiques. Enfin le cas du « Sovaldi », produit mis récemment sur le marché pour les soins contre l'hépatite C et dont le coût s'élève à 40.000€ France, et à 61.000€ au USA, nous aidera à comprendre le genre de situation qui conduit à l'émergence du tourisme pharmaceutique. On s'aperçoit, à l'observation de ce phénomène, qu'il vient remettre en cause l'idée de la démocratie sanitaire

²²⁰ Dr François-André Allaert, « Le tourisme pharmaceutique » www.dijon-sante.fr 10/04/2016, consulté le 06/05/2016

²²¹ Virginie Chasles « Les nouvelles dynamiques du tourisme dans le monde » www.Geoconfluences.ens-lyon.fr Consulté le 07/05/2013

²²² Jin Wensi « Hongkong : les chinois du continent ou le tourisme pharmaceutique » fr.cntv.c/ journal de l'économie du 21/08/2013, Consulté le 17/02/2015 »

promue en France depuis le début des années 2000, et qui fait de l'accès aux soins pour tout un chacun un principe de la gouvernance.²²³

Il convient de rappeler en début de ce propos que la fixation du prix des médicaments pèse à la fois sur l'équilibre des comptes des systèmes d'assurance maladie, mais compte aussi pour assurer le financement de la recherche, condition de la vitalité du secteur de la pharmacie.²²⁴ L'analyse des mécanismes de fixation des prix des médicaments dans les pays de l'Union Européenne, montre une variation dans les méthodes utilisées d'un pays à l'autre. Ces divergences sont à mettre en rapport avec l'idéologie économique, le rapport culturel au travail, mais aussi avec la notion de solidarité propre à chacun de ces Etats.

Au delà de ces divergences, les préoccupations qui influent sur la fixation du prix des produits pharmaceutiques restent analogues. Il s'agit en premier de satisfaire, la double exigence d'accès à des soins efficaces et bon marché pour les assurés, tout en travaillant à la baisse du reste à charge qui incombe à ceux-ci. Dans un second temps, cette fixation de prix des médicaments doit garantir aux entreprises de l'industrie pharmaceutique un environnement économique propice aux développements de leurs activités. Il s'agit de leur garantir les profits nécessaires au financement de la recherche. Ainsi l'élaboration du prix des médicaments s'appuie sur la nature des systèmes de protection sociale, mais aussi sur la conjoncture économique dans le pays concerné.

Ensuite le coût des thérapeutiques sont aussi fixé en fonction de la situation de l'entreprise productrice (*position de monopole ou contexte de concurrence*). L'autre élément à prendre en compte se rapporte à l'observation du prix auquel se vend le même traitement dans d'autres pays de l'Union européenne. Enfin le dernier facteur est la particularité de la maladie à traiter, et l'existence ou non de traitements alternatifs. Cependant l'efficacité du traitement, dans la prise en charge de la pathologie, est une permanence en matière de fixation de prix des produits pharmaceutiques quel que soit le pays.

L'existence d'un tourisme pharmaceutique de la Belgique vers les Pays-Bas est un exemple intéressant dans cette analyse. On note ainsi, dans les officines de la zone frontalière belgo-hollandaise, la présence de nombreux « excursionnistes » belges venant acheter des médicaments vendus à des prix plus intéressants que dans leur pays.²²⁵ Sur ce point, il est intéressant de comparer le mode de fixation du prix des médicaments d'un côté et de l'autre

²²³ Lise Demailly « L'idéal de démocratie sanitaire » et sa mise en pratique ambiguë » in Techniques Hospitalières mars-avril 2016 P47

²²⁴ Emmanuelle Alexandre in « La régulation des dépenses pharmaceutiques en Europe » 2003 P13

²²⁵ Jean Pierre Stroobants « Aux Pays-Bas, le « Tourisme du médicament » est une affaire qui marche » in le « Monde » jeudi 16 avril 2009

de la frontière entre ces deux pays. En Belgique, le prix fixé pour un médicament fait l'objet d'intenses négociations entre le laboratoire fabricant et le SPF économie²²⁶. Les laboratoires pharmaceutiques, après avoir obtenu l'autorisation de mise sur le marché concernant un nouveau produit, proposent un prix et introduisent par la même occasion auprès de l'INAMI (organisme d'assurance maladie belge), une demande de prise en charge.²²⁷L'accord pour une inscription du traitement sur la liste des médicaments pris en charge par l'organisme d'assurance maladie est conclu sur la base des critères, de l'efficacité du médicament, et du nombre de malades susceptibles d'y recourir. A cela il faut ajouter une comparaison avec d'autres produits utilisés dans le traitement de la pathologie à laquelle on applique le produit en question. Cependant la validation du prix incombe en dernier ressort aux laboratoires. Si l'on ne parvient pas à un accord officiel sur le prix, il existe un mécanisme officieux de rétrocession des sommes dépensées sur le médicament à l'Inami²²⁸. Selon les termes de l'accord, le médicament est soit totalement ou partiellement pris en charge par l'organisme de sécurité sociale.

A la différence de la Belgique, les prix des médicaments aux Pays-Bas voisins, sont fixés sur la base d'un autre mécanisme, appelé « modèle Kiwi ». Cette méthode est construite autour d'un référencement des tarifs pratiqués, dans quatre pays de l'Union Européenne (Allemagne, Belgique, France, Royaume-Uni), pour certains médicaments encore sous brevet. ²²⁹ Ce mécanisme de fixation de prix consiste à lancer un appel d'offre public sur les médicaments encore sous brevet. La conséquence directe de cette pratique a pour effet le fait que le système d'assurance maladie ne prend en charge que les produits présentant le meilleur rapport qualité-prix²³⁰. Le remboursement ne s'effectue qu'en direction d'une seule marque de produit, sur la base d'un prix revu deux fois par an. Etant donné que les médicaments des autres marques ne sont plus pris en charge, sauf avis médical, cela aboutit *in fine* à une baisse mécanique de leurs prix de l'ordre de 50 à 90% en comparaison de la Belgique.²³¹

²²⁶ Service public fédéral chargé de l'économie, équivalent français du Ministère français de l'économie

²²⁷ Virginie Lefour « Qui décide du prix et du remboursement des médicaments en Belgique ? » www.rtbef.be Consulté le 14/05/2016

²²⁸ Institut National d'assurance Maladie-Invalidité, une institution publique de sécurité sociale belge

²²⁹ Virginie Gimbert, Daniel Benamouzig : « Les Médicaments et leurs prix : comment les prix sont-ils déterminés » www.strategie.gouv.fr/03/04/2014 consulté le 10/05/2016

²³⁰ Dirk Van Duppen, « la guerre des médicaments. Pourquoi sont-ils si chers » www.Bfci.be manquant, consulté le 12/05/2016

²³¹ Jean Pierre Stroobants, op.cit, 2009

L'observation du prix appliqué au Sovaldi, nouvelle molécule utilisée dans le traitement contre l'hépatite C, est représentative des raisons à l'origine du tourisme pharmaceutique. Ce traitement, qui dure trois mois a une efficacité de 90% en comparaison des traitements précédents. Ces produits issus d'association de différentes molécules, ont à la différence du Sovaldi une efficacité estimée à 50%. L'hépatite C est une affection qui touche 200.000 personnes en France et 15 millions dans le monde²³². Cette pathologie, si elle n'est pas prise en charge à temps, peut évoluer vers une cirrhose du foie. Cependant de nombreux patients n'ont pas accès à ce nouveau traitement. Son coût prohibitif oblige l'assurance maladie à sélectionner les malades. En effet le laboratoire Gilead qui le produit, le propose à 41 000€ en France, 60.000€ aux USA et entre 1000 et 900€ en Egypte, en Inde et en Thaïlande. Des études montrent cependant que le coût de fabrication oscille entre 100 à 200€²³³. Dans ce contexte, la seule solution qui se présente aux patients désireux de se procurer ce traitement est de partir à l'étranger. L'argument autour de la compétitivité des prix des médicaments, à l'origine du tourisme pharmaceutique sur certaines destinations, doit cependant être nuancé. Certes il est évident que la pratique du tourisme pharmaceutique permet aux consommateurs de faire des économies non négligeables. Cependant, derrière cette démarche commerciale, se cache en réalité une forme d'automédication. Comme dans le cas des achats de médicaments sur internet, le manque de suivi pour les patients peut être source de danger. A l'échelle des laboratoires locaux et des officines pharmaceutiques, l'expansion du phénomène du « tourisme pharmaceutique » présente à terme des risques de pertes financières. Ce qui par conséquent menace l'activité de la recherche dans sa globalité, et donc retarde la sortie de nouvelles molécules pour le traitement de nombreuses autres pathologies. Enfin, l'émergence du tourisme pharmaceutique vient mettre en lumière des insuffisances qui subsistent dans le respect du principe de démocratie sanitaire. En effet, le discours autour de ce concept fait de l'accès de tous à des soins de qualité, une valeur républicaine. Or comme nous avons pu le noter, ce principe rapporté au traitement de l'hépatite C par le Sovaldi est faussé. L'application des normes de gestion et de productivité font que le principe de démocratie sanitaire, pour le moment ne se résume qu'à un simple effet de style.²³⁴ En outre, bien que le tourisme pharmaceutique soit une réalité apparue dans le sillage de la mondialisation, se pose d'un point de vue épistémologique la question du

²³² Alexandre Fache « l'épidémie silencieuse : Comment contrer le braquage des labos » www.humanite.fr 04/11/2014 consulté le 12/05/2016

²³³ Christine Mateus et Daniel Rosenweg, op.cit, 2016

²³⁴ Lise Demailly « L'idéal de démocratie sanitaire » et sa mise en pratique ambiguë» in Techniques Hospitalières mars-avril 2016 P49

caractère touristique de ce type de déplacement. Qu'y-a-t-il de touristique à se rendre dans un pays voisin pour y acheter des médicaments ? Il est possible d'appliquer ce type de questionnement à l'objet central de cette étude, à savoir la thématique du « tourisme médical ». Retenons pour l'instant que l'élément qui permet d'inscrire ce phénomène dans les pratiques touristiques, c'est la mobilité. Le voyage dans ce cas présent participe d'une logique thérapeutique, puisque sa motivation première est la recherche de traitements pharmaceutiques. C'est cela qui justifie son occurrence dans cette réflexion sur la relation entre la santé et le tourisme.

La mobilité qui justifie la qualification en acte touristique de ce type de déplacement est un élément central dans les rapports entre la mondialisation et le secteur de la santé. La croissance des déplacements qui accompagnent la mondialisation est porteuse de menace sanitaires. On peut estimer, au regard de l'histoire épidémiologique récente, que le vaste mouvement de populations à l'échelle du globe favorise la propagation de certaines maladies infectieuses. Dans ce domaine, le tourisme porte une responsabilité, notamment depuis les années 2000. C'est d'ailleurs par l'action du tourisme que ces épidémies se sont propagées rapidement. Ce qui a conféré à ces pathologies une dimension mondiale.

Lorsqu'il s'agit d'épidémies et de tourisme, le sujet peut apparaître sous deux angles. Dans la première approche, le tourisme peut être perçu comme un moyen par lequel se diffusent les maladies. Ensuite, d'un second point de vue, il s'agit des pertes économiques dans le tourisme, consécutives dans un proche passé à l'apparition des pandémies du SRAS, du Chikungunya, et de la Grippe AH1N1. Aujourd'hui le virus Ebola, et la maladie à virus Zika se servent aussi du canal des déplacements internationaux comme mode de propagation. Il sera aussi question de traiter cette double perception de la relation entre le tourisme et le fait épidémiologique.

- Le rôle du tourisme dans la propagation des épidémies

L'analyse du secteur touristique montre la fragilité de celui-ci lorsqu'il doit faire face à des crises d'ordre politique, économique, social, environnemental, sanitaire. L'actualité nous ramène une fois de plus à cette réalité à travers la baisse de 22% de la fréquentation touristiques pour les territoires français d'outre-mer, du fait de la présence du virus zika selon la fédération des entreprises d'outre-Mer (Fedom)²³⁵.

C'est donc un fait avéré que des craintes et des peurs dans le domaine de la santé et singulièrement de l'épidémiologie conduisent de nombreux voyageurs à se détourner de certaines destinations, au profit d'autres endroits plus sûrs. Cependant, précisons avant d'aller plus loin que, lorsque l'on aborde la question des épidémies de nos jours, il faut souligner la prégnance du fait médiatique dans la perception et dans l'idée que le grand public s'en fait. De façon globale, la tournure que prend le fait sanitaire, au niveau des médias, est un élément nouveau dans le champ de la santé. Le discours médiatique sur le fait sanitaire s'articule soit autour de la notion de scandales, soit autour de la notion de risque²³⁶ : sang contaminé, amiante, vache folle, nuage de Tchernobyl, infections nosocomiales, fièvre Ebola. Dans le traitement de l'information relative au fait épidémiologique, les médias sont responsables de la surenchère concernant la portée des pandémies.²³⁷

Lorsque le terme d'épidémie entre en interaction avec le mot tourisme, c'est dans un premier temps pour faire des touristes des éléments de la chaîne de propagation de ces pathologies. Cela cadre avec le mot épidémie pris dans son sens étymologique. En effet, ce vocable tire son origine de deux mots grecs : « *épi* », « sur » et « *démos* », « peuple ». Au Ve siècle avant J.C, le mot est employé par Hippocrate, et se traduit littéralement par : « Ce qui circule et se propage dans un pays ».²³⁸ Pour Michel Foucault (1963) : « *On donne le nom de maladies épidémiques à toutes celles qui attaquent en même temps, et avec des caractères immuables, un grand nombre de personnes à la fois* »²³⁹. Le terme d' « épidémie » s'utilise de nos jours

²³⁵ Zika : l'outre-mer appelle à ne pas « décourager les touristes » à venir. www.quotidiendutourisme.com consulté le 15/06/2016 mis en ligne le 03 mars 2016

²³⁷ « H. Romeyer « Discours médiatique et Cancer en France de 2000 à 2005 » in C. Routier, Agnes d'Arripe in « Communication et santé : Enjeux contemporains » (2010).

²³⁸ Antoine Falhaut et Patrick Zylberman « Des Epidémies et des Hommes » P 10-11 2008

²³⁹ Michel Foucault, op.cit., P22, 1963

pour désigner la dissémination de maladies infectieuses, telles la peste, la grippe, la variole, qui surgissent de façon spectaculaire et se propagent rapidement au sein d'une population.²⁴⁰

Au-delà du rôle joué par les animaux et les insectes dans la diffusion des pathologies, les études montrent que depuis le début des années 2000, de nouveaux facteurs agissent dans la recrudescence des épidémies. Pour Anne Bauer (2009), les épidémies actuelles tirent leurs origines de différents motifs dont, « *L'accroissement démographique, l'urbanisation rapide, l'agriculture intensive, la dégradation de l'environnement et l'utilisation malencontreuse des anti-infectieux...* ». ²⁴¹ Alexandre Magnan (2006) affirme lui, que « *Mobilité et santé entretiennent un dialogue aussi ancien que l'histoire des hommes* » ²⁴². Dans ce propos, il tente de mettre en exergue la prépondérance du voyage dans l'expansion des épidémies. Le déplacement des hommes quelles qu'en soit les motivations, autant dans l'histoire que dans l'actualité, domine encore dans la diffusion des épidémies. Gérard Jorland, soutient à juste titre sur ce point que « *les épidémies suivent les routes commerciales ou les pèlerinages, le mouvement des troupes ou les permissions des soldats, les migrations de main d'œuvre. Elles sont corrélatives du développement des moyens de transport* » ²⁴³. C'est dire l'historicité de la relation entre les deux concepts.

Dans le contexte de la mondialisation, les flux humains se composent des cadres expatriés, des étudiants internationaux, des migrants, et des touristes. Sur le rôle de ces derniers dans la diffusion des pathologies, l'importance du nombre de voyageurs internationaux laisse entrevoir l'ampleur de la menace. Aujourd'hui, les progrès accomplis dans l'aviation se traduisent autant par la rapidité que par la capacité des appareils. Les distances sont raccourcies, de même qu'un nombre important de touristes, concerne aujourd'hui des zones restées pendant longtemps inaccessibles. Ce fait peut être perçu comme une aubaine pour le tourisme, mais en contrepartie, il doit faire prendre conscience du danger auquel il expose, c'est-à-dire celui de la diffusion rapide de certaines maladies infectieuses. En France sur les quatre millions de voyageurs qui se rendent ou reviennent chaque année de zones endémiques, nombreux sont ceux qui sont potentiellement porteurs de maladies infectieuses.²⁴⁴ Pour Antoine Falhaut et Patrick Zylberman (2008), « *quand il fallait 80 jours*

²⁴⁰ Jacques Delamare « Dictionnaire des termes de Médecine »

²⁴¹ Anne Bauer in « Grippe A/H1N1 : L'OMS droite dans ses bottes » in Les Echos Lundi 12 octobre 2009

²⁴² Alexandre Magnan « L'épidémie de Chikungunya à la Réunion : une occasion de réfléchir au(x) paradoxe(s) insulaire(s) » in cahiers d'Outre-Mer, Avril-juin 2006, www.com.revues.org/396, consulté le 15 avril 2016

²⁴³ Gérard Jorland « Une Société à Soigner » Hygiène et Salubrité Publique en France au XIX siècle » 2010 P323

²⁴⁴ Olivier Bouchaud, Paul-Henri Consigny, Michel Cot, Sophie Odermatt-Biays *op.cit* 2006 P19

à *Phileas Fogg pour faire le tour du monde, il ne faudra au SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère) que 80 heures. Un monde qui chaque jours voit près de six millions de voyageurs, soit autant de porteurs potentiels de germe dangereux, franchir une frontière* »²⁴⁵. Anarfi Asamoah-Baah (2013), de son côté, considère que l'épidémie du SRAS, en 2003, mettait « *en danger tous les pays possédant un aéroport international* »²⁴⁶. Ces faits viennent réaffirmer la menace sanitaire qui plane sur de nombreux pays, du fait des flux touristiques et de leurs incidences sur le tableau pathologique de ces destinations.

La responsabilité des touristes dans les phénomènes d'épidémies peut s'expliquer de différentes manières. Il y a ce qui a trait à la nature des pathologies en présence dans leur développement, notamment dans leur phase d'incubation. C'est un stade auquel les germes de la maladie se développent dans le corps, sans que le sujet ne montre pour autant des signes cliniques de contamination. Cette période pendant laquelle le microbe agit de façon latente, est un facteur de propagation des épidémies. Ce temps de latence varie d'une pathologie à l'autre. Il est par exemple de trois à six jours dans le cas de la fièvre jaune, de dix à quatorze jours pour le paludisme, de deux à six mois pour l'hépatite C.

Ensuite, le deuxième aspect de l'implication des touristes dans la propagation des épidémies tient à leur attitude en termes de négligence. La baisse de précaution de certains touristes, face aux mesures de protections vaccinales, amplifie le rôle des touristes dans le phénomène épidémiologique. L'OMS, signale sur son site internet, qu'« *en 1996, des cas mortels de fièvre jaune ont été importés aux Etats-Unis d'Amérique et en Suisse par des touristes qui avaient voyagé dans des régions où la fièvre jaune est endémique sans avoir été vaccinés* »²⁴⁷.

Pour aller plus loin dans le domaine de la négligence, on peut aussi évoquer le comportement de certains voyageurs sur leur lieu de vacances. Il est vrai que la question du sida obéit à une autre logique que celle liée aux épidémies de ces quinze dernières années. Cependant, ces pathologies et le Sida, ont des conséquences qui convergent notamment pour la réserve qu'elles peuvent susciter de la part de voyageurs potentiels, qui souhaiteraient se rendre dans des zones à forte endémicité. Le tourisme aux premières années de la pandémie du Sida a participé sans le vouloir à l'expansion de cette pathologie, avec le slogan des trois « s » : « *Sea, Sex, and Sun* ». De nombreuses campagnes de sensibilisation sur l'usage du préservatif ont inondé toutes les catégories de médias depuis le milieu des années 1980. Cependant, on peut voir comment se révèle la baisse de la vigilance sur le sida sous la plume de Michel Houellebecq (2001), dans son célèbre roman « Plateforme » : « *J'étais déjà en elle, et j'allais et venais avec force, quand je m'aperçus que j'avais oublié de mettre un*

²⁴⁵ Antoine Falhaut et Patrick Zylberman *op.cit* 2008, P17

²⁴⁶ Anarfi Asamoah-Baah, « Comment vaincre les nouvelles maladies infectieuses ? Les leçons du SRAS et de la

²⁴⁷ Surveillance mondiale des maladies infectieuses » www.who.int consulté le 08/09/2014

préservatif. D'après les rapports de Médecins du Monde, un tiers des prostitués thaïs étaient séropositives. Je ne peux pourtant pas dire que je ressentis un frisson de terreur ; j'étais juste légèrement ennuyé.»²⁴⁸

Cet extrait présente un double intérêt dans notre analyse sur la responsabilité des touristes dans la propagation de certaines pathologies. Dans cet ouvrage grandement inspiré par la réalité du tourisme sexuel, il apparaît que le temps de vacances garde sa caractéristique de période d'insouciance. Les campagnes médiatiques pour la lutte contre le sida, trente ans après la mise en place des premières mesures, ont aujourd'hui encore toutes les raisons d'être. Ensuite, deuxième élément qu'évoque cet extrait, c'est la stigmatisation de certaines destinations par rapport à la question singulière du sida que l'on peut étendre à d'autres maladies infectieuses. Il apparaît que l'argumentaire autour des atouts touristiques d'une destination, comme c'est le cas avec la Thaïlande, peut être remis en cause dans l'imaginaire de touristes potentiels du fait du taux de prévalence du VIH au sein de la population locale.

On le voit, la notion de « *village planétaire* » issue de l'univers de la communication, qui à l'origine traduit l'idée d'une proximité entre les peuples et les individus, est cependant porteuse de menaces au niveau de la santé publique. La mondialisation est ainsi aussi devenue « *microbienne* » avec un secteur du tourisme, qui se présente comme un canal privilégié dans la diffusion de nombreuses pathologies. Au-delà de cette première approche de la relation entre le tourisme et le fait épidémiologique, il en existe une autre. Il s'agit des pertes économiques et financières que l'on a pu observer durant les deux dernières décennies dans l'économie touristique, suite à des faits d'épidémiologie. Ces pertes sont consécutives à une baisse de l'activité touristique, du fait de l'émergence de maladies infectieuses au niveau mondiale ou bien sur certaines destinations. Nous allons dans le prochain propos, nous servir de la gestion de l'épidémie de la grippe AH1N1, et de celle du Chikungunya, pour rendre compte des répercussions des crises sanitaires et épidémiologiques sur l'économie touristique de certaines destinations.

²⁴⁸ Michel Houellebecq « *Plateforme* » 2001 P116.

- Epidémies de portée mondiale et impacts sur l'activité touristique

La grippe AH1N1 surgit en 2009, alors que le monde sort à peine d'une période de soubresauts consécutive à la faillite en cascade des banques, et avec pour point de départ le scandale des « subprimes ». Cette épidémie de grippe, marque les esprits, parce qu'elle vient en rajouter au contexte de morosité en compromettant toutes les prévisions sur le redressement de l'économie mondiale.²⁴⁹ Le choix de la grippe, « A/California/02/2009 (H1N1) »²⁵⁰ de son nom scientifique, dans notre analyse sur les conséquences des épidémies de portée mondiale sur l'économie touristique, est lié à la singularité de cette dernière en comparaison des autres. Pour le rapport avec le sujet précédent, cette pathologie s'est disséminée à travers la planète par l'intermédiaire des touristes. En effet, une fois le foyer de la pathologie identifié au Mexique, la rapidité avec laquelle elle se propage dans le monde fait du tourisme l'un des principaux canaux de sa diffusion. En outre, elle se distingue par le type de population qui en a été victime, c'est-à-dire les 25-49 ans, tranche d'âge dans la population qui voyage le plus.²⁵¹ Dans la deuxième partie de notre réflexion sur les incidences des épidémies sur le tourisme, l'occurrence du Chikungunya, s'explique par l'importance du secteur touristique pour l'économie réunionnaise. Le tourisme est le premier atout économique de cette île, devant l'industrie sucrière. C'est dans le secteur touristique que les convulsions de l'économie réunionnaise à la suite du Chikungunya, ont été le plus ressenties. Au cours de l'année 2006, les hôtels de la Réunion, ont dû faire face à des annulations massives de réservations, de l'ordre de 12.000 nuitées, soit un manque à gagner de 6 millions d'euros²⁵². Dans l'observation de ces deux cas, les conséquences de ces pathologies sur l'économie sont à la fois verticales et horizontales. Percevons derrière la notion de verticalité, le caractère universel des conséquences de la pathologie, c'est-à-dire sur l'ensemble des acteurs économiques de l'île. Autant pour les conséquences de la grippe AH1N1 sur l'économie mondiale, que pour celle du Chikungunya sur l'économie de la Réunion, ces

²⁴⁹ Marie-Béatrice Baudet, Virginie Malingre « Les européens s'inquiètent de l'impact économique de la grippe A » www.lemonde.fr 20/07/2009 consulté le 12 mars 20.

²⁵⁰ Christian Delahaye « L'agent pathogène est un virus d'origine à la fois aviaire, porcine et humaine, doté d'un potentiel pandémique »

²⁵¹ Martine Perez « H1N1 : 40% des décès frappent des biens portants » www.lefigaro.fr mardi 15 septembre 2009 consulté le 15/04/2014

²⁵² Langhammer Louise, Justine Vuillemin : « L'Impact de l'Epidémie du Chikungunya sur le tourisme à la Réunion à partir de 2005 » www.bts-anabiotec.fr consulté le 27/06/2016

pathologies sont à l'origine de nombreux arrêts de travail. On a ainsi enregistré à la Réunion une hausse de 33% dans l'absentéisme, pour toute l'économie de l'île.

Dans une deuxième articulation de l'impact des épidémies sur l'économie, il y a la notion d'horizontalité. La logique de l'horizontalité, se réfère au caractère localisé de certaines conséquences à un secteur économique précis. Le secteur du tourisme a donc, plus que tous les autres, dû faire face à l'émergence de ces deux pathologies. Ces épidémies à des échelles différentes, et selon leurs zones endémiques, ont agi autant sur les agences de voyages, les compagnies aériennes, les hôtels, les restaurants, que sur les autres opérateurs de la filière touristique. La peur de la contagion de la grippe AH1N1, s'est présentée comme un frein à la fréquentation des centres commerciaux, et des grands événements culturels et sportifs. La destination « Réunion » a dû affronter l'ostracisme de nombreux voyageurs. Avec une baisse de la fréquentation de l'ordre de 30% au moins. Le nombre de touristes ayant visité l'île en 2006, est de 300.000, soit une baisse notable de 130.000 personnes par rapport à 2005. Cependant, il convient d'apprécier l'efficacité dans la gestion de l'épidémie du Chikungunya, et le déploiement de mesures exceptionnelles, de la part de l'Etat, pour la sauvegarde de l'économie d'une région dont le tourisme constitue un des piliers. Les dispositions prises par l'Etat en faveur des acteurs du monde touristique réunionnais en font un cas d'école en matière d'interventionnisme des acteurs politiques dans la gestion des crises sanitaires dans l'économie touristique. Ainsi dans le propos qui suit, il s'agira d'observer un autre démembrement de la relation entre le tourisme et la santé, par le biais d'une analyse de la gestion des épidémies de la grippe AH1N1, au niveau mondial, et de celle du Chikungunya, à la Réunion.

Dans le panorama des épidémies auxquelles fut confronté le monde ces vingt dernières années, la grippe AH1N1 se présente comme celle ayant fait l'objet d'une réponse presque instantanée de la part de la communauté internationale. En effet, la quasi totalité des pays de la planète se sont mobilisés face à la pandémie. Dans les premières semaines, elle touche 70 000 personnes, dont 8 768, avec un pronostic vital est engagé, dans 207 pays. De façon plus précise, on a ainsi pu répertorier aux premières heures de la pandémie : « 385 cas, dont 140 Canada, 57 en L'Espagne, 27 en Angleterre, 9 en Allemagne, la Nouvelle –Zélande, six cas , l'Italie cinq, la France et Israël quatre, le Salvador et la Corée du sud Signalent chacun deux cas confirmés. L'Autriche, Hong Kong, le Costa Rica, la Colombie, le Danemark, l'Irlande, le Portugal, la Suisse et les Pays-Bas recensent chacun un cas

confirmé ». ²⁵³ Au Mexique 26 personnes en sont mortes, et une personne a perdu la vie aux Etats-Unis suite à cette pathologie.

En termes de conséquences, la Grippe AH1N1, a d'abord contraint de nombreux touristes à reporter leur déplacement, le temps que les inquiétudes se dissipent. Sur le plan financier, les prévisions de pertes économiques battent tous les records, notamment celui du SRAS. Alors que le déficit consécutif au SRAS s'élève à 25 milliards de dollars, les prévisions de pertes relatives à la Grippe AH1N1 s'élèvent à 2200 milliards de dollars²⁵⁴. La réalité fut fort heureusement en-deçà des prévisions. Certes, le secteur du tourisme se présente comme étant le plus sinistré par cette pandémie. 50% des pertes enregistrées par l'économie mondiale lors de cette crise sont à mettre au compte du tourisme. Cependant il est à noter que ces déficits sont fonction des destinations. L'exemple de Hong Kong sur ce sujet est assez représentatif. Ce pays qui recevait 29,5 millions de voyageurs par an, a vu le nombre de ses touristes en provenance de l'Europe et des Etats-Unis diminuer de 20%. Au Mexique, les pertes engendrées suite à l'émergence de cette pandémie s'élèvent à 3 milliards d'euros pour le secteur du tourisme et de l'hôtellerie.

La réapparition de certaines maladies infectieuses de portée mondiale, a conduit à la mise en place de mesures de lutte couvrant l'ensemble des pays membres de l'OMS depuis le début des années 1990. La nouvelle donne épidémiologique a cependant révélé un problème structurel de la coopération sanitaire internationale. Aujourd'hui encore, la gestion collective des crises épidémiologiques est un sujet d'interminables tractations, et parfois de désaccords profonds, bien souvent en dépit du caractère urgent des situations. Antoine Falhaut et Patrick Zylberman (2008), évoqués précédemment, font un constat à ce propos. Pour eux, « *S'il est une matière propre à devenir internationale sans offenser les nationalismes, s'imagine-t-on volontiers, c'est la santé... Pointilleux sur ses droits, l'Etat-nation se défait difficilement de ses prérogatives. Jamais, à la vérité, la société des Etats ne s'est résolue à concéder aux organisations internationales une autorité à la mesure des responsabilités. Face à la maladie, la gouvernance mondiale est structurellement faible* ». ²⁵⁵ Ces propos font immerger deux problématiques principales liées à la gestion des épidémies. Il s'agit des réticences qu'éprouvent certains pays à déléguer les questions qui engagent leur santé publique aux instances internationales. Certains y voient un renoncement à un domaine significatif de leur souveraineté, à un champ régalien de la gouvernance. Or en contradiction avec cette attitude,

²⁵³ « H1N1 : bilan économique au Mexique 2eme mort aux USA » www.rts.ch mis en ligne le mai 2009 consulté le 12 août 2014

²⁵⁴ Le virus H1N1, fléau du tourisme international www.lapresse.ca Consulté le 15/03/2014

²⁵⁵ Antoine Falhaut et Patrick Zylberman *op.cit* 2008 P 83

J Monnet, cité par Emmanuelle Alexandre (2003), reconnaît que « *les nations souveraines du passé ne sont plus le cadre où peuvent se résoudre les problèmes du présent* »²⁵⁶. Cela revient à dire que l'espace traditionnel des Etats-nations est de moins en moins pertinent pour atteindre une réelle efficacité dans la lutte contre les épidémies. Il est évident que c'est de ce premier obstacle que naissent par la suite les défaillances constatées dans la gestion de ces crises sanitaires.

En dépit de ces insuffisances, l'urgence des situations dans le contexte de la mondialisation, donc de la disparition des frontières, obligent les autorités sanitaires à apporter des réponses appropriées à ces nouveaux défis sanitaires. Des initiatives ont donc été prises au niveau international pour faire face à ces situations d'épidémies.

La coopération multilatérale devant la question des épidémies touche en premier lieu la création de systèmes globaux d'alerte. L'objectif de cette première mesure étant de maintenir une vigilance d'ensemble. Celle-ci revient à assurer la fiabilité des données émanant de chaque pays. Au-delà de cette disposition, il convient aussi de mentionner, les appels à destination des chercheurs du monde entier, qui ont été lancés pour accélérer la découverte de produits thérapeutiques pour les pathologies en question²⁵⁷. L'originalité de cette approche est, dorénavant, de faire travailler en synergie, « *Les Etats et des centres universitaires d'excellence spécialisés dans les maladies transmissibles, par exemple les US Centers For Disease Control, le UK public Health Laboratory Service, les Instituts Pasteurs Français, le réseau mondial des écoles de santé publique et le réseau de formation d'épidémiologie et d'intervention en santé publique (THEPHINET)* »²⁵⁸ Ensuite, l'OMS a entériné la mise en place d'un nouveau règlement sanitaire international (RSI)²⁵⁹. Cette charte oblige chacun des Etats membres de l'organisation, à disposer de moyens de dépistage et de prévention des dangers épidémiologiques. D'un autre côté, le nouveau RSI permet à l'OMS d'avoir accès aux statistiques relatives aux épidémies en question, pour chaque Etat membre. En outre de nouveaux canaux d'information s'ajoutent à ceux utilisés jusqu'ici. Ainsi, les ONG, les religieux, les médias sont désormais considérés comme de nouvelles sources d'informations dans l'évaluation de l'ampleur des épidémies. La particularité de ce nouveau protocole concernant le RSI, en comparaison des accords précédents, est qu'il s'applique de facto à tous les Etats membres de l'organisation. Afin de multiplier les sources d'information,

²⁵⁶ Emmanuelle Alexandre « La régulation des dépenses pharmaceutiques en Europe » 2003 P11

²⁵⁷ Christian Delahaye in : « sans précédent dans l'histoire de la médecine ; la première épidémie combattue mondialement dès sa naissance » in le Quotidien du Médecin N°8681, 18 décembre 2009, P36

²⁵⁸ « Surveillance mondiale des maladies infectieuses » www.who.int consulté le 08/09/2014

²⁵⁹ Anne Bauer in « Grippe A/H1N1 : L'OMS droite dans ses bottes » in Les Echos Lundi 12 octobre 2009

des plateformes numériques ont été créées à destination du grand public. Ces sites peuvent être soit internationaux ou nationaux. Ainsi les « (ProMed, Travel Med), régionale (PACNET dans la région Pacifique) ou nationale (Senti Web en France », participent chacun à leur échelle à répondre aux préoccupations des usagers²⁶⁰.

En France la gestion de la crise de la grippe AH1N1 s'inscrit dans le cadre général de la notion constitutionnelle qu'est le « principe de précaution ». Ce concept est novateur en ce sens que, lors d'une situation de risque sanitaire, écologique, ou environnemental, la présomption du danger commande une réaction d'urgence. Alors que par le passé, c'était la concrétisation du danger qui appelait au déclenchement d'une réaction des autorités compétentes. L'hypothèse d'un danger, par l'intermédiaire de ce principe physio-politique, oblige aujourd'hui les autorités gouvernementales à entreprendre des actions en vue d'assurer la sécurité de la population.²⁶¹ Sur ce fait, pour la crise de la grippe AH1N1, des mesures de protection ont été prises sur l'ensemble du territoire national avec la création de 1080 centres de vaccination. La lutte contre les épidémies a au niveau historique, toujours fait appel à des mesures énergiques que sont la quarantaine, les restrictions, les différents contrôles. Dans le cas présent, elles prennent la forme d'interdiction d'importation de certains produits, notamment de la viande de porc en provenance des pays touchés.²⁶²

Au niveau du tourisme, ces dispositions se traduisent par une surveillance accrue, et des contrôles stricts des voyageurs en provenance des zones à risque. L'isolement des voyageurs de retour de ces régions, et la réduction des vols vers ces pays, font parti des principales dispositions prises pour faire face à la menace. Ces décisions appartiennent aux usages liés à la surveillance épidémiologique.

Les impacts de l'épidémie de grippe sur l'économie ont été sévères. Des solutions permettant de maintenir l'activité touristique à flot ont dû être imaginées. Dans le domaine des assurances, il existe deux façons d'apprécier le risque épidémiologique. La prise en compte des risques pandémiques implique pour les compagnies d'assurance de revisiter les polices souscrites par les tour-opérateurs français, afin d'y ajouter les préjudices qui peuvent découler de cette épidémie.²⁶³ En outre, second point de la prise en compte des risques liés à la pandémie, un nouveau produit assurantiel, en plus de l'assurance annulation classique, a

²⁶⁰ « Surveillance mondiale des maladies infectieuses » www.who.int consulté le 08/09/2014

²⁶¹ Claude Olivier Doron op.cit 2009 P8

²⁶² « H1N1 : bilan économique au Mexique 2eme mort aux USA » www.rts.ch mis en ligne le mai 2009 consulté le 12 août 2014.

été mis en place. Dans le portefeuille des clients, cela se traduit par une augmentation de 10 à 15 euros dans l'achat des forfaits voyages. Cette initiative fût prise pendant la crise par des voyagistes que sont Nouvelles Frontières, Look Voyages, TUI France, et Thomas Cook. Quand d'autres Tour-opérateurs tels Fram, Voyages du monde, le Club Med, et Marmara, ont décidé de supporter eux-mêmes les surcoûts des frais d'assurances liés à la pandémie²⁶⁴.

Autre point important, il s'agit de la multiplication des offres commerciales. Dans ce cadre, « voyages du Monde » se présente comme le tour-opérateur étant intervenu de la façon la plus significative. Ce T.O s'est proposé d'indemniser ses clients à 100%, si ces derniers venaient à tomber malades une semaine avant la date du début de leur séjour.²⁶⁵ On peut estimer qu'en réaction à la baisse des réservations, suite à l'apparition de cette pandémie, les professionnels du voyage ont communiqué sur des offres d'assurance et d'assistance pour rassurer les clients souhaitant voyager. Ce qui a permis à l'activité touristique de subsister.

Terminons la première partie de notre analyse sur la crise AH1N1, par le secteur de la restauration qui est adjacent au tourisme. La restauration dans ce cadre porte un risque spécifique, car elle expose autant les professionnels que les clients à une probabilité élevée d'infection. Elle rassemble dans des lieux souvent fermés un nombre important de personnes²⁶⁶. Cela appelle donc un renforcement des mesures d'hygiène et de prévention. L'utilisation de gants et de masques de protection pendant la confection des repas est donc essentielle pour le personnel. En outre, dans tous les lieux recevant du public, des poubelles imperméables et à pédales, ce qui permet d'éviter une manipulation, ont été mises à disposition dans des endroits facilement réparables. Celles-ci servent à recueillir les mouchoirs, les masques de protection et les gants utilisés par les personnes en service ou de passage. En plus, le nettoyage quotidien de ces éléments fut posé comme une nécessité, afin d'éviter que cet équipement ne devienne à son tour un élément dans la chaîne de la contamination.

Nous avons précédemment évoqué la notion de verticalité pour les conséquences des épidémies sur l'économie en général. Le cas du Chikungunya à la Réunion s'inscrit dans cette veine. Pour ce territoire français d'outre-mer, cette crise sanitaire se présente comme l'un des

²⁶⁴ Grippe H1N1/Assurance annulation : Les agents de chouchoutent leurs clients www.news-assurances.com
Consulté le 13/07/2012

²⁶⁵ Benoit Martin « Assurance Voyage / Grippe H1N1 : Les voyagistes prennent les devants » News-assurances.com consulté le 16/06/2016

²⁶⁶ Grippe A : L'hygiène, la meilleure mesure de prévention » www.lhotellerie-restauration.fr mis en ligne le 16/09/2009 consulté le 17/06/2016

événements ayant eu des conséquences sur la totalité de l'économie de l'île. Cependant, c'est sur l'économie touristique que nous allons concentrer ici notre analyse, dans la perspective horizontale des conséquences d'une épidémie.

Il convient déjà d'aborder de façon brève l'étiologie générale de cette pathologie. D'abord, au niveau de ses zones endémiques, le Chikungunya sévit surtout en Afrique, en Asie, en Inde notamment. On a signalé des cas de cette maladie dans certaines régions d'Europe, par exemple en Italie, mais aussi en Amérique, du fait du réchauffement climatique. Ce franchissement des zones géographiques par cette pathologie, corrobore l'idée mentionnée précédemment, celle de la « *mondialisation microbienne* ».

Le Chikungunya est une pathologie virale transmise par un moustique de type *alphavirus* de la famille des *Togaviridae*. Cette maladie se manifeste par des fièvres et des douleurs aiguës au niveau des articulations et des muscles. En Swahili langue d'origine du mot, « Chikungunya » signifie « courbé », en référence aux douleurs articulaires. Celles-ci s'accompagnent souvent d'une grande faiblesse du malade, de vomissements, et parfois d'éruption cutanées²⁶⁷. Ces symptômes peuvent être très handicapants pour les malades les plus fragiles, notamment les personnes âgées. Les séquelles disparaissent généralement au bout de quelques semaines, pour certains malades, voire plusieurs mois pour d'autres. Cependant, il arrive aussi que la maladie entraîne chez certains sujets des séquelles au niveau optique, du système nerveux, du système cardiaque et de l'appareil digestif.²⁶⁸ Dans les cas extrêmes, le Chikungunya peut conduire à la mort du malade. D'ailleurs en 2005-2006, 257 décès suite à cette pathologie ont été recensés à la Réunion.

Bien qu'aucun traitement ne soit aujourd'hui réellement disponible, la prise en charge thérapeutique se fait à partir d'analgésiques, d'antidouleurs et d'anti-inflammatoires.²⁶⁹ Vu qu'il n'existe aucun vaccin, et en considérant que le principal vecteur de la pathologie est le moustique, les mesures de prévention contre le Chikungunya sont analogues à celles appliquées dans le cas du paludisme, mentionnées dans le chapitre relatif aux maladies infectieuses et tropicales. Il importe donc de se prémunir contre les piqûres de moustiques.

Lors de l'épidémie de Grippe, le gouvernement mexicain a travaillé à la mise en place d'un fond d'aide de 1.3 milliard de dollars, pour permettre au secteur du tourisme d'amortir les

²⁶⁷ François Taglioni « Virus-sans-frontières, le chikungunya dans le sud de l'océan indien et au-delà » in Sabine Duhamel, François Moullé (dir.), « Frontières et santé, Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers 2010 » P 250

²⁶⁸ Article : Chikungunya Aide Mémoire, N°327 Mars 2008, www.who.int.com consulté le 13/07/2012

²⁶⁹ François Taglioni op.cit 2010 P250

effets de la crise de l'AH1N1.²⁷⁰ C'est une recette analogue qui a été appliquée dans la gestion de la crise du Chikungunya. Il existe donc une similarité de la démarche dans la gestion mexicaine de la grippe AH1N1, et les mesures décidées par le gouvernement français au profit de l'Île de la Réunion, pour sortir de la crise du Chikungunya. Le volontarisme de la gouvernance locale réunionnaise, travaillant sous la houlette des autorités de la métropole, fut essentiel pour permettre aux opérateurs touristiques de ce territoire des DOM-TOM d'amortir le choc de cette pandémie, et ainsi de passer la crise.

Le premier problème auquel ont dû faire face les opérateurs touristiques de la Réunion est la baisse de fréquentation. François Taglioni (2010), reprend à son compte, un sondage de l'institut Pasteur, paru en 2007, qui montre la réticence des touristes à se rendre sur des destinations qui présentent des dangers épidémiologiques. Ainsi selon les résultats de cette enquête, 36% des personnes interrogées, soit 1/3, éprouve des réserves à visiter un pays avec un risque épidémiologique avéré²⁷¹. Il n'est pas exagéré de dire qu'il y a eu de la part des voyageurs un ostracisme concernant la destination « Réunion ». Cela marque le point de départ d'une période d'incertitudes économiques au regard de l'importance du tourisme dans l'économie de cette île.

Les impacts de la crise du Chikungunya ont été ressentis par tous les acteurs intervenant dans le champ du tourisme sur l'Île de la Réunion. Les Compagnies aériennes reliant l'île au reste du monde, et singulièrement à la métropole, ont enregistré une baisse d'activité de l'ordre de 20 à 30%. Air France fait cas de pertes financières d'environ 10 millions d'euros, quand on constate chez Air Austral un manque à gagner de l'ordre de 12 millions d'euros²⁷². Cependant, c'est au niveau de l'hôtellerie que l'on note un ralentissement significatif de l'activité, au cours de l'année 2006²⁷³. Ainsi courant mars 2006, on a pu relever que 20 000 réservations de nuitées ont été annulées²⁷⁴. Sur le plan comptable, cela revient à une perte sèche de 500 000 euros. Ce cycle d'annulations de réservations va déboucher sur des problèmes sociaux dans la gestion des structures d'hébergement. Sur les 56 000 personnes travaillant dans le secteur de l'hôtellerie à la Réunion, 1 860 personnes ont perdu leur emploi

²⁷⁰ H1N1 : bilan économique au Mexique 2eme mort aux USA » www.rts.ch mis en ligne le mai 2009 consulté le 12 août 2014

²⁷¹ François Taglioni op.cit 2010 P249

²⁷² Langhammer Louise, Justine Vuillemin : « L'Impact de l'Epidémie du Chikungunya sur le tourisme à la réunion à partir de 2005 » www.bts-anabiotec.fr consulté le 27/06/2016

²⁷³ Article, Colette Galant, « Tourisme : la crise du Chikungunya a coûté 500 emplois salarié » www.insee.fr consulté le 13/07/2012

²⁷⁴ Langhammer Louise, Justine Vuillemin, op.cit consulté le 27/06/2016

en 2005, et 1 400 personnes se sont retrouvées au chômage en 2006. Cela équivaut à ¼ des employés de ce secteur en cessation temporaire d'activité.

Il existe dans la gestion de l'épidémie de Chikungunya, deux types de mesures pour faire face à la crise. Il y a les initiatives qui émanent des professionnels du secteur touristique. La multiplication des offres promotionnelles font parti des principales actions. Dans l'hôtellerie, ces offres ont surtout ciblé les clients en provenance de l'étranger, notamment les habitants de la métropole. Dans le secteur de la restauration, ces offres visaient les résidents de l'île pour limiter les pertes dans ce secteur proche de l'activité touristique.

Le rôle de l'Etat français, qui a travaillé en synergie avec la gouvernance locale de l'île, fut déterminant durant cette période trouble. La gestion de cette crise au niveau des pouvoirs publics a commencé par une intensification de la campagne médiatique (*Radio, télé et presse écrite*), initiée un peu plus tôt autour de la pathologie. Ces messages de prévention étaient autant à destination de la population locale que des touristes. Cependant, c'est le dispositif d'aides exceptionnelles mis en place par l'Etat pour les acteurs de l'économie touristique réunionnaise, qui motive le traitement du cas du Chikungunya dans cette partie de notre réflexion, sur l'impact des épidémies sur le tourisme²⁷⁵. Cet appui de l'Etat avait un double objectif. Il s'agissait en premier lieu d'éviter que l'économie touristique ne périclite, entraînant dans son sillage toute l'économie de ce territoire. Dans un second temps, ces mesures avaient pour but de poser les jalons d'une reprise économique post-crise.

Cet appui de l'Etat fut de deux ordres. S'agissant des entreprises, deux mécanismes d'indemnisation ont été créés : le Fisac (*Fonds d'intervention pour la sauvegarde de l'artisanat et du commerce*) et FSE (*Fonds de secours exceptionnel*), d'un montant de 31 millions d'euros. Ces enveloppes ont permis aux structures d'hébergement et aux hôtels de bénéficier d'un appui financier pour faire face aux échéances bancaires et amortir les effets de la récession. En outre des dispositions en faveur d'une suspension temporaire des différentes échéances fiscales pour les entreprises ont été prises.

A destination des salariés, des mesures exceptionnelles pour compenser les pertes de salaires consécutives au chômage technique sont aussi à noter. En plus de 30 millions d'euros d'aides aux entreprises, la crise du Chikungunya a engendré d'autres dépenses à hauteur de 22 millions au titre de la prévention, et de 9 millions d'euros pour la recherche scientifique sur la pathologie²⁷⁶. Ces actions ont permis au tourisme de la Réunion de renouer avec la

²⁷⁵ Jean-Noël Arnaud, « Des aides sans précédent ». In « Tourisme : la crise du Chikungunya a coûté 500 emplois salarié » www.insee.fr consulté le 13/07/2012

²⁷⁶ Langhammer Louise, Justine Vuillemin, op.cit consulté le 27/06/2016

croissance, puisque l'on a enregistré en 2007 une hausse de la fréquentation de l'île de l'ordre de 36,5% par rapport à 2006, soit 101 700 voyageurs de plus.

Les épidémies du Chikungunya et de la grippe AH1N1 sont les preuves d'une relation de quasi-dépendance entre la situation épidémiologique d'une destination, et sa fréquentation touristique. Patrice Bouvet évoque, dans une étude réalisée en 2013, les retombées des événements sportifs pour les pays organisateurs. Les principaux avantages se déclinent en notoriété, en attractivité touristique, et en croissance pour l'économie locale.²⁷⁷ Or en 2015, le Maroc chargé initialement de l'organisation de la CAN, y a renoncé, au plus fort de l'épidémie de la fièvre Ebola, et ce en dépit des retombées économiques liées à l'organisation d'un événement de cette envergure. Cette attitude du Royaume chérifien, obéit à une seule logique, celle de ne pas mettre en danger au-delà de la compétition, son tourisme, secteur clef de son économie, si des cas de cette pathologie venaient à être importés sur son sol, et à se propager durant la compétition. D'ailleurs le Maroc n'a pas été seul à observer cette attitude prudente par rapport à l'épidémie²⁷⁸. En effet, il est à noter que les pays touchés (Guinée, Libéria, Sierra Leone), ont souffert d'un réel ostracisme de la part des compagnies aériennes occidentales durant toute la période de l'épidémie d'Ebola. La peur de la contagion a conduit la majorité des transporteurs aériens desservant les principaux aéroports de ces pays d'Afrique de l'Ouest à s'en détourner.

Nous avons pu le voir, la mondialisation se manifeste globalement par la réduction des distances du fait des moyens de transports devenus plus performants. La rapidité avec laquelle circule l'information permet de réduire la distance entre deux points du globe. Ce mouvement de portée mondiale a également un impact sur la culture des peuples. Nombreux sont ceux qui dénoncent d'ailleurs une standardisation des cultures du fait de la mondialisation. Cependant son action engendre un paradoxe. Le repli identitaire, dans sa version vertueuse, c'est-à-dire celle du réinvestissement des peuples de leurs propres cultures, est une aubaine pour le tourisme, d'ailleurs il en est bien souvent la raison. La mondialisation a donc un double effet sur le tourisme.

Dans ses déclinaisons protéiformes, la mondialisation touche également le domaine de la santé. Le mouvement des professionnels de santé à l'international, l'achat de médicaments à l'étranger, et les épidémies qui touchent toute la planète, sont des expressions du rapport de

²⁷⁷ Patrice Bouvet, « Les « retombées » des événements sportifs sont-elles celles que l'on croit ? » [2013] www.regulation.revues.org/ consulté le 15/06/2016

²⁷⁸ « La Can pas décalée » Lyon Plus du mardi 4 novembre 2014 P15

la mondialisation à la santé. Sur le sujet plus précis de la mondialisation de la santé et de sa relation au tourisme, on a constaté le rôle que jouent les touristes, souvent à leur insu, dans la propagation des épidémies, dans une première approche. Dans un deuxième temps, nous avons observé les conséquences de quelques grandes épidémies de dimension mondiale, notamment celle de la grippe AH1N1 sur l'économie touristique globale. L'exemple du Chikungunya nous a permis d'illustrer les impacts des épidémies sur l'économie touristique de l'île de la Réunion. Enfin le « tourisme médical », sujet principal de notre étude, est aussi une pratique portée par la mondialisation dans sa relation à la santé. Ce concept résume le mouvement à l'international de populations dans le but de se faire soigner, dans un pays autre que le leur. Il est vrai que les migrations humaines, motivées par des besoins thérapeutiques, font parti des habitudes qui remontent aux premières heures de nombreuses civilisations. Ramener à notre époque cet usage prend la dénomination de tourisme médical. D'ailleurs cette pratique figure en bonne place dans les tendances qui agitent aujourd'hui le secteur touristique (Kalfon 2009).²⁷⁹ Cette qualification en acte de tourisme concernant cette catégorie des flux mondiaux, s'installe dans la littérature spécialisée, non sans poser un problème notionnel et sémantique. Quelles sont les subtilités, au niveau conceptuel de ce nouveau phénomène ? Quelle est la valeur épistémologique de la réunion de deux vocables, (*tourisme-médical*), qui à première vue, s'opposent dans l'imaginaire collectif ? C'est autant de questions que nous tenterons de discuter dans le prochain chapitre.

²⁷⁹ Pierre Kalfon « Tourisme et innovation ; comment décrypter les tendances qui bouleversent le monde du voyage » P56 2009

Chapitre V

- Conception et réalité autour de la pratique médico-touristique :
- Une diversité dans la pratique du tourisme médical, pour un terme générique

Dans la diversité des interactions entre le concept de tourisme et celui de la santé, il y a l'expression « tourisme de santé ». Cette précision est essentielle lorsque l'on observe dans le détail l'ensemble des déclinaisons de l'association tourisme et santé. L'expression « tourisme de santé » dans la pratique concerne l'ensemble des déplacements entrepris soit sur les conseils d'un médecin, soit de la propre initiative du patient dans un objectif préventif ou thérapeutique. C'est pourquoi la locution « tourisme de santé » nous ramène en vérité à deux pratiques. Ainsi apparaît un premier élément, celui reconnu sous l'appellation de « tourisme de soins », ou « tourisme de bien-être ». Nous avons au chapitre deux (P.49-52), analysé les sujets du thermalisme et levé un coin de voile sur les pratiques attenantes que sont la thalassothérapie et la balnéothérapie, et c'est cela que nous allons évoquer dans le premier cas. La seconde réalité à laquelle nous ramène l'expression « tourisme de santé », concerne le tourisme médical. Philippe Sandra (2005) cite les propos d'Albert Camus qui disait que « *mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde* »²⁸⁰. Ces propos traduisent la fragilité à laquelle s'expose toute entreprise intellectuelle, dont le but est de nommer, de circonscrire un concept, et de poser les frontières d'un objet de recherche. D'ailleurs en observant la pratique des déplacements internationaux à but thérapeutique, on note qu'il existe différentes dénominations pour une seule et même réalité. Jérôme Mageiste (2010) parle de « séjours médico-touristiques »²⁸¹, Jean-Michel Hoerner (2008) utilise le terme de « délocalisation sanitaire »²⁸², quand Virginie Chasles (2013) emploie l'expression de « tourisme hospitalier ». ²⁸³Dans la rhétorique hospitalière hexagonale, on a opté pour les mots de « patients non-résidents »²⁸⁴ pour faire référence aux malades venus d'un autre pays et admis dans les établissements français de santé. C'est ainsi que l'expression « tourisme

²⁸⁰ Philippe Sandra « Comment développer la démarche éthique en unité de soins » 2005 P7

²⁸¹ Jérôme Mageiste « Les Séjours Medico-touristiques » « Frontière et santé Genèse et Maillage des réseaux Transfrontaliers » 2010 P186

²⁸² Jean-Michel Hoerner « Géopolitique du Tourisme » 2008 P12-13

²⁸³ Virginie Chasles « Les nouvelles dynamiques du tourisme dans le monde, » www.geoconfluences.ens-lyon.fr Consulté le 07/05/2013

²⁸⁴ Marie Bonnet « L'admission des patients venus de l'étranger dans les hôpitaux de Paris » « Mémoire de l'Ecole Nationale de la santé Publique » sous la direction de Lucille Tallineau » 2000 P10.

médical » sert de terme générique dans la diversité des expressions utilisées en référence aux patients qui, dans le sillage de la mondialisation, se rendent sous d'autres cieux pour des soins. Ce concept se présente comme la dernière séquence de l'interaction entre la mondialisation et le domaine de la santé, point autour duquel va se déployer l'essentiel, à partir du présent chapitre, de notre réflexion.

La notion de frontières entre les Etats garde aujourd'hui encore de l'importance au niveau administratif. Cependant certains faits dans différents domaines, notamment dans ceux du travail, de la fiscalité, de la communication, de la santé, changent le rapport de l'individu à l'espace et au territoire. La pratique du tourisme médical atteste de l'évolution des rapports au concept de frontières pour de nombreux malades. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, lorsqu'il s'agit de se soigner, le déplacement ne s'énonce plus uniquement dans les limites territoriales d'un même pays, d'un même continent. Le concept de tourisme médical consacre ainsi dans son essence, la recherche de solutions thérapeutiques ou d'assistance médicale dans la résolution de problèmes liés à la santé. Cependant au-delà de ce tronc commun, de cette permanence qui s'articule autour du déplacement international et de « l'habiter temporaire » dans un lieu autre que celui de résidence habituel du patient, la pratique du tourisme médical renvoie à une triple réalité. En passant au crible le terme, il est possible d'en dégager les subdivisions, d'en isoler certaines subtilités, et d'en faire ressortir des nuances. Quelles sont les particularités qui peuvent apparaître dans la pratique, susceptible de servir en tant que marqueur pour la catégorisation des usages ? Cet exercice est un point important dans notre réflexion sur le thème du « tourisme médical », dans sa quête d'une crédibilité scientifique, elle-même déjà biaisée à l'initial par l'association de deux vocables que tout oppose à première vue dans l'imaginaire collectif.

Pour Erik Neveu, (2011) : « *Les mots qui réussissent socialement sont souvent ceux qui sont capables d'agglomérer chez les locuteurs très divers une pluralité de sens qui flirte avec la confusion, d'être perçus comme les réceptacles de promesses et de valeurs diverses* »²⁸⁵. Ces propos cadrent avec l'emploi en général de la locution « tourisme médical » et de sa pratique. En effet cette citation laisse paraître les dissonances sur le bien-fondé de l'expression tourisme médical, remettant en question la validité académique d'un concept, dont la matérialité ne peut être cependant occultée. Le tourisme médical devient alors un fait social mais aussi un fait de société, et nous le verrons dans sa médiatisation.

²⁸⁵Erik Neveu, « une société de communication », 2011 P9-10

Julien Duval (2004) estime que toute analyse scientifique des faits sociaux s'accompagne d'une nécessaire conceptualisation.²⁸⁶ Le tourisme médical doit donc passer par cette étape, dans la confirmation de son statut de fait social. Or, outre la diversité des pratiques dans la production de ce phénomène, une autre polémique existe sur le sujet. Il s'agit de la validation « en acte de tourisme » pour les déplacements afférents à la production du phénomène. Voici ainsi défini l'essentiel des questions que nous allons aborder dans notre prochain propos.

Dans une première approche, l'expression « tourisme médical » fait référence aux mouvements temporaires de personnes de leur pays de résidence vers un pays d'accueil. L'objectif de ce déplacement est de pouvoir profiter de soins ou d'actes médicaux indisponibles, ou bien fortement réglementés dans leur pays d'origine²⁸⁷. Nous reviendrons plus en détail sur les motivations à la base de cette forme de migration dans un prochain chapitre. Ensuite dans une deuxième approche conceptuelle du phénomène, on relève une première différence. Il s'agit de l'émergence d'une innovation majeure. Dans ce cas de figure, le déplacement à but thérapeutique s'accompagne des plaisirs des voyages, avec des séquences de détente et de loisirs durant le séjour. C'est la définition que donne Pierre Kalfon (2009) du concept de tourisme médical. Pour cet auteur, « *le but du Tourisme médical est de proposer aux patients étrangers des formules « 2 en 1 » comprenant l'acte médical et le séjour de détente.* »²⁸⁸. La commercialisation de ce type de forfait-voyage, est le créneau de diverses agences de voyages, (*Séjour médical, à destination du Maroc, Médicrotour, à destination de la Croatie, Voyage médical santé, pour la destination de l'Inde*).

Enfin une troisième déclinaison pour le tourisme médical est celle qui exclut dans la pratique toute idée de loisir. Cette catégorie de voyage dans le tourisme médical, dépouillée de toute idée de plaisir, consacre simplement la recherche de solutions thérapeutiques, ou la consommation d'un acte médical, dans un pays autre que le lieu de résidence habituel du patient. La différence avec les premières catégories se situe au niveau de la prise en charge du patient. Celle-ci commence à la descente d'avion et se poursuit sur le lieu de l'hospitalisation. Des agences en charge du séjour sur place s'occupent également de l'hébergement des accompagnants. Ces voyageurs peuvent avoir à disposition un interprète si besoin. Il y a dans cette déclinaison de l'organisation du voyage des patients des aspects de « conciergerie de luxe ».

²⁸⁶ Julien Duval « Les concepts comme instruments et comme Objets. Eléments sur l'Usage et l'analyse de concept » in « Philippe Robert-Demontrond (dir.), « l'analyse de concept » 2004 P133

²⁸⁷ Virginie Chasles, op.cit., 2013

²⁸⁸ Pierre Kalfon, Op.cit., 2009, P56

En France, on utilise le terme de patients-non résidents pour parler des touristes médicaux. La forte connotation administrative de cette expression provient de la complexité à appréhender le phénomène des étrangers présents sur le territoire pour des motifs sanitaires. L'expression de patients-non résidents sert ainsi à élaguer le concept. Marie Bonnet (2000) définit le patient non résident comme le malade de passage sur le territoire national « *conservant sa résidence à l'étranger. Il se trouve en France muni d'un visa de court séjour, ou sans visa pour les cas où aucun visa n'est requis, dans le cadre d'un voyage touristique ou d'une visite familiale durant lesquels apparaît un besoin sanitaire, ou encore dans le cadre d'un voyage à but exclusivement sanitaire* »²⁸⁹ On note ici que la notion de « patient non résident » se focalise sur le critère de la résidence principale. Ensuite vient le critère de la durée du séjour sur le territoire national, ne devant pas ici excéder trois mois. Cependant, il manque à cette définition la question de la provenance du patient, derrière laquelle se cache celle de l'échelle du déplacement. Sommes-nous dans le cas d'un déplacement transfrontalier ou dans celui d'un déplacement qui se situe à un échelon plus important, international notamment ? Voici quelques questions à débattre dans l'analyse épistémologique d'un concept, qui dérange à son énonciation.

- Polémique autour de la validité du concept de tourisme médical

L'expression « tourisme médical » comporte une ambiguïté. Celle-ci porte sur la difficulté liée à l'association de deux vocables qui s'opposent dans l'imaginaire collectif. En effet la charge émotionnelle contenue dans chacun des deux mots que comprend l'expression « tourisme médical », crée une appréhension légitime au sujet du bien fondé de cette terminologie. C'est chose délicate que de créer un attelage lexical à partir des mots « tourisme » et « santé ». Le terme santé, garde dans l'opinion générale, une connotation sérieuse, parfois grave. La peine, la souffrance, la douleur, la mort, sont quelques éléments qui viennent à l'esprit de tout un chacun quand on évoque le mot. A contrario, quand on parle de tourisme, se profile en arrière-plan un univers de bonheur, de plaisir, de relâchement, de liberté, de bien-être. C'est ce qui transparait chez de nombreux auteurs dont la réflexion a porté sur le sujet du tourisme. Cela est perceptible chez Rodolphe Christin (2011), dans sa définition du tourisme tirée de l'encyclopédie *Universalis*. Selon son dictionnaire, « *le tourisme est l'expression d'une mobilité humaine et sociale fondée sur un excédent*

²⁸⁹ Marie Bonnet « L'admission des patients venus de l'étranger dans les hôpitaux de Paris » « Mémoire de l'Ecole Nationale de la santé Publique » sous la direction de Lucille Tallineau » 2000 P10

budgétaire susceptible d'être consacré au temps libre passé à l'extérieur de la résidence principale. Il implique au moins un découcher, c'est-à-dire une nuit passée hors du domicile, quoique d'après certaines définitions il faille au moins quatre à cinq nuits passées hors de chez soi. Il concerne un déplacement d'agrément, s'appuie sur un ou plusieurs types de loisirs conjugués ou successifs »²⁹⁰.

Cette première définition du tourisme nous donne des indices sur la perception qu'ont la majorité des gens par rapport à l'objet touristique. Ainsi, parler de tourisme, c'est réveiller dans l'opinion générale des souvenirs ou des rêves d'insouciance, de décontraction, de légèreté. Rachid Amirou (1995) abonde dans le même sens. Pour lui, *« l'ensemble des images et des évocations liées au tourisme participe de plusieurs univers : les explorations, le voyage, le pèlerinage, les vacances, les loisirs, l'aventure, la relation à l'espace, le nomadisme, l'errance, la découverte, etc... »²⁹¹*. Pour Catherine Bertho Lavenir (1999), le tourisme est très apprécié chez la plupart de nos contemporains. Le tourisme, est un *« acte gratuit et impératif, une obligation sans nécessité, une aimable contrainte. Rien ne nous force à partir en villégiature. Rien, sauf l'idée qu'on s'en fait »*. Elle poursuit d'ailleurs, en reconnaissant que *« Le côté véritablement intrigant du tourisme, c'est qu'il n'est fondé sur aucune nécessité »²⁹²*.

Voici donc quelques opinions sur les sentiments que suscite le tourisme, tirés des propos d'auteurs qui ont fait de ce sujet un objet d'analyse. De ces représentations sur le phénomène touristique, naît une opposition naturelle, source de l'ambiguïté et du caractère l'inadapté de l'expression « tourisme médical ». C'est d'ailleurs pour cette raison qu'Aïssa Khelifa, reconnaît que *« l'expression gêne en France, alors qu'elle est largement utilisée dans l'univers anglo-saxon »²⁹³*. Pour poursuivre sur le sentiment contradictoire face au concept, selon la culture des patients en présence, Jean François Nys (2014) parle des « Medical Holidays » qui sont bien installées dans le langage anglo-saxon. Les anglo-saxons utilisent ainsi l'expression « tourisme médical », pour les déplacements motivés par le traitement des maladies lourdes. Aujourd'hui la pratique concerne d'autres traitements moins lourds, la dentisterie, la chirurgie esthétique, les liposucions. Cependant, si personne dans l'univers du tourisme ne nie l'existence des migrations à caractère thérapeutiques, leur qualification en tendance touristiques est loin de faire l'unanimité. Il devient alors intéressant de revisiter la définition officielle du tourisme, selon l'OMT, pour déterminer les conditions dans lesquelles,

²⁹⁰Rodolphe Christin, op.cit., 2011 P11

²⁹¹ Rachid Amirou, op.cit., 1995, P26

²⁹² Catherine Bertho Lavenir in introduction, op.cit., 1999, P9

²⁹³ Aïssa Khelifa «Mondialisation des soins et tourisme », Etude pour l'Institut Montparnasse 2013 P9.

les déplacements à but thérapeutique dans un pays étranger peuvent être qualifiés « d'actes de tourisme ».

Dans la définition du tourisme selon l'OMT, à l'issue de la conférence des nations-Unis à Rome, en 1963, sur le tourisme et les déplacements internationaux, le concept du tourisme s'appuie sur deux motifs principaux, la motivation du séjour et sa durée. Ainsi « *est considéré comme touriste, toute personne en déplacement hors de son environnement habituel pour une durée d'au moins une nuitée, et d'un an au plus, pour des motifs non liés à une activité rémunérée dans le lieu visité* »²⁹⁴.

On note, en observant la définition du tourisme selon l'OMT, que sont admises dans la pratique touristique toutes sortes de déplacements, dont la motivation concerne le bien-être, (le thermalisme), les réunions professionnelles ou scientifiques, les événements à caractère sportifs, etc... On parle alors dans ce cadre de tourisme de bien-être, tourisme de congrès, ou tourisme sportif²⁹⁵. Cette conception officielle du tourisme, émanant de l'OMT, va instiller un embarras dans l'approche universitaire du concept. Elle donne au tourisme de façon consubstantielle un caractère d'extension, et la capacité à user d'une « flottabilité » au gré des circonstances, qui finissent par le rendre imprécis. Aujourd'hui encore, on continue à se demander ce qu'est un touriste. Cependant, c'est dans cet espace illimité, ouvrant la porte à une sorte d'œcuménisme conceptuel créé par l'OMT autour de l'objet, qu'apparaît la possibilité d'accoler le terme médical à celui de tourisme, pour faire référence aux déplacements à but thérapeutique. Cependant est-ce pour autant que le tourisme médical acquiert dès lors une validité au niveau épistémologique ?

Le tourisme médical est avant tout un fait social. Ce qui nous fournit un socle, un domaine scientifique dans une entreprise d'analyse épistémologique. Pour Philippe Robert-Demontrond (2004), dans la dialectique autour du mot « concept » en sociologie, il existe une double appréciation du vocable. D'une part nous avons ce qu'il qualifie de concept « vulgaire » et de concept « savant ». Les concepts savants désignent des phénomènes sociologiques dont les effets sont identifiables par tous. Si on applique cette théorie à l'analyse des effets du tourisme sur les sociétés traditionnelles, pour la déstabilisation de ces communautés qu'occasionne le phénomène touristique, cette modélisation peut apparaître comme un concept savant. Nul ne peut ignorer l'effet déstabilisateur du tourisme sur certaines sociétés, y compris des sociétés occidentales comme nous l'avons vu précédemment (P32-35). Pour ce qui est du concept « vulgaire », le terme de « prénotions » qui sert également à le désigner, est également utilisé. Tous deux peuvent alors être utilisés dans le

²⁹⁴ Pierre Kalfon, op.cit., 2009,18

²⁹⁵ Bruno Lecoquière, op.cit., 2008 P197

but : « de mettre nos actions en harmonie avec le monde qui nous entoure ; ils sont formés par la pratique et pour elle ». ²⁹⁶

En cela, la création de l'expression tourisme médical répond au besoin de faire correspondre la réalité d'une pratique qui s'appuie sur le déplacement, donc sur l'habiter temporaire dans un endroit autre que le lieu de résidence, pour des motifs thérapeutiques. Il n'existe pour l'instant aucune locution, aucun autre mot, qui permette de désigner cette réalité. Ainsi en l'absence du terme idéal pour les déplacements à but thérapeutique à l'étranger, l'expression tourisme médical sert pour l'instant à saisir cette réalité.

Cependant Arlette Chabrol (2009) juge le terme inopportun, voire péjoratif²⁹⁷. Dans la même veine, Virginie Chasles (2013) affirme que l'expression est inadaptée. D'ailleurs pour Patrick A. Bouvier, (2008), l'expression tourisme médical, dans le jargon médical, était utilisée pour désigner de façon ironique des malades s'adonnant à un genre de nomadisme médical, allant de médecins en médecins, dans leurs quêtes de solutions thérapeutiques²⁹⁸. On peut donc souscrire à l'avis général sur le caractère impropre de l'expression « tourisme médical », dans sa tentative de conceptualiser un phénomène qui est au demeurant bien réel. Car comme souligné un peu plus haut, du fait de l'empreinte du tourisme dans l'imaginaire collectif, un déplacement qui est motivé par des raisons thérapeutiques est en totale opposition avec des mobiles touristiques.²⁹⁹

Rémy Knafou (2013) estime que la principale insuffisance, « la faille conceptuelle », dans l'analyse épistémologique du tourisme médical, provient de l'absence de récréation³⁰⁰. Autre insuffisance conceptuelle, à propos de ces migrations à but sanitaire, elle provient de la définition du « touriste » selon Jean-Michel Hoerner (2012). Il soutient que la qualité de touriste est liée à l'importance des dépenses touristiques, effectuées dans des établissements à caractère touristique, reconnus comme tels dans la comptabilité publique. Dans la qualification d'un séjour hors de son cadre habituel en acte de tourisme, il est primordial que 50% des dépenses soient faites dans des endroits reconnus pour leur caractère touristique.

²⁹⁶Philippe Robert-Demontrond in Préambule in « L'Analyse du concept » 2004 P134

²⁹⁷Arlette Chabrol : « entretien avec Nicolas Brun : « Journal Médecins °8 Novembre 2009 » P12

²⁹⁸ Dr Patrick A. Bouvier « Explosion du tourisme médical : des voyageurs d'un nouveau Type » Revue Médicale suisse 14 mai 2008 P196

²⁹⁹ Virginie Chasles, Op.cit., 2013

³⁰⁰Rémy Knafou «Réflexion préliminaires » in Virginie Chasles, Op.cit., 2013

L'épine dorsale de sa théorie est que la fréquentation touristique doit entraîner des recettes pour les professionnels opérant dans le secteur. Il considère qu'une forte affluence dans une station touristique n'est pas synonyme de croissance de chiffre d'affaires pour les professionnels du tourisme. Sur ce fait, et soit dit au passage, on peut légitimement se poser la question sur le sentiment des professionnels de l'hébergement, face à la pratique du « coachsurfing » ou devant la floraison de sites d'hébergement alternatifs (bedycasa, RB & B et autres), que l'on inscrit à tort ou à raison dans les pratiques touristiques. Hoerner estime qu'« *Un visiteur de la journée (excursionniste) ou un touriste de proximité qui ne « découche » pas fait des dépenses touristiques, alors qu'une personne hospitalisée à cent kilomètres de sa résidence ne peut pas être considéré comme un touriste*»³⁰¹. Sa conception du tourisme, ou plus exactement du « touriste », se place en opposition à la sacro-sainte définition du touriste de l'OMT, faisant de toute personne passant une nuit en dehors de son lieu de résidence habituel un touriste. Dans la définition de l'OMT aucune trace de dépenses touristiques n'est visible. Elle laisse juste suggérer que le déplacement n'est pas gratuit. C'est une opportunité qui permet d'inclure dans les pratiques touristiques, les migrations à but thérapeutique.

Autre faiblesse dans le concept de « tourisme médical », c'est l'absence d'un repère à minima dans la distance à parcourir lors de ce type de déplacement. L'idée du « tourisme médical », soulève de nombreuses questions entre autres, celle des patients qui se font hospitaliser dans une région voisine de celle de leur domicile, pour continuer avec les propos de Jean-Michel Hoerner, cités ci-dessus. C'est d'ailleurs une critique faite par Aïssa Khelifa (2013) quand il parle de l'expression de « *forgotten tourist* », ou le « *touriste oublié* », inventée par Berhmann et Smith. Cette formule se réfère au patient qui se déplace dans les limites intérieures de son propre pays pour y subir des soins³⁰². Comment donc considérer ce type de patients par rapport au concept du tourisme en général et du tourisme médical en particulier ? Peut-on conférer aux individus qui s'inscrivent dans une telle démarche la qualité de touristes.

Allons plus loin dans la critique, de nombreux hôpitaux sont construits aux frontières de certains pays et les patients qui y séjournent proviennent de l'un et l'autre des pays. Peut-on considérer les patients qui franchissent la frontière dans le cadre d'une hospitalisation dans ce genre de structures hospitalières comme des touristes ? Selon Aïssa Khelifa, la dimension transfrontalière de l'hospitalisation doit être exclue du domaine du tourisme médical³⁰³. Virginies Chasles (2013) estime que les déplacements transfrontaliers à but

³⁰¹ Jean-Michel Hoerner « Annales de tourisme 2012 », P12

³⁰² Aïssa Khelifa, op.cit., 2013 P10

thérapeutiques, sont un réservoir dans lequel le tourisme médical puise certaines de ses formes³⁰⁴. Cette autre controverse relative au tourisme médical est à mettre en débat.

Cependant en observant un autre domaine du tourisme, celui des affaires notamment, des insuffisances dans la définition de cet autre secteur touristique, permettent de donner selon un parallélisme des formes, un début de légitimité au tourisme médical. Aujourd'hui personne ne saurait s'indigner devant ce que l'on appelle le tourisme d'affaires. Cette locution est ancrée dans le lexique des professionnels du secteur du voyage et son emploi est tout à fait naturel. Nonobstant ce fait, Bruno Lecoquière (2008) nous fait remarquer l'ambiguïté du terme. Ainsi considère-t-il que *« le tourisme dit « d'affaire » est un mouvement non touristique à proprement parler puisqu'il s'inscrit dans le temps du travail et ne relève pas de déplacements d'agrément. Dans le tourisme « d'affaire », l'individu ne choisit pas sa destination, ne paie pas son écot et reste dans le temps du travail, même si, une fois le travail terminé, il peut disposer de loisirs en fin de journée »*³⁰⁵

Allons plus loin dans la réhabilitation du terme tourisme médical, en poursuivant sa mise en parallèle avec le tourisme d'affaire. Jean-Michel Dewailly (2006), abordant le sujet du tourisme d'affaire, pose la question suivante, *« Comment cette dénomination pourrait-elle être justifiée, en accolant deux substantifs qui semblent a priori si antinomiques, ou ne convient-il de parler que de « voyage d'affaire »*. Il continue pour dire que le *« déplacement initié dans le cadre de votre travail, à l'instigation d'un patron qui vous paie pour cela, pendant votre temps de travail, ne saurait en aucun cas être revêtu des attributs du choix personnel qui fonde « un projet existentiel » et donc se réclamer du tourisme »*.³⁰⁶

L'analyse du concept de tourisme d'affaire est un exemple intéressant dans la légitimation de celui de tourisme médical. En effet, en observant la pratique du tourisme d'affaire, il est possible d'émettre des réserves quant au caractère réellement touristique des voyages qui alimentent ce type de déplacements. Le bien-fondé de cette appellation provient de l'utilisation, pendant cette phase de l'activité professionnelle, de services traditionnellement dévolus aux touristes. Mais aussi de séquences durant le séjour, au cours desquelles « l'homme d'affaires » emprunte occasionnellement des attitudes du touriste. Il peut s'agir par exemple de la visite d'un monument, ou de se faire photographier aux pieds d'un édifice célèbre, ou encore de séquences d'achat dans les magasins. Dirait-on de ces personnes en voyages d'affaires à ce moment là qu'elles font, du *« tourisme de shopping »* ?

³⁰⁴ Virginie Chasles, Op.cit., 2013

³⁰⁵ Bruno Lecoquière, op.cit., 2008 P197

³⁰⁶ Jean-Michel Dewailly « Tourisme et Géographie entre Pérégrinité et Chaos » 2006 P86

D'autre part, la requalification en acte de tourisme des déplacements à but thérapeutique qui alimentent le « tourisme médical » est possible, si l'on analyse ce phénomène dans une perspective économique, comme le laisse entendre, Rachid Amirou, (1995). Cet auteur, qui est aussi un de nos maîtres, et à qui nous rendons hommage ici, soutient que la partition du tourisme en différentes catégories, faisant référence en cela, au tourisme de proximité, au tourisme d'affaire, et même au tourisme médical, procède de la volonté des spécialistes du tourisme, d'inscrire ces formes de mobilités dans une perspective économique.³⁰⁷

En outre, s'il faut valider le tourisme médical sur la base de critères économiques, on peut considérer que les 700€ identifiés comme le montant moyen dépensé lors d'un déplacement touristique à l'étranger, est allègrement franchi dans les déplacements qualifiés de « tourisme médical ». Sans entrer dans le détail des sommes consenties pour chaque poste de dépenses dans l'organisation du voyage, on peut estimer que cette somme de 700€ prend en compte le transport, généralement par avion, puisque nous sommes dans le cadre d'un tourisme international. L'hébergement, et les autres frais concernant le séjour sur place, parmi lesquels les frais de restauration sont aussi à comptabiliser.

Enfin, le dernier élément à servir pour asseoir le bien-fondé de l'expression de « tourisme médical » se trouve dans l'attitude du patient, pouvant aussi naviguer de façon occasionnelle, entre les figures du patient et celle du touriste, durant son hospitalisation. Cela peut se faire par le biais de ballades, prescrites à l'occasion de la convalescence, et qui se dérouleraient dans un parc. Il peut aussi s'agir de l'achat de souvenirs, ou encore l'envoi de cartes postales à la famille par le malade durant le temps du séjour. Ces comportements, sont a priori ceux d'un touriste, comme de n'importe quelle personne qui séjourne dans un endroit autre que le lieu de son domicile officiel quel qu'en soit le motif.

Cependant sur le modèle de la définition du touriste « classique », selon et dans un parallélisme des formes de la pensée de Jean-Michel Hoerner, il est tout à fait possible d'exiger du touriste hospitalier que les frais de séjours à l'hôpital soient pris en charge par le patient lui-même, ou bien que les dépenses effectuées pour les soins soient plus importantes que les frais de transports³⁰⁸. Ainsi dans cette construction du concept, c'est la consommation de services de santé qui prime sur les autres services que sollicite le patient, dans l'élaboration de son séjour et durant celui-ci. En outre pour éclaircir un peu plus les choses dans la définition du « tourisme médical », il est aussi possible de poser le principe selon

³⁰⁷ Rachid Amirou, op.cit., 1995 P17

³⁰⁸ Aïssa Khelifa, op.cit., 2013 P10

lequel, c'est la qualité de celui qui consomme, l'étranger en occurrence ici, qui donne la qualité « d'objets touristiques » aux actes de soins consommés.

Dans le classement des stations touristiques selon Jean-Michel Hoerner (2008), il existe deux typologies de stations. Les stations exotropes et les stations endotropes. Dans les stations exotropes, l'argumentaire touristique se construit autour d'éléments inhérents à leur situation géographique, mer, montagne, d'une part, et l'histoire, avec par exemple la présence d'un patrimoine architectural sur le site de la station³⁰⁹. Ensuite viennent les stations endotropes. Dans cette catégorie de stations, il ne s'agit pas toujours de stations qui ont développé des arguments touristiques *ex-nihilo* mais qui entreprennent des stratégies de développement touristique en mettant en avant des services qu'elles sont capables d'offrir. En termes de tourisme pur, cela peut-être un festival, un musée. Le produit santé, dans le concept du « tourisme médical », participe de cette stratégie de développement touristique, dans la version endotropique de la station. Ainsi un patient qui se rend dans une ville dans le but d'y recevoir des soins, peut-être considéré comme un touriste dans une vision endotropique de la station touristique. L'essence de la communication territoriale étant de faire des villes des sortes de « grandes surfaces » dans lesquelles le visiteur est capable de retrouver tous les services dont il peut être en attente. C'est à la capacité des villes à générer des stratégies pour l'élargissement de la gamme de leurs clientèles, que l'on fait aussi appel dans la vision endotropique de la station touristique. Certains services sont alors mis en avant. On peut citer dans ce cadre, l'exemple des villes ou des Etats réputés pour les avantages fiscaux qu'ils offrent et qui nourrissent le phénomène de l'exil fiscal. Certaines grandes fortunes tirent leur richesse d'un pays et décident de vivre dans un autre pays pour les avantages fiscaux. De nombreuses destinations rajoutent ainsi « le produit médical » à leurs argumentaires promotionnels. Voilà pourquoi, l'offre médicale, sur certaines destinations participe d'une logique d'attirer une catégorie précise de clients. Celle à la recherche de solutions dans un problème santé. Le service médical devient touristique dès lors qu'il est produit en faveur d'un non-résident, dont la présence sur le lieu de production est en premier motivée par l'existence de l'offre dans ce lieu.

Pour pouvoir bénéficier de la qualité d'acte de tourisme et asseoir une validité au niveau de son épistémologie, le tourisme médical doit satisfaire certaines exigences. D'abord celle du déplacement international qui dure dans le temps, avec le principe du séjour supérieur à une nuit, tout ceci, assorti de la motivation principale, elle-même en lien avec la santé du voyageur. En outre, on peut ajouter à ces premiers critères une deuxième catégorie

³⁰⁹ Jean-Michel Hoerner « Géopolitique du Tourisme » 2008 P163-165

de préceptes qui sont relatifs aux dépenses effectuées en faveur d'une institution sanitaire. Ces dépenses devraient, de façon intrinsèque, être supérieures aux frais de déplacement ou à tout autre service utilisé durant le séjour.

Cependant à l'analyse du concept du tourisme médical, on ne peut s'empêcher de penser que cette emprunte lexicale naît d'une volonté du tourisme d'étendre ses zones d'influences. Remy Knafou (2013) trouve que le terme de « tourisme médical », est trop inclusif, car il tente d'englober des déplacements à but thérapeutique dont le caractère touristique est loin d'être évident³¹⁰. Il est vrai qu'il existe des interactions entre le tourisme et de nombreux autres secteurs. Et plusieurs spécialistes ont vite fait de joindre le mot « tourisme » à des tendances, des comportements, ou à des pratiques s'appuyant sur les progrès technologiques ou de simples habitudes. Dans ce sens, on peut s'interroger sur la légitimité des concepts du M-Tourisme, ou d'E-Tourisme, de tourisme de l'espace, ou du Slow tourisme. Pourquoi réserver un billet d'avion par internet serait de l'E-tourisme ? Ou bien qu'y-a-t-il de touristique à confirmer la réservation d'une chambre sur son smartphone, pour parler du M-Tourisme ? Ou encore l'attitude qui consiste pour certains voyageurs à prendre leur temps durant la période de vacances, est-elle digne d'être nommée, prenant le titre pédant de Slow-Tourisme ? Pour Rodolphe Christin (2011), « *c'est dire si des activités d'enjeux et d'intentions différents sont susceptibles d'entrer pêle-mêle dans la définition du tourisme, transformant le terme en véritable mot valise* »³¹¹. Dès lors, on peut noter qu'il y a dans la création de concepts qui s'appuient dans leur production sur l'utilisation partielle d'éléments, ou de produits reconnus comme touristiques, une volonté d'étendre les zones d'influence d'un secteur qui a déjà du mal à faire son inventaire conceptuel, à délimiter ces véritables zones d'influence.

On a pu noter la diversité des approches d'abord sur le concept du tourisme, puis sur celui du tourisme médical. Le réquisitoire contre le tourisme médical trouve l'essentiel de ses arguments dans le fait que cette pratique ne puisse être considérée de façon intrinsèque comme du tourisme. Erik Neveu (2011) cite Bakhtine, qui disait que « *Les mots sont des enjeux sociaux. Lorsqu'un terme est au cœur de processus sociaux de redéfinition, opter pour la bonne définition amène à prendre parti dans les jeux de pouvoir et de sens dont il est l'objet* »³¹². En dépit de la justesse de certains arguments, la valeur d'acte touristique, dans la pratique des déplacements internationaux pour raisons thérapeutiques, peut être considérée comme réelle, quoiqu' à relativiser. Si l'on apprécie le tourisme médical, à la lumière de la définition du tourisme selon l'OMT, il acquiert une forme de validité

³¹⁰ Rémy Knafou « Réflexion préliminaires » in Virginie Chasles, Op.cit., 2013

³¹¹ Rodolphe Christin « Tourisme enfermé » in Le tourisme émancipation ou contrôle social 2011 P13

³¹² Erik neveu, Une société de communication ? 2011 P10

conceptuelle. La pratique dans son essence, réussit à agréger des éléments nécessaires à une production touristique : le transport, l'hébergement, la consommation de produits touristiques, selon les circonstances, c'est-à-dire l'état du patient, en situation d'invalidité ou pas, couplé à la consommation d'un produit tiers, ici, l'acte de soins.

Une analyse épistémologique ne saurait être complète sans passer par l'origine du sujet en question. Les migrations pour raisons thérapeutiques sont une constante des sociétés humaines. Elles datent au moins du néolithique. Virginie Chasles soutient à ce propos que la pratique actuelle et qualifiée de « tourisme médical », naît de la volonté de marquer une rupture entre les formes antérieures de déplacement à but thérapeutique et celle d'aujourd'hui qui se déroule dans le contexte de la mondialisation. Les années 1980 sont le début d'une nouvelle étape dans ce type de mobilités. Dans le prochain chapitre, nous parlerons dans un premier temps, des transformations sociétales qui soutiennent le développement du tourisme médical. Puis nous aborderons le sujet des origines géographiques du phénomène. Sur quelles destinations a été initié ce nouveau modèle économique ? C'est autant de questions qu'il s'agira de traiter dans le propos à venir.

Chapitre VI

- Causes et genèse du tourisme médical
- Deux changements majeurs dans la perception du concept de la santé, aux sources du tourisme médical

L'une des transformations sociétales ayant contribué au développement du tourisme médical est l'entrée de la médiatisation dans le champ de la santé. La médiatisation de la santé est le résultat d'un autre bouleversement important, celui-là même lié à la perception de ce concept par nos contemporains. La santé aujourd'hui est perçue en tant qu'élément déterminant la vie des individus. Elle est autant la condition que le but de l'existence. François Laplantine (1986) nous fait d'ailleurs remarquer que : «...*les préoccupations concernant la santé sont tellement importantes qu'elles finissent par se transformer en but, fin et valeur de l'existence* »³¹³. La santé peut ainsi apparaître de plus en plus comme un bien de consommation.

Pierre Bourdieu (1996), reprend dans son ouvrage « sur la télévision », les propos de Berkeley qui disait : « être, c'est être perçu ». ³¹⁴Pour Loïc et William Menvielle (2010), c'est l'intervention des médias qui confère une existence au phénomène du tourisme médical. Puisque c'est par le truchement des médias que le phénomène est porté à la connaissance du grand public.³¹⁵ Ainsi, la réflexion sur le tourisme médical, nous engage de plein pied dans les mécanismes de production de l'information médicale, et des enjeux qui y sont reliés. Il apparaît assez vite un lien historique entre le tourisme et l'émergence de l'information médicale.

Dans l'analyse des mécanismes d'élaboration de l'information autour du fait sanitaire, Dominique Marchetti (2010) pose une question intéressante. Il s'interroge sur les « ... *processus par lesquels, une information relativement spécialisée et confinée à des cercles sociaux et professionnels restreints (notamment le champ médical) devient au fil du temps une information grand public et, du même coup, se transforme* ». ³¹⁶ A ce propos, il existe

³¹³ Dominique Marchetti, op.cit.

³¹⁴ Pierre Bourdieu « Sur la télévision » 1996 P11

³¹⁵ Loïc Menvielle, William Menvielle « Le tourisme médical, une nouvelle façon de voyager » Teoros, vol 29, n°1, 2010, P111

³¹⁶ Dominique Marchetti « Quand la santé devient médiatique, les logiques de production de l'information dans la presse » 2010 P12

deux modes sous lesquels l'objet sanitaire apparaît dans les médias : la santé en tant que « capital » pour l'individu, et la santé pour les risques auxquels les individus peuvent être parfois exposés. Au niveau historique, on note trois temps dans la médiatisation de la santé. La première séquence de l'entrée des médias dans l'univers spécialisé qu'est le secteur de la santé prend sa source dans le discours hygiéniste. Pendant la deuxième moitié du XIX siècle, l'argumentaire autour des bienfaits de l'hygiène trouve un écho favorable dans la population française grâce à la scolarisation. L'instruction a ouvert les esprits sur les bienfaits des soins corporels. A l'époque, sur le territoire français, la propreté des organismes s'inscrit dans la grande entreprise politique de la santé publique. Ce nouveau concept formalise un ensemble de savoirs et de mesures dans la lutte contre les épidémies successives de choléra, dont le pays avait été victime³¹⁷. L'importance accordée à la propreté corporelle va déboucher sur la promotion des produits dévolus à son entretien.

Dans la chronologie des faits, c'est la promotion des produits d'hygiène qui donne à la publicité son acte de naissance. La promotion se faisait à l'époque autour des articles de toilette, des eaux de Cologne, des salles de bains, des produits d'après-rasage. Les stations thermales, lieux de bien-être par excellence, représentent aux premières heures de la publicité le second élément auquel celle-ci s'intéresse.³¹⁸ On peut donc considérer que le discours médiatique en matière de santé s'appuie à l'origine sur le bien-être, par la mise en relief de produits d'entretien corporels, mais aussi dans la même veine sur la promotion de stations thermales. Le tourisme est aussi du point de vue originel aux avant-postes de la publicité, donc des médias.

Le deuxième temps dans la communication autour du fait sanitaire, que nous mentionnerons brièvement ici, se déroule au début des années 1970. En effet les médias s'insèrent dans les stratégies de certains professionnels du secteur médical, dans le but d'atteindre des objectifs politiques. C'est l'exemple de médecins sans frontières qui a permis à la médecine humanitaire de franchir un palier et d'entrer ainsi dans l'espace public³¹⁹.

Enfin le troisième temps de la médiatisation de la santé est progressif. Il se situe dans un intervalle compris entre les années 1970 et 1980. Durant cette période, le discours médiatique sur le fait sanitaire se construit autour de la notion de risque. Les changements environnementaux, les mutations dans les modes de production alimentaire, les accidents liés à la production énergétique, notamment le nucléaire, sont autant d'éléments porteurs de

³¹⁷ Georges Vigarello « L'Hygiène du corps depuis le Moyen Age » 1978 P235

³¹⁸ Emmanuel Le Roy Ladurie in Introduction in Jean-Pierre Goubert « Une histoire de l'hygiène, Eau et salubrité en France contemporaine » 1986 P11

³¹⁹ Dominique Marchetti, op.cit., 2010 P53

dangers pour la santé des individus. Dans la relation entre les médias et la santé, l'affaire du sang contaminé, est certainement en France le plus gros scandale. Des malades ont été transfusés avec des poches de sang contenant le virus du VIH. En plus d'être un drame humain, cela a abouti, soit-dit au passage et non hors de propos, à la démission de Monsieur Laurent Fabius du poste de Premier Ministre de l'époque. Plus récemment il y a eu l'affaire des poches de nutrition à Chambéry. En effet en décembre 2013, trois bébés sont morts à l'hôpital de Chambéry après avoir consommé des poches alimentaires contenant des bactéries. Devant le tapage médiatique entraîné par l'affaire, la Ministre de la santé, Marisol Tourraine a déclenché des enquêtes dans les seize hôpitaux se fournissant chez le fabricant suspecté³²⁰.

Nous l'avons aussi vu au chapitre précédent, les dernières épidémies de portée mondiale (SRAS, AH1N1, Chikungunya, Ebola), et leurs conséquences sur l'industrie touristique, se structurent aussi autour de la notion de risque. L'émergence du principe de précaution obéit ainsi à la logique de préserver les populations de dangers émanant de situations, dont on ignore encore la portée sur leur équilibre physique et psychique. C'est le cas, dans la polémique autour de la procréation médicalement assistée, qui est l'un des axes du tourisme médical.

Comme souligné tout à l'heure, les succès enregistrés dans la médiatisation de la santé reposent sur deux changements sociétaux majeurs. La scolarisation dont avons brièvement fait cas précédemment, a favorisé, la diffusion des savoirs médicaux. La connaissance médicale, est aujourd'hui à la portée de tous, en fonction des aptitudes intellectuelles de chacun. Nathan Tobie (2004), à propos de la démocratisation du savoir médicale, affirme que : *« Autrefois, il existait un monde cohérent de thérapeutes savants, et un monde éclaté de patients ignorants. Aujourd'hui, il existe un monde de patients savants, pas encore cohérent, mais susceptible de le devenir, et en face, il y a des thérapeutes tout aussi savants, reliés à des mondes cohérents »*³²¹.

Dans la vulgarisation du savoir médical, internet fait partie des éléments qui ont renforcé cette tendance et l'ont fait entrer dans une autre dimension. Une première typologie de site internet sur la santé se présente comme des plateformes d'échanges. La parole libérée par l'intermédiaire d'internet sert de canal d'échanges d'expériences entre malades. Cependant internet décloisonne, par la même occasion, le savoir médical jusqu'à une époque récente réservée à des professionnels. Pour Lise Demailly, (2016) *« Le développement des*

³²⁰ « Bébés de l'Hôpital de Chambéry, un quatrième décès suspect a été déclaré » « Lyon plus, jeudi 16 janvier 2014 »

³²¹ Nathan Tobie « Ecouter l'autre jusqu'au bout » in « Paul Sidoun (dir.), « Guérir....Mais de Quoi, les psys face au doute » 2004 P92

*discussions entre les malades sur internet remet en cause le monopole médical. De nombreux chercheurs ont travaillé la question : internet permet aux malades de sortir de l'isolement, de développer des savoirs profanes sur les maladies, les traitements, les médicaments, voire les médecins »*³²² On peut émettre des réserves sur la propagation du savoir médical par le biais d'internet. L'achat de médicaments sur la base d'informations fournies par des sites et les dangers de cette automédication en sont des preuves. Cependant, internet est pour le patient le premier recours dans la recherche de solutions thérapeutiques, hors de son pays. C'est internet qui donne au tourisme médical la nouvelle impulsion que nous lui connaissons aujourd'hui. Nous y reviendrons plus en détail dans un développement ultérieur.

Cependant dans une perspective plus large, la récurrence de production médiatique sur le tourisme médical, participe d'une part à la recherche du sensationnel au nom de la course à l'audimat. Il est possible d'analyser la médiatisation du tourisme médical par l'entremise du principal enjeu auquel sont soumis tous les professionnels des médias, celui de l'audimat.

Dans un premier tableau sur le traitement médiatique du « tourisme médical », on s'aperçoit que les sujets relatifs à ce phénomène peuvent s'inscrire dans ce que Pierre Bourdieu (1996) appelle les « faits omnibus ». Ce terme fait référence aux sujets abordés par les médias qui suscitent la curiosité de tout un chacun. Bourdieu définit les faits omnibus comme « ... *des faits qui comme on dit ne doivent choquer personne, qui intéressent tout le monde mais sur un mode tel qu'ils ne touchent rien d'important* »³²³. Ce raisonnement autour du fait médiatique peut s'appliquer à des sujets sur la chirurgie esthétique, la dentisterie, les liposuccions.

À l'opposé, le deuxième angle sous lequel peut s'analyser le traitement médiatique du tourisme médical concerne son apparition au public dans le style « impressionnant ». L'objet médiatique par sa conception peut alors être pensé dans le but d'interpeller chaque individu. C'est par exemple le cas des sujets sur les changements de sexe, occasion pour le téléspectateur ou le lecteur de ré-questionner sa propre sexualité. Ou bien il peut s'agir d'interpeller la société dans son ensemble quand on traite des sujets sur la procréation médicalement assistée. Dans ces deux cas, comme dans la plupart des sujets médiatiques, la santé s'offre à l'informé, comme un bien de consommation. C'est sur ce changement majeur dans la perception de la santé, comme élément de consommation courant et sur la

³²² Lise Demailly « L'idéal de démocratie sanitaire » et sa mise en pratique ambiguë » in Techniques Hospitalières mars-avril 2016 P51.

³²³ Pierre Bourdieu « Sur la télévision » 1996 P16

démocratisation du savoir autour du fait médical, que va s'appuyer le développement du tourisme médical. Avec Aïssa Khelifa (2013), on peut donc souscrire au fait que : « *La mue du patient en un consommateur de soins est le moteur du tourisme médical* ». ³²⁴

Les changements sociétaux favorisant le tourisme médical étant ainsi posés, il s'agit maintenant de préciser les origines de ce phénomène qui date dans sa forme actuelle du début des années 1980. Cependant il est possible de faire remonter la forme primitive du tourisme médical sur le territoire européen à la période du Néolithique. Cette pratique originellement, serait apparue entre 900 à 3300 avant JC. La tendance se serait poursuivie jusqu'à l'âge de Bronze, (2200 à 800 avant JC) ³²⁵. Vu le contexte historique de l'époque, il est plus juste de parler de simples migrations à caractère thérapeutique. Les conditions de vie de l'époque font échapper ce type de déplacement à toute la logistique qui accompagne le phénomène dans sa forme moderne.

Cependant, dans l'origine contemporaine du « tourisme médical », deux théories s'opposent. Bien que toutes deux se situent dans le cadre de la mondialisation, il y a une divergence des lieux et des dates sur l'éclosion de cette nouvelle forme de mobilité. Nonobstant, il existe un repère temporel qui fait l'unanimité dans la chronologie du tourisme médical, c'est l'année 1997. Celle-ci marque un tournant décisif dans la pratique, avec l'émergence des pays d'Asie du sud-est, et notamment de la Thaïlande en tant que destinations de référence. Une autre thèse autour de l'origine du phénomène se construit dans un intervalle de temps situé entre 1980 et le début des années 1990. Les voyageurs pour raisons de santé partaient du reste du monde vers les destinations Europe (Allemagne, France, Suisse), et États-Unis. Voyons à présent de façon un peu plus détaillée les principales théories autour de l'origine contemporaine du tourisme médical.

³²⁴ Aïssa Khelifa « Mondialisation des soins et tourisme », Etude pour l'Institut Montparnasse 2013 P9

³²⁵ Virginie Chasles « Les nouvelles dynamiques du tourisme dans le monde, » www.geoconfluences.ens-lyon.fr
Consulté le 07/05/2013

- Origine du tourisme médical

Selon Virginie Chasles, la première origine du phénomène du tourisme médical, se trouve en Europe et en Amérique du nord, (États-Unis, Canada). Ces pays qui concentraient l'essentiel de la technologie médicale mondiale, recevaient des riches patients en provenance des pays du tiers-monde. Dans la majorité des cas, les systèmes de santé des pays en développement se sont désintéressés de nombreuses pathologies non transmissibles³²⁶. En dépit du bilan humain de ces maladies, qui s'élève à environ 60% des décès, une attention toute relative leur fût accordée. Cette négligence à l'égard des maladies dont la plupart sont inscrites sur la liste des affections de longue durée, incitent les riches patients de ces pays pauvres à rechercher des solutions thérapeutiques dans les pays développés, en France, en Suisse, en Belgique, aux Etats-Unis et au Canada.

Ensuite, dans la seconde origine du tourisme médical, le berceau contemporain du phénomène apparaît dans une dichotomie. Le nouvel essor des déplacements internationaux à but thérapeutique tire son origine, selon Pierre Kalfon (2009), de certains pays d'Amérique du sud. C'est par l'action de tour-operators spécialisés sur le segment du tourisme médical, que certains pays dont le Brésil, l'Argentine, vont se positionner au milieu des années 1980, comme des destinations privilégiées en matière de déplacements internationaux à but thérapeutiques³²⁷.

Cependant en opposition à cette première théorie autour des origines du phénomène, dans sa forme contemporaine, Virginie Chasles prétend que c'est en Asie, plus précisément en Thaïlande, qu'émerge au tout début le phénomène. L'essor du tourisme médical en Asie de façon générale et singulièrement en Thaïlande, résulte d'un sursaut politique et social à la suite du traumatisme de la crise économique de 1997. En effet toute la région de l'Asie du Sud-est, durant la décennie 1990, a dû affronter une crise économique sans précédent après trois décennies de croissance. La baisse du cours des matières premières va entraîner les pays d'Asie du sud-est (Malaisie, Thaïlande, Philippines, Indonésie) dans une longue période de récession. La croissance de ces économies était artificielle, reposant pour l'essentiel sur des entorses à l'orthodoxie de la pratique économique. A la source de cette croissance fabriquée,

³²⁶Sarah Atkinson, Alain Vaguet, « La mondialisation à la loupe des géographes de la santé : Comment la question de la mondialisation se renouvelle-t-elle à partir d'expériences prises au sud » in Sébastien Fleuret, Anne Cécile Hoyez (dir.) « Santé et Géographique » 2011 P20

³²⁷Pierre Kalfon, Op.cit., 2009 P56

qui s'est construite au détriment de la protection sociale, donc de la population, on trouve des accords illégaux entre les régimes dictatoriaux au pouvoir dans la plupart de ces pays, et les multinationales.³²⁸ L'effondrement de ces économies va avoir des conséquences désastreuses pour la population, en l'absence totale du parapluie que représente la protection sociale. Les dégâts s'énoncent en des termes désolants : dévaluation de la monnaie, épargne perdue ou considérablement réduite, réduction drastique des budgets alloués aux secteurs sensibles de l'éducation et de la santé, chômage endémique, retour obligé à la terre pour de nombreux citoyens. C'est l'équilibre et la stabilité de la société dans toutes ses composantes, qui s'en sont trouvés perturbés³²⁹. Toutes les économies des pays de la sous région Est-asiatique ont été affectées. Les investisseurs et les bailleurs de fonds, notant les similarités dans le fonctionnement global des économies de la région, vont alors adopter une attitude de réserve dans leur collaboration avec ces pays. Pour sortir de cette crise, un ensemble de dispositions pour la transformation de ces économies va être adopté. Ce lot de décisions, va prendre la dénomination de « *réformasi* ». C'est dans ce concept à caractère politique, économique et social, que l'on trouve les éléments représentant le socle du tourisme médical.

Ainsi un pays comme la Thaïlande, pour faire face à ce choc, à su faire de cette crise une opportunité, en profitant de l'occasion pour restructurer son économie. Cette crise sera pour la Thaïlande, le commencement d'un changement de cap au niveau économique, pour aller dans le sens d'une diversification. Cependant, retenons pour l'heure que la crise ayant atteint le pays et ses habitants financièrement, il devenait impossible à la Thaïlande et aux Thaïlandais de financer des voyages à l'étranger pour y recevoir des soins, que ce soit sur financement public ou à titre personnel³³⁰. Devant cette situation, cette crise sera le point de départ de la mise en place de manière graduelle d'un système de protection sociale pour toute la population, y compris les plus vulnérables³³¹. A partir de 1997, la Thaïlande va passer d'un syncrétisme médical, c'est-à-dire d'un système composé préalablement d'une biomédecine basique et de médecine traditionnelle, à une approche plus moderne et qualitative des soins³³². C'est la mise en place en Thaïlande d'une couverture universelle en matière de santé, qui va irriguer le secteur public et privé de la santé, pour une amélioration globale du système

³²⁸Sophie Boisseau du Rocher « L'Asie du Sud est prise au piège » 2009 P198

³²⁹Philippe Rivière « Crise financière en Asie : les risques de contagion » www.lemondediplomatique.fr consulté le 21/12/2013

³³⁰Virginie Chasles, op.cit., 2013

³³¹Maris de la Cruz « Protection sociale en Asie du Sud-Est : défis et alternatives in Alternatives sud Volumes 21, 2014 P35

³³²Yasmina Ouharzoune entretien avec Jintana Yunibhand, « La Thaïlande compte 2000 infirmières de pratique avancée », Soins-n°805, mai 2016 P5

de prise en charge des malades thaïlandais. Ces progrès vont poser les jalons du développement du tourisme médical.

Enfin, la nouvelle impulsion du tourisme médical à partir des pays de l'Asie du Sud-est, notamment en Thaïlande comme nous venons de le voir, va être renforcée par la donne géopolitique après les attentats du 11 septembre 2001. A partir de cet événement, le monde occidental qui continuait à tenir une place de choix en matière d'accueil de patients étrangers va perdre cette position au profit des pays du sud-est asiatique. Les patients des pays du Golfe vont alors, pour se faire soigner, se tourner de plus en plus vers leurs voisins du sud-est de l'Asie.

En résumé il s'avère que les origines du tourisme médical, se trouvent d'abord en Europe, puisque pendant longtemps, le vieux continent a été à la pointe de la technologie médicale. Cependant le fait que de nombreux pays se soient hissés en matière de technologie médicale au niveau des USA et des pays européens, va influencer la direction des flux qui alimentaient le secteur mondial des soins délocalisés. Une première remarque est à faire dans ce changement. Ainsi, il est à noter qu'à la différence des premiers flux de patients internationaux, qui convergeaient vers les pays développés, la pratique actuelle du tourisme médical, laisse paraître que le flux des patients internationaux part plutôt des pays développés vers les pays émergents. On observe dès lors une particularité dans les pays recevant des patients étrangers, celle du caractère émergent de leurs économies. Cependant sur les raisons du tourisme médical, Jérôme Mageiste (2010), pose une question importante : *« Comment les systèmes de santé les plus performants mis en place par les sociétés occidentales sont-ils parvenus à occasionner le départ à l'étranger de leurs patients pour une médecine à prix réduit ? »*³³³. L'énoncé de cette interrogation pointe du doigt la responsabilité des systèmes de santé dans les raisons à l'origine du tourisme médical. En Europe et aux USA, au-delà des dysfonctionnements spécifiques à chaque système de couverture maladie, ceux-ci ont en commun un même résultat, le renchérissement du coût de certains actes médicaux. Nous allons ainsi analyser les motivations du tourisme médical, à la lumière du fonctionnement des systèmes d'assurance maladie des USA, et de la France, deux pays aux modèles sociaux différents, et dans lesquels la pratique est pour les USA, ancrée dans les habitudes des habitants, et pour la France une solution pour laquelle la gamme des patients qui y ont recours s'élargit.

³³³Jérôme Mageiste « Les Séjours Medico-touristiques » in Frontière et santé Genèse et Maillage des réseaux Transfrontaliers 2010 P182

- Quelles motivations pour le tourisme médical ?

L'arrivée des transporteurs low cost dans le secteur de l'aérien a rendu possible le développement du segment médico-touristique sur certaines destinations. Désormais le poste transport grâce aux compagnies à bas coûts s'offre à des prix intéressants. Cela réagit aussi sur la croissance des déplacements internationaux à but thérapeutique. C'est sur ces mutations dans le domaine du transport aérien que vient se greffer un nouvel élément, celui des dysfonctionnements observés depuis quelques années dans les systèmes d'assurance maladie de nombreux pays développés. En effet, le tourisme médical trouve un début d'explication sous l'effet conjugué de trois changements. En premier, la perception de la santé en tant que bien de consommation. Ensuite vient le développement du transport aérien à bas coût. Enfin les dysfonctionnements observés dans les systèmes d'assurance maladie dans de nombreux pays développés. Que les patients proviennent soit des USA ou soit d'Europe, notamment de la France, les motivations dans la pratique du tourisme médical sont analogues en de nombreux points. Le coût des soins dans les pays d'origines des patients est un élément récurrent dans ces problématiques. Le caractère inaccessible de certaines prestations médicales est consécutif, selon le pays, soit à la nature des mécanismes de couverture du risque maladie, soit aux déséquilibres observés dans les comptes des organismes en charge de l'assurance santé. Cela a des conséquences dans la gestion globale de la santé, réagissant en une longueur des listes d'attente pour des patients devant recevoir certains actes de soins spécifiques. Enfin la troisième raison à l'origine de ce phénomène est relative à la réglementation sur certaines pratiques médicales, au nom de choix éthique fait par certains pays. Nous allons tenter d'approfondir ici la question des motivations du tourisme médical, à la lumière du fonctionnement des systèmes d'assurance maladie des USA et de la France. En effet, ces deux pays présentent des similitudes puisqu'ils appartiennent tous deux à la sphère occidentale. Cela implique des analogies dans les pratiques médicales, et dans la qualité des soins administrés dans l'un et l'autre de ces pays. Cependant il est possible de dégager des différences, notamment au niveau des orientations politiques et des stratégies sollicitées pour la couverture sanitaire et assurantielle des citoyens. Ainsi l'étendue de l'assurance maladie à une majorité des habitants du pays, et le reste à charge à déboursé par ces derniers pour les actes médicaux, varient d'un pays à l'autre. Telles sont quelques points à mettre en exergue pour les systèmes américains et français de couverture maladie, différents non pas seulement dans leurs essences, mais aussi dans leurs modes de gestion. Au-delà des particularités de chaque système, ils aboutissent tous deux à une même conséquence pour des motifs différents. L'accession aux USA comme en France à certaines catégories de soins peut parfois être considéré comme un « privilège ».

Globalement on peut voir dans la pratique du tourisme médical, le signe d'un changement dans la perception du concept de la santé par les sociétés modernes. Ce phénomène ne peut véritablement s'analyser qu'en le plaçant dans un premier temps, dans la perspective de la santé en tant que bien de consommation à l'origine de la marchandisation des soins. André Labourdette (1988) abonde dans ce sens quand il estime que, « *de façon générale, le traitement médical est surtout perçu comme un bien de consommation durable ou non durable, selon que les effets se prolongent ou non dans le temps* »³³⁴. C'est pourquoi le phénomène du tourisme médical, à ses débuts porte principalement sur la chirurgie esthétique, considérée par la majorité des systèmes d'assurances santé comme des soins de confort. Cependant les raisons à l'origine du tourisme médical ont évolués. Premièrement au niveau de la nature des pathologies et de leur nombre. Aux soins de confort du début, se sont progressivement rajoutées des traitements pour des affections lourdes. Outre les greffes pour l'insuffisance rénale, on compte aussi désormais les chimiothérapies dans le traitement de cancers, les opérations orthopédiques pour les prothèses de hanches et de genoux. Ces pathologies se traitent aujourd'hui selon des procédés qui font appel à un haut degré de technicité médicale. On rencontre aussi de manière fréquente dans les déplacements internationaux à but thérapeutique, une nouvelle catégorie de soins, ceux liés aux dépendances aux stupéfiants et à l'alcool.

Les études montrent en ce qui concerne les motivations à l'origine du tourisme médical, que celles-ci tiennent soit de raisons structurelles, soit de raisons conjoncturelles relatives à la nature, aux modes d'organisation et de gestion des mécanismes d'assurance santé. Cela se traduit au final par des insuffisances et par des dysfonctionnements qui eux, se déclinent en fonction du pays d'origine des patients internationaux. Aux USA, on estime globalement que le système général d'assurance maladie en vigueur, porte dans son essence les germes de quelques disparités. Ainsi dans ce pays, le Gouvernement Fédéral couvre les 3/5 de la population par l'intermédiaire des systèmes Medicare et Medicaid. Medicaid s'adresse aux plus de 65 ans, quand Medicare s'occupe des soins des personnes défavorisées. En outre il existe des organisations caritatives les HMO (Health Maintenance organisations), sorte de chaînes d'hôpitaux auxquels les patients peuvent s'affilier. Il y a donc une concurrence entre ces systèmes qui pourvoient aux besoins de santé d'une partie des patients américains, et les assureurs privés qui couvrent 2/5 des citoyens américains. L'association de tous ces mécanismes laisse cependant sur le bord du chemin près de 50 millions d'américains, sans couverture maladie³³⁵. Ces données apparaissent comme un paradoxe pour un pays qui

³³⁴ André Labourdette « Economie de la santé » 1988 P13.

³³⁵ Dr Patrick A. Bouvier « Explosion du tourisme médical : des voyageurs d'un nouveau Type » Revue Médicale suisse 14 mai 2008 P198

consacre 16% de son PIB aux dépenses de santé³³⁶. D'ailleurs l'un des objectifs de la présidence Obama était d'étendre l'assurance santé aux américains qui en étaient exclus. Le coût de cette réforme est de 800 milliards de dollars pour les contribuables américains sur une période allant jusqu'à 2019. L'initiative a provoqué une levée de bouclier de la part des républicains et bien sûr des assureurs privés, pour les nouvelles obligations qu'elle leur impose. Auparavant un assureur pouvait décider de manière unilatérale de la fin d'un contrat, y compris pour les assurés souffrant d'affection de longue durée.

Ainsi donc, pour une part importante d'américains, l'affiliation à une assurance santé résulte de la situation professionnelle en cours, ou passée. En somme l'assuré est soit salarié ou ex-salarié d'une entreprise. Les négociations autour de l'assurance santé de l'employé se font conjointement aux discussions sur sa rémunération. L'assurance contractée peut s'étendre aux membres de la famille. En tenant compte du fait que le taux de couverture des salariés dépend de la taille des entreprises, les grandes enseignes sont plutôt recherchées, et l'accès à une assurance peut être soumis à un test de santé³³⁷. La liberté observée dans la fixation des prix des prestations médicales, les contraintes qu'imposent les assurances privées pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge en cas de nécessité, sont une source d'inégalité devant l'accès aux soins pour les citoyens américains. Pour des prix inférieurs de 30 à 50% à ceux pratiqués aux USA, les patients peuvent s'offrir des soins d'égale qualité. En outre lors de ces déplacements, ils peuvent aussi profiter des atouts touristiques dont disposent ces destinations. La principale motivation des patients originaires des USA, dans la problématique du tourisme médical, se résume essentiellement au motif du coût des soins. Les patients américains se tournent ainsi vers ces nouvelles offres thérapeutiques en dehors de leur territoire, qui se sont développées dans le sillage de la mondialisation. Durant l'année 2009, 648.000 américains se sont rendus à l'étranger dans le cadre de déplacements à but thérapeutique. Ce chiffre se porte à 1,6 million pour l'année 2012 selon le cabinet Deloitte Center³³⁸. Une étude de cas, citée ci-dessus par le Dr Patrick A. Bouvier (2008, P 198), permet de comprendre les contraintes qui influencent les choix faits par certains habitants des USA en faveur des interventions chirurgicales délocalisées. De cet exemple ressortent deux éléments principaux, à savoir la nature du système de santé américain, qui laisse la liberté à l'individu de s'assurer ou pas, selon ses possibilités financières. Le deuxième

³³⁶ Philippe Frémeaux «Obama bataille pour la santé », « Alternatives économiques n°284-octobre 2009 » www.alternative-economiques.fr consulté le 17 septembre 2016

³³⁷ Jean Magnadias, conférence présentée le 9 octobre 2003 à l'Institut CGT d'Histoire Sociale : www.ihs.cgt.fr : consulté le 19/08/2014 P15.

³³⁸ « Soins reçus à l'étranger et réforme santé aux Etats-Unis » [2010] www.patientssansfrontières.fr [consulté le 12 juillet 2015]

élément est relatif au coût élevé des interventions qui apparaissent de cette façon inaccessibles aux plus modestes des américains.

M. I. M. est un charpentier indépendant de Caroline du Nord aux Etats-Unis qui a choisi de ne pas avoir d'assurance maladie, car les primes sont trop élevées.

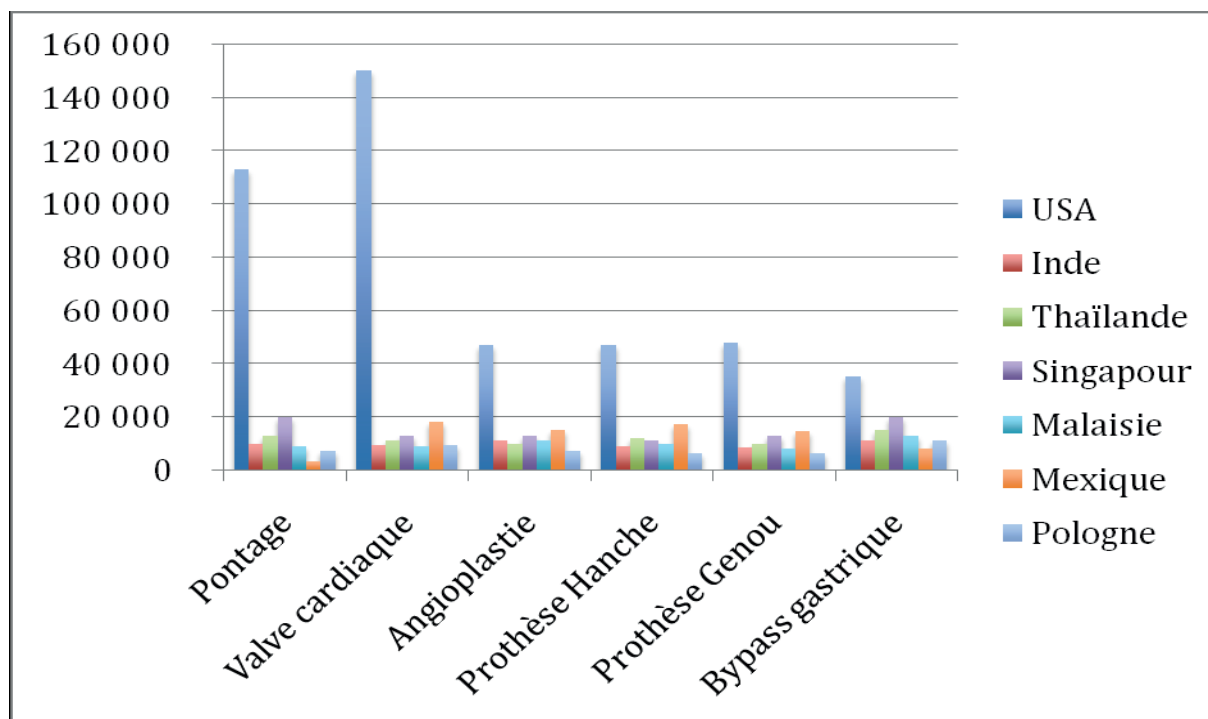
A l'âge de 50 ans, on lui diagnostique une insuffisance mitrale, nécessitant une intervention chirurgicale. Les coûts de cette intervention dans les hôpitaux de sa région sont devisés à US\$ 200 000, dont la moitié en acompte, ce qui est inabordable pour lui. Après plusieurs démarches, il trouve un autre hôpital dans le sud du pays qui lui propose la même intervention pour US\$ 40 000, mais pour rassembler cette somme, il doit vendre sa maison. C'est alors que son fils, qui est étudiant en médecine, trouve un chirurgien en Inde qui a fait sa formation à New York et qui peut l'opérer dans une nouvelle clinique privée à New Delhi, pour un coût total d'US \$ 6700. L'opération se déroule sans problème et M. I. M. peut rapidement reprendre son activité professionnelle.
P198

Dr Patrick A. Bouvier « Explosion du tourisme médical : des voyageurs d'un nouveau Type » Revue Médicale suisse 14 mai 2008 198

Par le biais de l'exemple ci-dessus, on note que les mécanismes de couverture maladie aux USA se différencient du modèle français de couverture santé. Dans la liste des motifs à la source du mouvement des patients américains vers les pays émergents, le fonctionnement des assurances dans ce pays tient une place importante. Ce premier élément incline la réflexion vers le sujet central que représentent les modes de prises en charge des malades aux USA et en France. Dans le modèle américain de couverture santé, la part à payer par un patient couvert par le système Medicare, l'un des mécanismes publics d'assurances, offert par l'Etat aux personnes âgées de 65 ans et plus, est de 40.000€ pour une prothèse de hanche. Lorsque le patient est affilié à une assurance privée, le coût peut être plus important. Car les plafonds de garantie, c'est-à-dire le montant maximal de remboursement auquel peut prétendre un assuré, ne suffisent pas toujours à couvrir les soins dans les cas de certaines pathologies longues, souvent coûteuses. Le ticket modérateur, expression pour traduire le reste à la charge du patient, est plus important³³⁹. La nouvelle opportunité que représente le tourisme médical pousse de nombreux employeurs à proposer cette option dans le cadre de leurs obligations sociales. Ces salariés ont donc une plus grande possibilité de recourir à la pratique du tourisme médical.

³³⁹ Aïssa Khelifa, op.cit., 2013 P34

Graphique comparatif des prix appliqués à certains traitements, en fonction de la destination pour l'année 2011



Aïssa Khelifa «Mondialisation des soins et tourisme », Etude pour l'Institut Montparnasse 2013 P36

Le graphique ci-dessus est une illustration de la problématique du coût, dans la pratique des déplacements à but thérapeutique. Il met en parallèle des tarifs appliqués à une série d'interventions chirurgicales, en fonction des pays pour l'année 2011.

* Sur l'axe des ordonnées, sont indiqués les prix de chaque intervention chirurgicale.

* L'axe des abscisses, indique quant à elle les opérations chirurgicales qui motivent les déplacements des touristes hospitaliers.

*Un code couleur permet d'identifier les destinations parmi les plus représentatives dans le domaine du tourisme médical. On observe que chaque pays est représenté par une couleur spécifique.

*On note que les USA (en bleue), se présentent comme le pays où les interventions chirurgicales sont globalement les plus chères, avec un pic autour de deux opérations : l'intervention pour le changement de la valve cardiaque qui s'élève à un peu plus de 140.000\$, et du pontage coronarien à peine supérieure à 100.000 \$.

*Dans ce même pays, l'intervention la moins chère, se situe au-dessus de 20.000 \$. C'est une somme bien au-dessus des tarifs appliqués dans les pays qui ont su développer une politique d'accueil des patients étrangers. A 20.000€ minimum aux USA pour le prix d'une intervention chirurgicale quelle qu'en soit la nature, c'est sensiblement le coût maximal d'une intervention qu'elle qu'est soit en dehors de ce pays.

*Hors du territoire américain, le pays dans lequel les interventions chirurgicales sont les plus chères est Singapour. Sur cette destination, les prix pratiqués peuvent atteindre 20.000 \$, pour certaines interventions dont l'angioplastie, les prothèses de hanches et de genoux.

*Ainsi à part les USA et Singapour, la plupart des interventions chirurgicales sur les destinations spécialisées dans le domaine du tourisme médical, se situe notablement en dessous de 20.000 \$.

*Enfin il est aussi à noter dans ce graphique, la prépondérance des destinations d'Asie du Sud-est, avec la Thaïlande, la Malaisie, Singapour dans l'offre thérapeutique mondialisée.

Le tableau suivant nous donne un aperçu de l'ampleur du fossé entre les prix pratiqués aux USA, et ceux appliqués ailleurs dans le monde. Ses principaux enseignements sont qu'il élargit, en premier, la gamme des destinations du tourisme médical. Ensuite, il nous renseigne de manière plus précise sur les coûts des interventions médicales, en fonction des pays.

Tableau comparatif du coût d'interventions chirurgicales en fonction des destinations spécialisées dans le tourisme médical

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

Aïssa Khelifa «Mondialisation des soins et tourisme », Etude pour l'Institut Montparnasse 2013 P36

Enfin le troisième point à l'origine du tourisme médical en provenance des USA s'articule autour de la législation en vigueur dans ce pays. Les règles en matière de greffes sont parfois une entrave aux interventions chirurgicales sur certains malades en situation d'urgence sanitaire. Walter Isaacson (2011), auteur de la biographie de Steeve Jobs, nous donne un aperçu du problème que représente la législation aux USA sur certains actes médicaux. Steeve Jobs créateur de l'entreprise Apple, personnage à qui le développement des nouvelles technologies doit beaucoup, bien que souffrant d'un cancer du pancréas, ne pu se soustraire à la réglementation imposée dans le cadre des greffes contre cette pathologie. Ainsi Walter Isaacson, nous apprend sur ce sujet, qu'« *Il n'existait aucun moyen légal pour un patient, même aussi fortuné que Jobs, de déroger à la règle. Les receveurs étaient déterminés en fonction de leur score MELD fondé sur des mesures de niveaux d'hormones pour déterminer l'urgence de la nécessité de la greffe, et sur le temps d'attente des patients. Chaque don était scrupuleusement évalué et toutes les données étaient accessibles au public sur des sites (optn.transplant.hrsa.gov), où vous pouviez vérifier votre position sur la liste d'attente à tout moment* ».³⁴⁰ D'ailleurs lorsqu'il subit par la suite une greffe du foie au *Methodist University Hospital Transplant* à Memphis, après s'être rendu en Suisse pour un

³⁴⁰ Walter Isaacson «Steve Jobs » 2011 P547

traitement expérimental de radiothérapie, certaines personnes l'accusèrent d'avoir bénéficié de passe-droit grâce à sa fortune pour un accès plus rapide à l'intervention.

Dans les pays spécialisés dans l'accueil des patients étrangers, la marchandisation de la santé permet aux malades qui en ont les moyens de se soustraire à ce type de dispositions. Ils peuvent ainsi avoir accès à une large palette de soins, à des prix défiant toute concurrence et de façon plus rapide, contrairement à ce qui se passe aux USA.

En France, et dans un registre moins dramatique, on observe aussi que les dispositions en vigueur pour certaines interventions médicales apparaissent comme un élément à la source du tourisme médical, pour les patients au départ de l'hexagone. En France l'IVG est légale jusqu'à la 14^{ème} semaine après le premier jour des dernières règles. Lorsque l'on traverse la frontière en direction de l'Espagne, le délai accordé va jusqu'à la 24^{ème} semaine d'aménorrhées³⁴¹. Autre point de la réglementation en France, il y a aussi celui des listes d'attente des interventions lourdes comme les greffes. En effet, en France la gratuité est de mise dans les dons et les transplantations d'organes. Les patients dont l'état clinique commande une greffe urgente sont en tête de liste. Cependant l'affluence des demandes peut provoquer de longs délais pour les patients en attente. Ainsi il arrive que se reproduise avec moins d'acuité certes, le même paradoxe qu'aux USA, qui se déroule au détriment de patients aisés, dont les ressources personnelles peuvent supporter le coût de l'opération, ce qui devrait les dispenser d'attendre³⁴².

Dans le sens des déplacements de la France vers l'étranger, le motif de la procréation médicalement assistée est un objet récurrent. Les règles en la matière imposent en France un âge limite qui est de 43 ans pour les femmes qui souhaitent encore tomber enceinte à l'aide de procédés médicaux. Ainsi quand approche les 43 ans, un nombre croissant de femmes se rendent à l'étranger pour pouvoir profiter des nouvelles technologies médicales dans le domaine. Les chiffres enregistrés par la sécurité sociale font état de 1296 femmes françaises, dont les frais médicaux ont été pris en charge par l'assurance maladie, pour une fécondation in Vitro, avec donneur ou transfert d'un embryon congelé en dehors du territoire national.³⁴³

Le chiffre relativement peu important des patientes en direction de l'étranger, en ce qui concerne la procréation médicalement assistée, en cache un autre tout aussi modeste, celui

³⁴¹ Aïssa Khelifa, op.cit., 2013 P29

³⁴² Arlette Chabrol « entretien avec Dr Xavier Deau : « Journal Médecins »8 Novembre 2009 » P12-13

³⁴³ Fécondation in vitro, destination Espagne » L'express N°3306 du 12 novembre 2014 P....

des déplacements à but thérapeutique partant de la France pour l'étranger dans leur globalité. La France en tant qu'émettrice de patients à destination des autres pays présente des chiffres plus faibles en comparaison des pays que sont les USA, ou l'Angleterre par exemple. Selon les données de la sécurité sociale, seulement 4%, de la population française s'est fait rembourser des frais pour des soins contractés à l'étranger, dans le cadre de déplacements à but purement thérapeutique³⁴⁴. Le caractère modique du nombre de patients français se rendant à l'étranger dans le cadre du tourisme médical, résulte de la couverture des besoins nationaux en matière de santé. Globalement lorsque les soins sont justifiés, les mécanismes de prise en charge qui se divisent entre la sécurité sociale et les assurances complémentaires, permettent à la majorité des habitants de l'hexagone de pouvoir se soigner correctement. Grâce à l'existence de la sécurité sociale, l'Etat français conserve son caractère d'Etat providentiel, veillant à la santé de ses habitants, et garantissant l'équité et la qualité dans l'accès aux soins. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles, le système d'assurance santé français est reconnu par l'OMS comme l'un des meilleurs au monde. La part prise en charge par la branche maladie de la sécurité sociale dans le financement des soins, réussit à contenir une hausse du coût des soins de façon globale.

Cela facilite l'accession aux soins, même aux plus modestes à la différence des USA ou de l'Angleterre, pays où l'on estime le temps d'attente pour une opération de la hanche à un an voir plus³⁴⁵. En fait le système de santé britannique est organisé de telle façon que les spécialistes n'exercent qu'en hôpital. Cette méthode de cantonnement des spécialistes aux hôpitaux publics, participe de façon tacite à une logique de réduction des coûts. Le rallongement des files d'attente permettant de faire des économies.

Comme pour les entreprises américaines qui offrent des options de délocalisations sanitaires dans des contrats d'assurance proposés aux salariés, le NHS, sorte d'équivalent anglais de la sécurité sociale française, a conclu un accord de coopération avec des établissements français de la Région Haute-France. Cette entente permet aux patients anglais d'être reçus dans les hôpitaux de cette partie de la France pour des interventions concernant la pose de prothèses de Hanche, et pour les opérations de la cataracte³⁴⁶.

Revenons à la France pour dire que bien que son système de prise en charge globale permette de retenir un maximum de patients dans les hôpitaux du pays, il existe cependant aussi un

³⁴⁴ Alexandra Bresson « Un budget santé au régime » Journal Métro du mercredi 22 janvier 2014

³⁴⁵Loïc Menvielle, William Menvielle « Le tourisme médical, une nouvelle façon de voyager » Teoros, vol 29, n°1, 2010, P114

tourisme médical de la France vers l'étranger. La cherté des soins est aussi à la source du tourisme médical au départ de la France.

Pour Pierre Laroque (2004), initiateur du modèle français de la sécurité sociale, il n'y a plus de doute sur le fait que l'assurance maladie a atteint ses limites financières, ce qui rend nécessaire une refondation du système. A ce sujet, il soutient qu'il a découvert que « *depuis 1945, les esprits avaient changé, que la sécurité sociale était un acquis qui avait atteint ses objectifs mais qu'elle avait un coût, qui avait été supporté sans difficulté pendant les années de forte croissance de l'après guerre. Mais l'entrée dans le marché commun, première ouverture au monde de l'économie française exigeait que l'on porte attention à l'aspect économique de la protection sociale, d'autant plus qu'un des risques qui ne figurait pas parmi les priorités de 1945-l'assurance maladie-se révélait du fait des progrès de la médecine, être une source de dépenses en forte hausse* ». ³⁴⁷ Ces propos sur les dysfonctionnements observés dans la gestion de l'assurance maladie sont corroborés par Jean-Michel Laxalt (2009), qui estime que « *le renchérissement des soins, mais aussi une certaine médicalisation sociétale, la pression revendicative des corporations de santé, l'entretien de l'industrie pharmaceutique, nourrissent l'inflation des dépenses* » ³⁴⁸

Les premières mesures significatives en faveur d'une réelle réorganisation de l'assurance maladie, face à ses déficits budgétaires récurrents, vont être initiées par le gouvernement d'Alain Juppé en avril 1996³⁴⁹. C'est dans ce contexte qu'apparaît la notion de « déremboursement » des soins, mesure appliquée dans une approche de rigueur, dans la gestion de l'Assurance Maladie. En fait de « déremboursement », il s'agit plutôt d'une prise en charge partielle des frais de santé, (*soins, médicaments, analyses médicales, dépassement d'honoraires*), par la caisse générale d'Assurance maladie, par les mutuelles et les organismes complémentaires d'assurance santé. Sur le plan financier, cela se traduit par l'augmentation du ticket modérateur. Cette solution, est dans son esprit contraire aux principes à l'origine de la sécurité sociale, celui d'une « collectivisation » du risque sociale et sanitaire. Dans les années qui vont suivre cette première réforme, la tendance générale à la restriction dans la gestion du système de santé en France va se poursuivre. Les termes de : « *maîtrise des dépenses de santé, hôpital-entreprise, démarche qualité-indissociable de l'évaluation, planification, restructuration, nouvelle gouvernance hospitalière, partenariats public-privé (PPP), tarification à l'activité (T2A), convergence tarifaire entre hospitalisation publique et*

³⁴⁷ Pierre Laroque in préface in Henry C. Galant « Histoire politique de la sécurité sociale française, 1945-1952 ». 2004 P10

³⁴⁸ Jean-Michel Laxalt « Et si demain la sécurité sociale... éclatait » Introduction 2009 P14

³⁴⁹ André Helman « L'Hôpital compétitif. Et l'humain, dans tout ça » Revue du Mauss semestrielle 2013, N°41 P35

privée...»³⁵⁰, apparaîtront dans le lexique de l'approche globale du système de santé. Cela a réagi en un « rétrécissement de la couverture », des assurés, selon l'expression de Jean Magnadias (2014).³⁵¹ Deux attitudes sont alors adoptées par les malades face à ces mutations. Les patients peuvent soit abandonner l'idée des soins, soit s'ouvrir à l'extérieur en se rendant dans certains pays émergents qui ont su développer une offre sanitaire de qualité, initiée à la faveur des dysfonctionnements notés dans les systèmes d'assurance maladie dans les pays développés.

L'analyse de l'ensemble des soins contractés à l'étranger par des français, montre que ces derniers concernent en majorité la chirurgie esthétique, l'implantologie, la chirurgie bariatrique, et l'optique.³⁵² A part l'implantologie et l'optique, la plupart de ces spécialités sont perçues en général comme celles d'une médecine de « confort ». Selon Ariel Beresniak et Gérard Duru (2008), pour bénéficier d'une couverture maximale pour des soins d'implantologie et d'optique, il incombe à l'assuré d'entreprendre la démarche d'un rattachement à une complémentaire santé.³⁵³ Arlette Chabrol (2009) en conclut que c'est la croissance du coût des soins dentaires et d'optique qui en France favorise le tourisme médical.³⁵⁴ Nous analyserons les systèmes de prise en charge des soins dentaires, dans un prochain propos consacré aux mouvements des français à l'étranger, dans le cadre du phénomène du tourisme médical. Retenons ici pour l'essentiel que, pour bénéficier de remboursements de soins contractés à l'occasion d'un déplacement médico-touristique, c'est-à-dire pour des soins programmés à l'étranger, le patient doit obtenir l'accord de la sécurité sociale après avoir rempli le document d'entente préalable³⁵⁵. Les critères pour avoir accès à cette permission se déclinent en fonction des pathologies. Par exemple, un cas de chirurgie réparatrice suite à une ablation du sein, ce qui pourrait s'apparenter à de la chirurgie esthétique, peut être pris en charge après évaluation du cas par l'Assurance maladie, quand une pose de prothèses mammaires ne le sera pas. Le remboursement de soins contractés à l'étranger dans le cadre de déplacement thérapeutiques programmés d'avance

³⁵⁰ André Helman « L'Hôpital compétitif. Et l'humain, dans tout ça » Revue du Mauss semestrielle 2013, N°41 P35

³⁵¹ Jean Magnadias, conférence présentée le 9 octobre 2003 à l'Institut CGT d'Histoire Sociale : www.ihs.cgt.fr : consulté le 19/08/2014 P15

³⁵² Aïssa Khelifa, op.cit., 2013 P9

³⁵³ Ariel Beresniak, Gérard Duru, « Economie de la santé » 2008 P7

³⁵⁴ Arlette Chabrol : « entretien avec Nicolas Brun : « Journal Médecins N °8 Novembre 2009 » P12 (ou bien de partir à l'étranger.)

³⁵⁵ Jean-François Nys « Tourisme médical, un phénomène en expansion » Revue, Soins Cadres, supplément au n °62 www.em-consulte.com consulté le 15/02/2014 P7

est peu pratiqué par l'Assurance maladie, et les cas dans lesquels il a lieu font l'objet d'une étude détaillée.

IDENTIFICATION DU MEDECIN TRAITANT OU DU CENTRE DE SOINS 	- Si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement de soins, Cachet de cet établissement 	- Si les soins sont dispensés par un médecin traitant salarié NOM du médecin traitant IDENTIFICATION
--	--	--

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT

Indiquer le chiffre correspondant à la demande

1 - PROTHESE(S) DENTAIRE(S)
 2 - AUTRE(S) ACTE(S)
 3 - ASSIMILATION(S)

Références Médicales Opposables (1) R. HR.

S'agit-il d'une demande en rapport avec (1) : A.T./M.P. A.L.D.

COTATION DES ACTES _____

Date de la proposition _____

Un devis a-t-il été remis à l'assuré : OUI NON

(1) Mettre une croix dans la (ou les) case(s) concerné(e)s

IDENTIFICATION DU MEDECIN TRAITANT OU DU CENTRE DE SOINS 	- Si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement de soins, Cachet de cet établissement 	- Si les soins sont dispensés par un médecin traitant salarié NOM du médecin traitant IDENTIFICATION
--	--	--

NOM et PRENOM DU PATIENT (à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé(e)) _____

Date de naissance _____ N° immatriculation de l'assuré(e) _____

SCHEMA DENTAIRE LORS DE LA PROPOSITION

H

D G

B

PROTHESE(S) DENTAIRE(S)

Arcade(s) complète(s)

- Barrer les dents absentes non remplacées par une prothèse.
- Indiquer par une croix les dents remplacées par une prothèse
- Indiquer par une flèche les dents devant être extraites
- Préciser les dents en antagonisme par une double flèche.

PROTHESE ADJOINTE HAUT	<input type="checkbox"/>	dents	Coefficient :	_____
PROTHESE ADJOINTE BAS	<input type="checkbox"/>	dents	Coefficient :	_____
SUPPLEMENT PBM	<input type="checkbox"/>	Haut Bas	Coefficient :	_____
SUPPLEMENT CP ou DM	<input type="checkbox"/>	N° dent(s)	Coefficient :	_____
COURONNE(S)	<input type="checkbox"/>	N° dent(s)	Coefficient :	_____
DENT(S) à TENON	<input type="checkbox"/>	N° dent(s)	Coefficient :	_____
Motif(s) :	_____			

(1) Mettre une croix dans la (ou les) case(s) concerné(e)s

AUTRE(S) ACTE(S), ASSIMILATION(S)

Nature : _____ Siège : _____ Coefficient : _____

Motif(s) (diagnostic, plan de traitement,...) : _____

OBSERVATION(S) EVENTUELLE(S)

Signature du praticien traitant _____ DATE : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)	RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT (1)
Numéro d'immatriculation <input type="text"/> Date de naissance <input type="text"/> Nom - Prénom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) ADRESSE <input type="text"/> SITUATION A LA DATE DE LA PROPOSITION DU TRAITEMENT <input type="checkbox"/> ACTIVITE SALARIEE ou arrêt de travail <input type="checkbox"/> ACTIVITE NON SALARIEE <input type="checkbox"/> SANS EMPLOI - Date de cessation d'activité <input type="text"/> <input type="checkbox"/> PENSIONNE(E) <input type="checkbox"/> AUTRE CAS, lequel <input type="text"/>	Profession habituelle exercée par le patient <input type="text"/> S'agit-il d'un accident ? <input type="checkbox"/> OUI Date <input type="text"/> <input type="checkbox"/> NON Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE, et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case <input type="checkbox"/> SI LE PATIENT N'EST PAS L'ASSURE(E) NOM <input type="text"/> Prénom <input type="text"/> Date de naissance <input type="text"/> Est-il titulaire d'une pension ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Adresse de l'intéressé(e), dans le cas où il (elle) ne réside pas chez l'assuré(e) <input type="text"/>
(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte	

"LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET/OU D'EMPRISONNEMENT QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DECLARATIONS (articles L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441.1 du Code P énal)"

J'atteste, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
Signature de l'assuré(e)

AVIS DU SERVICE MEDICAL DESTINE AU SERVICE ADMINISTRATIF

.....

VALIDATION DE COTATION

Identification du praticien conseil

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

POUR TOUS LES TRAITEMENTS OU PROTHESES DENTAIREES SOUMIS A L'ENTENTE PREALABLE, L'ASSURE(E) SOCIAL(E) DOIT ADRESSER LE PRESENT IMPRIME, DUMENT REMPLI, AU CONTROLE DENTAIRE DE SA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE.

LA REPONSE DE LA CAISSE DOIT ETRE ADRESSEE AU PLUS TARD LE 15E JOUR SUIVANT LA RECEPTION DU PRESENT FORMULAIRE. L'ABSENCE DE REPONSE DANS CE DELAI EQUIVAUT A UN ACCORD.

LES DEMANDES D'ENTENTE PREALABLE DOIVENT ETRE ETABLIES DANS LE RESPECT DES DISPOSITIONS ET DES COTATIONS DE LA NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS.

Lorsque l'on quitte le contexte américain et français, les motivations du tourisme médical peuvent être en relation avec l'absence de soins de qualité dans les pays d'origine des patients. Il y a deux catégories de migrations pour les cas de déplacements thérapeutiques à l'étranger. En premier il arrive que se soit la qualité des soins du pays d'origine qui est en cause. Dans ce cas, les déplacements qui en découlent sont approvisionnés soit par des mobilités transfrontalières, soit par des déplacements internationaux. Dans la dimension transfrontalière de la pratique, les déplacements des patients laotiens vers la Thaïlande sont un exemple intéressant. Puisque la Thaïlande jouit d'un niveau de développement plus élevé, on note qu'une part importante de laotiens traverse la frontière pour faire des emplettes dans les centres commerciaux absents dans leurs pays. Cependant derrière ces mobilités économiques et commerciales, on rencontre de plus en plus des déplacements pour motifs thérapeutiques. La Thaïlande, reçoit ainsi dans ces flux en provenance du Laos de nombreux malades, insatisfaits de la qualité de la prise en charge dans leur pays.³⁵⁶

Pour les déplacements internationaux, au motif de carence de soins de qualité dans leurs pays d'origine, les patients proviennent globalement de pays sous-développés (*d'Afrique et du Maghreb vers l'Europe*).³⁵⁷ Pour Marie Bonnet (2000), l'admission en France d'un patient en provenance de l'étranger trouve aussi son origine dans des cas de nécessités médicales, présentées par un médecin du pays d'origine pour une technologie et un savoir-faire médical disponible en France par exemple³⁵⁸. Si les praticiens français sont sollicités depuis l'étranger, c'est en raison de l'incapacité à réaliser certaines opérations chirurgicales dans les pays d'origine des patients, ou bien en raison des mauvais résultats enregistrés lors de ces interventions. Ainsi l'argument d'indisponibilité de certains soins, ou bien de leur qualité, sont dans la pratique des déplacements internationaux à but thérapeutique des causes fréquentes.

Cependant ce mouvement de patients étrangers vers d'autres pays pour le motif de la qualité des soins dispensés dans leur lieu d'origine, peut avoir une forme intra-européenne. Dans certains pays d'Europe de l'Est, en Russie notamment, la qualité des soins est parfois bien en deçà de celle à laquelle peuvent prétendre les catégories sociales aisées de ces pays. Alors, c'est en toute logique que celles-ci se tournent vers l'Allemagne, la République Tchèque, ou la Hongrie y pour recevoir des soins.

³⁵⁶Audrey Bochaton, « La santé face à l'ouverture des frontières » in François Moule et Sabine Duhamel », « Frontières et santé, Genèse et maillage des réseaux transfrontaliers » 2010 P145-146.

³⁵⁷ Virginie Chasles, Op.cit., 2013

³⁵⁸ Marie Bonnet, Op.cit., 2000 P53

Enfin le dernier élément à évoquer comme raison à l'origine du phénomène du tourisme médical, est en relation avec les politiques adoptées par certaines firmes pharmaceutiques. Comme dans d'autres domaines, les industriels du secteur de la pharmacie déploient de nouvelles stratégies pour optimiser leurs couvertures géographiques mondiales. Certaines firmes définissent leurs implantations géographiques selon un double critère d'endémicité et de distribution, dans une logique qui vise à rapprocher les lieux de production de ceux de la commercialisation, c'est-à-dire là où sévissent les pathologies qui motivent la recherche. Ainsi au stade expérimental de certains traitements, les équipes de laboratoires peuvent faire appel à des malades, y compris à des malades étrangers pour des formes spécifiques de la pathologie que ceux-ci présentent. Ces derniers peuvent être intégrés aux programmes de recherche et bénéficier de traitements non encore commercialisés.³⁵⁹

Un tronc commun se dégage donc en comparant les motivations des patients américains à celles des français dans une démarche de tourisme médical. La constance dans cette mise en parallèle porte principalement sur le coût. Ensuite vient la question de la législation en vigueur dans ces pays. C'est à ce niveau que se déclinent des différences significatives. Ainsi aux USA, la réglementation sur les greffes, le coût de la chirurgie esthétique, prothétique, cardiaque, ou d'autres interventions poussent de nombreux patients américains vers la Thaïlande, l'Inde, Singapour, le Brésil. La pratique du tourisme médical, est devenue une solution dans la réduction des dépenses de santé aux Etats-Unis. En France en ce qui concerne la réglementation, les dates limites fixées pour une interruption volontaire de grossesse, et ironie des coïncidences, sur la procréation médicalement assistée, font partie des principales motivations du tourisme médical. Pour clore cette partie de notre réflexion, et nonobstant la réalité que représente le coût élevé de certains soins à la base du tourisme médical, la diversité des pratiques dans ce phénomène souligne son caractère hétérogène. Ainsi, ne s'en tenir qu'au coût c'est laisser de côté certains patients capables de financer eux-mêmes leurs soins dans leur pays d'origine, mais qui préfèrent faire coïncider leurs besoins thérapeutiques à la récréation que représente le voyage.³⁶⁰ Cela nous emmène à parler du profil général du touriste-patient, dont les contours sont aussi à définir, et pour lesquels la diversité dans les nationalités des patients augure du caractère hétéroclite de ce type de voyageurs. C'est de cela qu'il s'agira dans notre prochain propos.

³⁵⁹Boris Guannel, Arielle Moreau, Claire Plateau, Robert Viatte « L'industrie pharmaceutique : sur les chemins difficiles de l'internationalisation » www.insee.fr consulté le 10/10/2016 P327

³⁶⁰ Jérôme Mageiste, op.cit., 2010 P188

- Quel profil pour le patient international ?

Les réflexions sur le phénomène du tourisme médical font peu cas de l'existence d'un profil type du patient international. La combinaison du caractère mondial du phénomène et du cas singulier de chaque patient, contribuent à la complexité d'une telle entreprise. Les caractéristiques propres aux patients, qui fondent l'archétype du patient international, sont la nationalité, les besoins thérapeutiques, l'âge, ainsi que de la catégorie socio-professionnelle. A grands traits, les observations montrent une patientèle internationale composée en majorité de baby-boomers, notamment pour les malades originaires des USA. En effet le vieillissement de la population, qui ouvre pour le troisième âge un cycle thérapeutique nouveau, avec l'apparition de maladies chroniques, ajouté aux conditions de l'assurance santé peu favorables à une grande partie de la population, pousse de nombreux patients américains parmi les plus âgés à rechercher des solutions médicales en dehors du territoire national. Ensuite un deuxième élément à mentionner au sujet des caractéristiques de la patientèle internationale, est qu'on retrouve dans ces flux, des couples, hétéros ou de même sexe, des femmes seules, à la recherche de solutions médicales dans leur désir de procréation. On y rencontre aussi des adultes jeunes, notamment pour le tourisme dentaire. Enfin on y retrouve des personnes d'âge mûr, en général des femmes, quand il s'agit de la chirurgie esthétique. Cependant au-delà des singularités des individus, notre tentative de dégager un profil du touriste-patient nous impose d'isoler des permanences, des caractéristiques communes pour la large palette des voyageurs qui forment le lot des touristes médicaux. Pour se faire, il est possible de discerner quatre champs qui agissent dans la construction d'un archétype du touriste hospitalier. Il s'agit des domaines clinique, administratif, juridique, et socio-démographique. Catherine Halphen (2010), soutient que dans le domaine de la santé, « *Les déterminants sociaux pèsent lourdement* ». ³⁶¹ En matière de tourisme médical, cela s'exprime par le biais d'une majorité des patients voyageurs qui sont des nantis, autant pour les flux en provenance d'Europe, que pour ceux en provenance des pays du Golfe. Même les patients en provenance d'Afrique font souvent partie des classes sociales aisées de ces pays. Le deuxième point à développer dans la question relative au profil général du touriste hospitalier concerne le domaine plus spécifique de la chirurgie esthétique. Sur ce sujet, Françoise Millet-Bartoli (2008) relève qu'on entend souvent dire que « *tous*

³⁶¹Catherine Halphen, op.cit., Introduction 2010 P6

ceux qui ont recours à la chirurgie esthétique sont perturbés psychologiquement »³⁶². Ainsi s'ouvre une porte sur le psychisme de cette catégorie de patients. A l'exploration de leur être intérieur, transparait dans de nombreux cas un mal-être³⁶³. Une opinion à prendre en compte, certes, mais qu'il importe de nuancer pour son caractère manichéen. C'est de ces questions qu'il s'agira dans le présent propos.

Les contours du touriste-patient, associe dans en premier lieu et de façon concomitante un bilan clinique et un statut administratif. En France, Marie Bonnet (2000), lorsqu'elle utilise le terme de patients non-résidents, fait référence aux règles juridiques, administratives, et à l'état pathologique dont dépend l'admission de ce type de malades dans les institutions de soins. C'est dans ce cadre légal que s'inscrit l'admission au séjour du patient sur le territoire national. L'état clinique du requérant s'avère déterminant pour son entrée sur le territoire national. Ainsi sont considérés comme patients non résidents, les malades étrangers conservant leur résidence principale en dehors du territoire national, et souffrant d'une pathologie qui n'est pas possible de prendre en charge dans le pays d'origine pour des raisons de complexité de la maladie ou de sa rareté. Reportons-nous en cela aux motivations des touristes patients que nous avons évoquées tout à l'heure. L'accueil de ce type de malades, à l'exception des patients membres de la communauté européenne, est conditionné à l'obtention d'un « *visa sanitaire* », délivré par les représentations diplomatiques françaises à l'étranger³⁶⁴. Nous reviendrons dans un prochain chapitre consacré aux flux du tourisme médical à destination de la France, sur les critères qui président à l'admission au séjour de cette catégorie de malades. Par translation et pour ce qui concerne les destinations du tourisme médical dans leur ensemble, les touristes médicaux sont soumis aux réglementations en vigueur dans le pays où leurs soins sont programmés. Cette autorisation au séjour est plus ou moins facilitée, soit en fonction des politiques d'attrait des malades étrangers mises en place par les autorités des pays d'accueil, soit en fonction des accords bilatéraux. A titre d'exemple, le gouvernement algérien et certaines entreprises de ce pays, ont signé des conventions avec la France pour l'accueil de leurs patients. Cela nous conduit à parler des pays d'origine des touristes médicaux. En effet l'établissement d'un portrait du touriste hospitalier doit aussi prendre en compte la nationalité des voyageurs. Pour Jean-François Nys (2014), les touristes hospitaliers, sont

³⁶² Françoise Millet-Bartoli « La beauté sur mesure ; psychologie est chirurgie esthétique » 2008

³⁶³ Patrick Lang « La chirurgie esthétique féminine- Approche éthique » « Revue Profession sage-femme N°204, P31

³⁶⁴ Marie Bonnet, Op.cit., 2000 P10

globalement originaires des pays développées : « *Etats-Unis, France, Unis, Canada, Grande Bretagne, Allemagne, France, Australie* »³⁶⁵.

La nationalité est un élément d'importance, pour déterminer l'orientation des flux de la patientèle internationale. La plus importante vague au niveau mondial des touristes hospitaliers se compose pour l'essentiel d'américains. Ceux-ci se dirigent principalement vers l'Asie et l'Amérique du sud qui, aux premières heures du phénomène, ont opté pour ce nouveau modèle économique. Dans un deuxième temps, on y retrouve une part importante de patients issus des pays du Moyen-Orient et du Golf, (Jordanie Arabie Saoudite, Bahreïn, Koweït), dont le chiffre avoisine les 500.000 par an³⁶⁶.

Ensuite le profil du touriste médical prend des contours socio-démographiques. Certes l'idée générale que l'on se fait de cet individu est celle d'un patient aisé, âgé d'une cinquantaine d'années voir plus. Catherine Bonvalet (2010), évoquant certaines caractéristiques des Baby-boomers, expression utilisée pour désigner les personnes dont l'année de naissance se situe dans l'intervalle 1945 et 1954, parle d'une classe d'âge ayant vécu « *une période de véritable explosion de la culture de consommation et de la mobilité* ».³⁶⁷ Le tourisme médical, confirme le nouveau statut de la santé en tant que bien de consommation comme souligné précédemment. Autre élément qui caractérise cette génération, c'est leur utilisation des nouvelles technologies notamment d'internet, utile dans la recherche de solutions thérapeutiques « offshore ». Ainsi sur la base de ces trois éléments, appréciation de la santé en tant que bien de consommation, mobilité par le voyage et utilisation des nouvelles technologies, s'ouvre pour cette catégorie de la population des possibilités de délocalisations sanitaires. Le contexte de l'allongement de la durée de vie, du fait des progrès de la médecine, conduit à l'émergence de maladies chroniques dans cette catégorie de la population qui trouve dans la pratique du tourisme médical, un moyen d'alléger la facture des traitements thérapeutiques.³⁶⁸ De nombreux américains qui se rendent en Thaïlande pour des soins, appartiennent à la frange des baby-boomers.

Cependant Jérôme Mageiste soutient que la patientèle internationale possède un « *caractère ubiquiste* ». Dans les faits, cela se traduit par la présence d'un nombre croissant d'adultes-jeunes, dont l'âge moyen est situé entre trente et trente-cinq ans. Ce qui se confirme lorsque l'on analyse la patientèle internationale pour les spécialités de dentisterie ou la chirurgie esthétique. Cependant le point sur lequel se rejoignent la catégorie des baby-

³⁶⁵ Jean François Nys, op.cit., 2016

³⁶⁶ « Tourisme médical : Profil des patients migrants » www.geram862.mywhc consulté le 17/09/2016

³⁶⁷ Catherine Bonvalet, Jim Ogg « les baby-boomers : une génération mobile » in introduction 2010, P5

³⁶⁸ Loïc Menvielle, William Menvielle Op.cit., 2010, P113

boomers et celle des patients plus jeunes, est celui des moyens financiers dont ils disposent. Pour Patrick A. Bouvier (2008), les touristes médicaux sont issus des classes sociales aisées, ou au moins de la classe moyenne. En cela il se réfère au montant des dépenses à effectuer pour les frais du voyage et au coût des interventions médicales. Nous avons évoqué tout à l'heure la somme de 700€ qui a été identifiée comme prix moyen d'un voyage à l'international. En outre un tableau nous a donné un aperçu des prix appliqués aux interventions les plus demandées (P140). Bien que les prix des interventions soient inférieurs aux prix pratiqués dans les pays d'origine des patients, ils restent cependant inaccessibles aux personnes à faibles revenus³⁶⁹. C'est ainsi qu'on retrouve dans la patientèle internationale des patients issus des classes aisées des pays riches et des pays en développement, et une part croissante des classes moyennes des pays riches.

Sur le sujet des caractéristiques du touriste hospitalier, s'invite assez souvent un a priori notamment lorsque l'on traite de la chirurgie esthétique. Un avis dans l'opinion générale fait état d'une fragilité psychologique qui se cache derrière une démarche de chirurgie esthétique. C'est d'ailleurs dans cet esprit que Françoise Millet-Bartoli pose la question de savoir si les candidats à l'expérience de la chirurgie esthétique en général « *présentent des prédispositions psychologiques particulières et s'il existerait un profil psychologique du candidat type à cette chirurgie ?* »³⁷⁰ Une double réponse convient à cette interrogation. A répondre par l'affirmative, on tombe très vite dans la caricature. Car les motivations dans les demandes de chirurgie esthétique, varient en fonction des besoins des individus. Une intervention chirurgicale sollicitée à la suite d'un accident n'obéit pas à la même logique, qu'une demande de rajeunissement du visage par piqûres de botox, ou par lifting, ou qu'une pose de prothèses mammaires. Certes il est mal aisé de répondre à une question par une autre question. Cependant Sébastien Le Pajolec (2011), nous donne un début de réponse sur le profil psychologique des patients de la chirurgie esthétique. Dans un article consacré « aux accros » de la chirurgie plastique, dont la trame se dessine autour de la série américaine Nip/Tuck, il fait cas d'éléments qui nous permettent de mieux appréhender ce sujet. Les épisodes de ce programme commencent par un générique dans lequel, l'un des deux chirurgiens, personnages principaux de la série pose la question suivante au patient en salle de consultation : « *Qu'est-ce que vous m'aimez pas chez vous ?* »³⁷¹. L'enjeu de cette question est celui de la survalorisation de l'apparence physique et des critères qui définissent

³⁶⁹ Dr Patrick A. Bouvier Op.cit., 2008 P198

³⁷⁰ Françoise Millet-Bartoli Op.cit., 2008 P121-127

³⁷¹ Sébastien Le Pajolec, « Les « accros » du bistouri ; Chirurgie esthétique et dépendance dans Nip/Tuck » Revue Alcoologie et Addictologie, (33) (4), 2011 P297

le « beau » dans la société moderne. Elle pointe également du doigt le rapport de l'individu à son propre corps, et elle contient pour celui-ci un enjeu existentiel. Françoise Millet-Bartoli, en réponse à cette question affirme que « *des études ont toutefois tenté de repérer certaines caractéristiques psychologiques et affectives communes chez les candidats à une opération* ». Son argumentaire se construit autour d'une étude réalisée sur un panel de 68 patients. Les résultats sont éloquentes sur le degré du déséquilibre psychologique dont est victime une part importante des patients issus de cet échantillon. Ainsi sur les 68 personnes ayant subi une opération de chirurgie esthétique toutes spécialités confondues, 83%, ont révélé durant l'enfance des rapports affectifs compliqués avec leurs parents et principalement avec leur mère. Ce passé douloureux a engendré chez ces dernières une forme d'instabilité affective qui s'est traduite par un « manque de confiance ». Ce déséquilibre psychologique prend une tournure dramatique, quand notre auteur poursuit en citant une étude de chercheurs danois. Cette enquête fait remarquer la présence de troubles psychiatriques et une hausse des suicides dans un échantillon de femmes s'étant fait poser des prothèses mammaires. Certes il serait exagéré de prétendre à l'existence systématique de problèmes psychologiques chez la totalité des personnes qui sollicitent une intervention de chirurgie esthétique. Cependant les faits rapportés ici doivent conduire à une prise de conscience sur la présence éventuelle de troubles psychologiques chez les patients qui s'inscrivent dans une démarche de chirurgie esthétique, dans leur propre pays ou à l'étranger. D'ailleurs en Thaïlande, les patients qui se présentent pour une opération de changement de sexe en anglais, *sex reassignment surgery*, sont soumis à des analyses psychologiques. La programmation de l'intervention prend également en compte un délai de rétractation.

Pour clore notre propos sur les contours du touriste hospitalier, il est important de reconnaître que cette opération se heurte à la diversité des motivations qui conduisent les patients à contracter des soins en dehors de leurs pays d'origine. A cette première difficulté s'ajoute une autre, celle de la multiplicité des nationalités des patients internationaux, qui rendent les traits de ce type de voyageurs plus imprécis. Nonobstant ces écueils, un caractère commun se dégage chez cette catégorie de patients. En termes de catégories sociales, la pratique du tourisme médical concerne essentiellement des personnes aisées ou issues de la classe moyenne. En outre, en matière de chirurgie esthétique, domaine dans lequel l'opinion générale tente de créer un consensus sur la présence de troubles psychologiques chez la patientèle, les expériences évoquées ici montrent que cet avis gagne à être modéré. Alain Bazot (2008), traitant des économies à réaliser au niveau de la sécurité sociale, affirme que : « *la première question à se poser est de savoir si la consommation d'un bien de santé est*

justifiée ou non par l'état de santé du patient ». ³⁷² Cet avis devrait pouvoir s'appliquer à la chirurgie esthétique dans ses motivations. La nationalité du patient international, nous l'avons vu, compte dans l'élaboration de son profil. C'est une donnée tout aussi utile dans l'analyse des principales destinations s'étant spécialisées sur le segment du tourisme médical. Car elle met en perspective le sujet de l'orientation des flux de la patientèle internationale. Virginie Chasles (2013) estime à 60 milliards de dollars, au niveau mondial, les retombées du tourisme médical³⁷³. Afin de capter les devises issues de ce secteur, de nombreux pays en majorité des pays émergents, ont décidé de s'engager sur la voie de l'accueil des patients étrangers. Si le phénomène touche tous les continents, certains pays en ont fait une spécialité. En Asie, la Thaïlande, l'Inde, la Malaisie, Singapour, se sont bâtis une solide réputation dans ce domaine. En Amérique du sud, l'Argentine, le Mexique, le Brésil, Cuba, par exemple, sont des destinations qui comptent dans l'accueil de la patientèle internationale³⁷⁴. Des pays d'Europe de l'Ouest (Espagne, Belgique, Allemagne), d'Europe de l'Est, (Hongrie, République Tchèque, Pologne) et d'Afrique du Nord et d'Afrique Subsaharienne, (Maroc, Tunisie, Afrique du sud), ont décidé d'exploiter ce nouveau filon. Cependant les stratégies adoptées par chaque pays, présentent des points de convergence et des éléments de divergences. Le faible coût des prestations médicales *offshore*, nous l'avons vu brièvement, est un élément qui structure les stratégies d'attrait de la patientèle internationale. Des divergences sont repérables à partir des spécialités médicales développées d'un pays, d'une région à l'autre. Les propos qui vont suivre se consacrent à analyser les destinations du tourisme médical, en fonction des domaines médicaux dans lesquels certaines destinations se sont spécialisées. En traitant les destinations les plus significatives, nous parlerons des stratégies sollicitées dans la conquête du marché de ce segment économique et sanitaire.

³⁷² Alain Bazot « L'Emergence d'une nouvelle force : les consommateurs » in Jean-Michel Laxalt « Et si demain la sécurité sociale... éclatait » 2009 P124

³⁷³ Virginie Chasles, Op.cit., 2013

³⁷⁴ Jean-François Nys «Tourisme médical, un phénomène en expansion » Journal soins Cadres de santé-supplément au n °62 www.em-consulte.com consulté le 15/02/2014 P6

- Le tourisme classique et l'assurance santé universelle préalables à l'essor du tourisme médical

Les crises dans les mécanismes de financement des soins au sein des pays développés, ont entraîné une croissance de la demande de soins délocalisés à destination des pays émergents. Les flux de patients internationaux continuent de s'orienter vers les USA, l'Allemagne, la Belgique, la France, à l'origine lieux des premières migrations thérapeutiques. Cependant il importe de reconnaître que la majorité de ces flux, se dirigent désormais vers les pays aux économies émergentes. Ces pays, ont trouvé dans le segment médico-touristique, l'opportunité de diversifier leurs offres touristiques, en proposant des soins à des prix inférieurs à ceux auxquels ils sont accessibles en Occident. En Asie, la Thaïlande, la Malaisie, Singapour, l'Inde, accueillent chaque année des millions de patients étrangers. En Amérique du sud, c'est en direction du Brésil, du Mexique, du Costa Rica, de la Colombie que s'orientent la plupart des flux de patients étrangers. Le phénomène du tourisme médical, comme celui du tourisme classique, a subi un ralentissement consécutif aux événements du 11 septembre 2001. Cependant depuis les années 2007-2008, ce secteur a connu un regain d'activité. Ainsi nous sommes passés dans l'intervalle entre ces deux années de 908 à 924 millions de touristes hospitaliers selon les chiffres de l'OMT. Ce qui représente une croissance de 2%³⁷⁵.

Une étude du tourisme médical impose l'analyse de l'atout majeure de ces destinations, représenté par la compétitivité des prix auxquels sont proposées les prestations médicales. Ainsi ces offres à prix cassés appellent une question essentielle. Par quels mécanismes les pays spécialisés dans l'offre de soins délocalisés arrivent-ils à proposer des services de santé de qualité à des prix bon marché ? La réponse à cette question procède de la mise en commun de plusieurs facteurs. Parmi ceux-ci, la différence notable du niveau de vie entre les pays occidentaux et les économies émergentes représente un premier élément de réponse. En effet les économies émergentes présentent des conditions sociales et salariales à l'avantage des entrepreneurs des structures médico-touristiques. En outre la plupart des patients en provenance des pays développés paient leurs soins en devises, ce qui implique un taux de change plus favorable. Au-delà de ces premiers éléments, il existe d'autres éléments que l'on pourrait qualifier de permanences pour les destinations qui se sont spécialisées dans le tourisme médical. Déterminer ces permanences passe par une analyse séparée des secteurs du tourisme et de la santé quant à ces destinations. Ainsi, on observe dans ce phénomène que

³⁷⁵ Loïc Menvielle, William Menvielle, Op.cit., 2010, P109

ces pays ont un potentiel touristique déjà mis en exploitation. La présence dans ces territoires de structures de transport aéroportuaires, routières, et d'accueil, indispensables dans le tourisme classique, précèdent et conditionnent l'arrivée des touristes médicaux. Sur le plan de la santé, ces destinations disposent de structures de santé de qualité, d'un savoir-faire médical, et de la technologie médicale indispensable pour l'attrait des patients étrangers.

Dans le champ de l'économie de la santé, le financement des soins est un point important. Réussir le pari d'un système collectif de financement des soins, incluant la majorité de la population, permet d'une part à ces Etats d'assurer une de leurs missions régaliennes, celle de la protection sanitaire de la population. Mais le financement collectif des soins permet en même temps « d'irriguer » le secteur de la santé, de le fructifier. Ainsi un secteur de la santé fertile, permet de dégager des excédents dans la production de soins, qu'il devient envisageable de proposer à des patients venus de l'étranger. L'association des fondamentaux que sont des potentialités touristiques, déjà mises en exploitation, et l'efficacité d'un secteur de la santé généralement financé par l'intermédiaire de mécanismes collectifs d'assurance maladie, fait partie des conditions pour le développement d'une offre de tourisme médical. Cependant dans l'analyse du phénomène, la multiplicité des destinations oblige à faire des choix de pays, dans la validation de cette première hypothèse.

Notre sélection des deux destinations à étudier s'est donc opérée selon des critères de situation géographique, de renommée et de performance sur le segment médico-touristique. C'est sur ces éléments que repose la légitimité de la Thaïlande et du Maroc, dont les exemples viennent nourrir cette réflexion. L'un et l'autre bien qu'évoluant sur des continents différents, ont le mérite de figurer au palmarès des destinations du tourisme médical. L'enjeu du choix de ces deux exemples, est de mettre en exergue les facteurs qui créent les conditions du développement du tourisme médical. Cela permet de montrer la force du lien entre tourisme classique et tourisme médical. Dans un deuxième temps, cette observation distincte des secteurs du tourisme et de celui de la santé dans ces pays, permet de confirmer l'importance de systèmes de financement collectif des soins, qui se présente comme une condition au développement des activités médico-touristiques. Enfin nous tenterons dans la deuxième partie de notre étude d'aborder d'autres points communs, qui participent des stratégies pour l'émergence d'une économie médico-touristique. Ces constances dans les stratégies se retrouvent autant dans les modèles de gestion, dans l'exigence de qualité, que dans les mesures fiscales, ainsi que d'autres dispositions prises pour l'accompagnement de cette activité. C'est de ces recoupements dans les politiques de développement du tourisme médical que nous nous proposons de traiter maintenant.

Le tourisme médical est avant tout une activité humaine. Cette première qualité en fait naturellement une activité économique. Par sa production qui émane de l'interaction de deux domaines du tertiaire, à savoir le secteur du tourisme et celui de la santé, il s'intègre dans l'économie des services. Cependant, dans cette analyse, il convient de s'interroger sur les mécanismes de production de cette offre médicale à « l'exportation ». Il importe aussi d'identifier l'effet d'entraînement que peut produire le secteur du tourisme classique sur les activités de la vie économique en général, y compris celles qui sont hors du domaine touristique. Les secteurs qui profitent le plus de la présence de touristes sont directement l'hôtellerie-restauration, l'artisanat et les musées. Cependant on peut y ajouter les services publics, les services de transports, les établissements bancaires, les établissements de soins. Les mécanismes de financement utilisés, afin de hisser les infrastructures aéroportuaires aux standards internationaux, sont approvisionnés par des recettes touristiques³⁷⁶. Dans ce cadre, il est utile de rappeler que la démocratisation du transport aérien, avec l'arrivée des « *low cost* », est aussi à l'origine du tourisme médical. L'importance de l'activité touristique classique est une donnée essentielle dans le tourisme médical. L'équation de l'accroissement des retombées du tourisme se pose à toutes les destinations. Dès lors, le tourisme médical apparaît comme un choix, un créneau, parmi d'autres dans les stratégies de diversification de l'offre touristique. L'utilisation de supports communs dans la pratique du tourisme et dans celle du tourisme médical, contribue à asseoir cette analyse.

Cependant, cela obéit à certaines conditions au niveau de la qualité de l'offre sanitaire sur place. D'un point de vue économique, la santé est conçue à la fois comme un secteur marchand et non marchand³⁷⁷. C'est une spécificité du secteur de la santé que d'arriver à faire cohabiter les deux modèles. Cette distinction majeure s'établit sur la base des prix auxquels est disponible l'offre sanitaire. Ainsi, en fonction du niveau de prix auquel se propose un acte de soins, on distingue l'offre marchande de l'offre non marchande. Cependant, il faut prendre en compte, dans l'aspect non marchand de la santé, l'accessibilité du prix des soins, qui s'apprécie à l'aune de la population en capacité d'y avoir recours. C'est un des facteurs qui permet de rehausser le niveau général de la santé de la population.

Sous son aspect marchand, les entreprises qui proposent une offre privée de soins sont soumises à des impératifs financiers. Ainsi, aux entreprises du secteur marchand de la santé, s'imposent les notions de productivité, de compétitivité, de rentabilité. Dans les activités soumises à ces exigences commerciales, toute production additionnelle et facturée, permet

³⁷⁶Walid Ben Sghaier Op.cit., 2013, consulté le 17/12/2015

³⁷⁷ Arnaud Collin, Quentin Demanet, Pr Bertrand Fenoll, Jérôme Joubert, Erwann Paul in « Séminaire ENCC 2015 » « L'analyse économique des coopérations inter-hospitalières : la coopération pour la concurrence » Journal de gestion et d'économie médicales 2015 P138

de dégager un compte positif à l'exploitation. C'est la méthode appliquée par les cliniques qui n'hésitent pas à faire appel à des patients étrangers.

Deuxième point important : c'est sous son aspect marchand qu'un autre élément, celui de son financement, apparaît pour son caractère essentiel. Il est généralement convenu que : « *la santé n'a pas de prix* ». Ceci dit, se pose tout de même la question de son coût. L'aspect du financement collectif des soins est une autre permanence dans la problématique du tourisme médical. L'observation montre que la prise en charge financière des actes de soins, au niveau des populations vivant dans les destinations du tourisme médical, est dans la majorité des cas assurée par des mécanismes publics et collectifs de financement. C'est une donnée observée au Brésil, en Colombie, en Thaïlande, au Maroc, au Mexique etc.³⁷⁸Ces pays sont des destinations phares en matière de tourisme médical.

Nous avons déjà traité des systèmes de financement de la santé et de leurs dysfonctionnements aux USA et en France, notamment dans notre chapitre relatif aux motivations du tourisme médical. En France, lorsque le thème de la sécurité sociale, et de façon plus précise, le sujet de sa branche maladie, est abordé dans le débat public, c'est en des termes de réduction des déficits, d'économies à faire, bref de rigueur budgétaire. En clair, il s'agit de la sempiternelle question du « trou de la sécu » à combler. Cependant, reconnaissons globalement les qualités de fertilisation pour l'économie de la santé que possède la protection sociale en général et de manière précise la couverture universelle en matière de santé. L'idée de la couverture santé universelle, pour altruiste qu'elle puisse paraître, fait cependant partie des grandes théories qui agitent les milieux de la gouvernance mondiale en matière de santé. Cette approche prospère car elle réunit le principe³⁷⁹des trois « U » : universalité, unicité, uniformité. Ces trois concepts appliqués au domaine de la couverture santé, favorisent l'équité, la solidarité, garantissent une accession de tous les individus vivant sur le territoire national, à des soins de qualité. La couverture santé universelle en prônant une collectivisation du risque maladie et accident, permet ainsi aux nantis de cotiser pour les pauvres, et aux bien-portants de participer à la prise en charge des malades. Les arbitrages financiers qui pourraient dissuader les malades, à un moment ou un autre du parcours de santé, leur sont évités grâce à ce mécanisme. La couverture santé universelle facilite l'accès aux soins à ceux dont l'état de santé l'exige, que ce soit pour des besoins ponctuels comme dans le cas de maladies aiguës, ou de façon récurrente, notamment pour les maladies chroniques. Pour Ariel Beresniak et Gérard Duru, (2008), la santé est d'un

³⁷⁸François Polet Op.cit., 2014 Editorial P9

³⁷⁹ « Couverture santé Universelle ; pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés pour compte des régimes d'assurance maladie » www.oxfam.org, Op.cit., 2013 P3

point de vue économique l'un des rares domaines où les achats de la clientèle (*les malades*), sont soit totalement, soit partiellement pris en charge. La patientèle n'hésite donc pas à avoir recours à ce type de services. C'est pour cette raison, au niveau économique que «*l'existence d'assurances maladie induit simultanément une augmentation des quantités produites et consommées de soins, une diminution du prix payé par les consommateurs et une augmentation du prix reçu par les producteurs*». ³⁸⁰Dans la même veine, Jean-Michel Laxalt (2009) affirme que les mécanismes d'assurance santé universelle soutiennent les politiques d'emploi, notamment des emplois dans le secteur de la santé : personnels soignants, analystes médicaux, ambulanciers, officines etc...). Il faut ajouter à cela la source de gain que les mécanismes de financement collectif représentent pour l'industrie pharmaceutique ³⁸¹. Certes les effets de l'assurance maladie sont souvent minorés dans le débat public, notamment en France. Cependant les pays émergents, qui ont su mettre en place une couverture maladie universelle ont, grâce à ce type de mécanisme, créé les conditions d'une balance de paiements excédentaire en matière de santé. L'un des principaux avantages concernant l'existence d'une assurance universelle est de réduire la part des importations des services de santé, en accroissant en actes et en qualité la pratique des professionnels. Cela permet de dégager une capacité de production supplémentaire sur le plan local. C'est donc cet excédent de production de soins qui est proposé à la patientèle étrangère ³⁸². Le lien entre le tourisme médical et les mécanismes d'assurance maladie universelle peut de cette façon apparaître de manière plus claire. C'est une des constances qui ressort de l'analyse du secteur de la santé dans la plupart des pays ayant développés des stratégies en vue de l'émergence du tourisme médical. Ainsi faut-il rappeler dans un premier temps que, le développement du tourisme médical, repose sur l'addition des exigences que représentent un potentiel et des capacités au niveau du tourisme classique, déjà mises en exploitation. Ces pays sont préalablement dotés au niveau touristique d'infrastructures aéroportuaires, hôtelières, routières, dans un premier temps. Le deuxième postulat étant à rechercher du côté de l'efficience des ressources sanitaires, des compétences médicales, et de qualité de la prise en charge, qui émergent de l'existence d'une protection sociale efficiente, et précisément d'un système d'assurance santé probant. C'est sur la production supplémentaire en quantité et en qualité que repose la réputation sanitaire de ces pays. C'est le critère de la qualité de la prise en charge sur place qui va guider le choix des patients internationaux vers les destinations médico-touristiques.

³⁸⁰ Ariel Beresniak, Gérard Duru, op.cit., 2008 P56

³⁸¹ Jean-Michel Laxalt, op.cit., Introduction 2009 P11

³⁸² Walid Ben Sghaier op.cit., 2013

Les exemples de la Thaïlande et du Maroc sont intéressants dans l'étude du tourisme médical pour mettre en évidence des éléments qui apparaissent comme des invariants pour son développement. Dans ces deux pays, on retrouve les éléments que sont l'exploitation d'un secteur touristique classique, l'existence d'une sécurité sociale, principalement de la couverture santé universelle efficace.

- Analyse du modèle thaïlandais dans les préalables à l'essor du tourisme médical

En matière d'accueil de patients étrangers, la réputation de l'ancien Royaume de Siam n'est plus à faire. Ce pays d'une superficie de 514000 Km², quasiment égale à celle de la France, s'est depuis le début des années 2000 spécialisé dans l'accueil des touristes médicaux. La situation géographique de la Thaïlande lui donne un accès sur la mer. La variété des paysages, du climat, de la culture, de l'histoire, font du « pays du sourire », l'une des destinations les plus réputées au monde. En 2015 la Thaïlande a reçu un peu moins de 30 millions de touristes, ce qui est un record dans la fréquentation pour ce pays³⁸³. Ce territoire en 2013, avait déjà été classé dixième dans le palmarès « *Top Tourist destination* »³⁸⁴. En 2014, Bangkok était la deuxième ville la plus visitée au monde, après Londres, selon le « *Mastercard 2014 Global Destination cities Index* ». Certes une part importante des touristes qui fréquentent la Thaïlande proviennent des USA, de l'Allemagne, de la France, des Emirats. Cependant il est utile de signaler que la dimension transfrontalière du tourisme thaïlandais est assez prononcée. Environ 59% des touristes qui visitent ce pays proviennent de ses voisins de l'ASEAN, auxquels il faut ajouter Hong Kong et le Japon. Pour les touristes en provenance de la Chine, les chiffres sont de 8 millions de personnes originaires de l'empire du milieu ayant visité la Thaïlande en 2015. Malgré la crise du SRAS en 2003, le Tsunami de 2004, les tensions politiques ayant abouti en 2013 à un coup d'Etat, le secteur du tourisme en Thaïlande a su résister. Au niveau économique, il représente la deuxième source de devises derrière les composants électroniques. Le tourisme pèse 14% du PIB de la Thaïlande.

L'expérience thaïlandaise en matière de tourisme classique est importante, car c'est elle qui va poser les bases de son tourisme médical, notamment pour l'approvisionnement en patientèle du secteur médico-touristique. Elle détermine aussi l'offre en la matière,

³⁸³ www.thaïlande-Fr.com consulté le 13/09/2016

³⁸⁴ « Le Tourisme en Thaïlande » www.geotourweb.com [mis en ligne 2016] consulté le 10/11/2016

puisqu'elle permet une nouvelle composition de l'offre médico-touristique, en y ajoutant d'autres produits purement touristiques, notamment par les visites et la découverte du pays. Dans les cas où le séjour sur place se prolonge, le patient peut profiter de cette expérience de soins pour visiter le pays, découvrir sa culture, notamment la pensée bouddhiste, qui en est un des fondements, selon l'avis de Benoît Legault (2013).³⁸⁵ Sur ces faits, nous voyons se confirmer le caractère de moyen de diversification de l'économie touristique thaïlandaise, voire de produit refuge, dont est empreint le tourisme médical, comme ce fût le cas après le tsunami de 2004.

Le tourisme médical en tant qu'élément composant l'offre touristique, a rapporté à la Thaïlande 3,15 milliards de dollars selon une étude parue en 2015. En 2006, les recettes issues du segment médico-touristique thaïlandais étaient de 1 milliard de dollars. En 2013 en peu plus de 2,4 millions d'étrangers se sont rendus en Thaïlande pour des besoins de santé³⁸⁶. Ce pays se classe en neuvième position des destinations ayant fait de l'accueil des patients étrangers, une branche de leur offre touristique globale. Au sujet de la provenance de la patientèle thaïlandaise, elle émane comme déjà mentionné dans le cas du tourisme classique des mobilités transfrontalières. De nombreux patients des pays voisins, le Laos, le Cambodge, le Myanmar, franchissent par centaines de milliers, les portes des hôpitaux thaïlandais. La Thaïlande compte sur son sol des communautés ethniques présentes d'un côté comme de l'autre des frontières avec les pays voisins. L'arrivée massive de ces patients des pays frontaliers fait suite aux insuffisances que l'on peut observer dans les hôpitaux de ces Etats : absence de qualité dans les prestations médicales, manque de personnel soignant³⁸⁷. La Thaïlande joue dans ce cadre le rôle hub sous régional en matière de santé. L'importance de ces patients transfrontaliers est telle que le tourisme médical thaïlandais, en est devenu tributaire. Dans certains hôpitaux situés dans les régions frontalières, on note que la patientèle en provenance des pays voisins atteint parfois 50% des malades.

Cependant le tourisme médical en Thaïlande au-delà des patients originaires des pays voisins est aussi alimenté par des patients internationaux. Des Britanniques, des Américains, des Canadiens (30.000 en 2006), des Allemands, des Néerlandais, des patients issus des pays du Moyen Orient, se rendent en Thaïlande pour des raisons thérapeutiques. L'atout principal de l'offre thaïlandaise sur le segment médico-touristique allie la qualité des prestations aux

³⁸⁵Benoît Legault www.ledevoir.com consulté le 30/11/2013

³⁸⁶« Le tourisme médical en Thaïlande est à la hausse » www.voyagemedical.fr » [2013] [consulté le 12 avril 2015]

³⁸⁷Audrey Bochaton Op.cit., 2010 P148-149

coûts abordables auxquels celles-ci sont proposées. En effet, la Thaïlande dispose d'infrastructures en quantité et en qualité suffisantes. Les capacités hospitalières du pays sont de plus de 400 hôpitaux privés, dont 40.000 lits dans le secteur privé, et 90.000 lits dans celui du public³⁸⁸. Une majorité de ces structures de soins est implantée dans les grandes villes et dans les villes touristiques. C'est à Bangkok, la capitale que l'on trouve le « *Bumrungrad International Hospital* », fleuron du tourisme médical Thaïlandais. Cet hôpital reçoit des patients originaires de 141 pays. Il regroupe en plus des services pour les soins, d'autres prestations pour les malades étrangers. Il s'agit ici d'une agence de voyages pour prolonger les visas ou pour organiser les modalités du retour au pays, pour les patients dont la convalescence se prolonge. Ce grand complexe hospitalier, aux allures d'hôtel de luxe, a su tirer profit de la nouvelle orientation des flux de la patientèle internationale, suite aux attentats du 11 septembre 2001. Les patients en provenance des pays du Golfe sont passés avant ces événements de 50.000 à 93.000, soit une progression de 98%³⁸⁹. En 2014, 35% des 85 millions de dollars du chiffre d'affaires total de cette clinique, provenaient de son activité d'accueil des patients étrangers. Le « *Bumrungrad International Hospital* » respecte les normes d'accréditation internationale en matière de santé, ce qui pour la patientèle internationale est un gage de qualité. Nous reviendrons sur le sujet de l'accréditation en général, dans les stratégies de développement mises en place par les pays s'étant spécialisés sur le segment médico-touristique. Pour l'heure et s'agissant de l'offre touristique et médicale de la Thaïlande, elle est à l'image de celle du « *Bumrungrad International Hospital* ». La qualité des prestations médicales a pour origine la qualité de l'infrastructure certes, mais aussi le professionnalisme du personnel soignant et l'expertise de ces médecins formés pour la plupart aux USA. L'ancien pays de Siam, grâce au savoir-faire de ses chirurgiens, a développé des spécialités médicales qui incitent de nombreux patients étrangers à s'y rendre. Les chirurgiens thaïlandais sont reconnus pour leurs interventions sur l'œil, les reins, (*les greffes*) et les traitements en urologie (*dialyse*). On y pratique aussi la chirurgie de la hanche, la chirurgie cardiaque, esthétique, plastique, avec le changement de sexe, et aussi la chirurgie bariatrique. C'est donc une destination qui pour les interventions chirurgicales, a acquis des compétences variées.

Pour comprendre l'exemple thaïlandais, au sujet des permanences que représentent un tourisme classique et un secteur de la santé de qualité, préalablement irrigué par une couverture santé universelle, il convient de se rappeler la crise économique de 1997. Nous en avons évoqué les impacts sur les structures de l'économie thaïlandaise et les conséquences pour les populations, notamment les plus vulnérables. Parmi les mesures prises pour

³⁸⁸ « La Thaïlande, paradis du tourisme médical » [2003] www.lexpress.fr [consulté le 15/07/2014]

³⁸⁹ Virginie Chasles, op.cit., 2013

amoindrir les effets de la récession, figure la création d'un système de protection sociale comprenant notamment une couverture santé universelle. A la différence de nombreux pays, dans lesquels le statut d'assuré social s'appuie sur la condition de salarié de l'adhérent, la Thaïlande eut l'idée de rattacher la qualité d'assuré social aux critères de citoyenneté et de résidence. Ce mécanisme est alimenté au niveau financier par l'addition de fonds issus des recettes publiques, et des prélèvements sociaux sur les travailleurs. Ce système de couverture santé universelle a ainsi permis à la Thaïlande de porter le taux de couverture santé à 98 % de la population totale³⁹⁰. Ainsi, avant d'être réputée pour son tourisme médical, la Thaïlande s'était préalablement fait remarquer au niveau mondial pour sa couverture santé universelle et pour les aides en faveur des plus défavorisés³⁹¹. Cette évolution va permettre dans un premier temps aux patients Thaïlandais de pouvoir se soigner sur place. Dans un second temps, ce progrès va favoriser le développement d'un nouveau modèle économique, faisant des soins en Thaïlande un service mis à la disposition des étrangers³⁹².

La valeur de l'assurance santé dans la problématique du tourisme médical est avérée. Rappelons en cela les vertus de fertilisation et d'incrémentation de l'offre de santé que détiennent les mécanismes d'assurance santé collectifs. Dans la sous-région Est asiatique, un classement de la banque mondiale met l'Indonésie, les Philippines, le Vietnam et le Laos au rang de pays à revenus intermédiaires, tandis que la Thaïlande et la Malaisie se situent à un échelon supérieur. On notera dans cette région de l'Asie, que la Thaïlande et la Malaisie sont des destinations spécialisées sur le segment médico-touristique.

Sur un autre continent, le Maroc est un autre exemple dans lequel l'émergence du tourisme médical obéit à l'existence au préalable d'un tourisme classique exploité, et une croissance de la qualité de l'offre globale de soins. Au sein du royaume chérifien, existe aussi une activité médico-touristique dont nous allons maintenant tenter de comprendre les fondements. Ainsi nous traiteront d'une part de son activité au niveau du tourisme classique et d'autre part, des mécanismes publics mis en place pour l'assurance santé.

³⁹⁰ François Polet, *op.cit.*, in « Editorial » 2014 P16

³⁹¹ Maris de la Cruz, *op.cit.*, 2014 P38

³⁹² Audrey Bochaton, *op.cit.*, 2010 P149

- Analyse du modèle chérifien pour les préalables à l'essor du tourisme médical

Le choix du modèle marocain dans notre analyse sur les éléments qui précèdent le développement du tourisme médical, procède de la volonté d'élargir les horizons de notre étude. Cette extension de notre analyse au Royaume du Maroc, obéit à une volonté de diversification des exemples, pour donner plus d'assise à notre hypothèse principale, celle d'une étroite relation entre le développement du tourisme classique et l'efficacité des systèmes de couverture universelle de santé, qui sont au fondement de l'activité médico-touristique. Sur le marché des soins délocalisés, le Maroc est en concurrence direct avec son voisin tunisien. Nous reviendrons un peu plus loin, quant aux destinations du tourisme médical selon les continents, sur le cas Tunisien pour l'Afrique du nord. Cependant le choix du Maroc et le pôle de stabilité que représente ce pays au sein du Maghreb, sont un élément qui permet de concéder de l'objectivité à la présente analyse. Le premier élément qui joue en faveur du Royaume chérifien, tant au niveau du tourisme classique que du tourisme médical, est sa proximité géographique avec l'Europe. La situation géographique du Maroc, à quelques heures d'avion des grandes villes européennes lui offre, en effet, une carte intéressante à jouer au niveau international. Ce pays bénéficie d'un « statut avancé », pour son désir d'intégrer l'Union Européenne, ce qui lui permet d'avoir, vis-à-vis de cet espace économique une position de partenaire privilégié, pour les échanges commerciaux et humains.

Au Maroc le tourisme est une branche importante de l'économie. Ce secteur représente 8 à 10% du PIB³⁹³. Selon l'Observatoire marocain du tourisme, 8,9 millions de touristes se sont rendus dans ce pays durant l'année 2016³⁹⁴. La fréquentation des hôtels marocains avoisine en haute saison les 92%. En 2015, les recettes issues du secteur touristique s'élevaient à 53,3 milliards de dirhams, soit 533 millions d'euros. Celles-ci ont atteint en 2016 55,3 milliards de dirhams, soit 553 millions d'euros. C'est un signe de la bonne santé de l'économie touristique marocaine, qui a donc accru ses recettes de 3,9%. Ces bons chiffres du tourisme marocain, comme dans la plupart des grandes destinations touristiques, n'ont pu être réalisés que grâce à la présence dans ce pays de professionnels du tourisme, d'équipements de transport ferroviaire, aéroportuaire, et routier, dont la qualité rassure les voyageurs étrangers. Le réseau routier marocain compte plus de milles kilomètres d'autoroutes, notamment pour la liaison Tanger-Marrakech ou Fès-Casablanca³⁹⁵. Sur le

³⁹³ Hassan Faouzi « Pardon, vous avez dit « Agadir, deuxième pôle touristique du Maroc ? » [2016] www.huffpostmaghreb.com [consulté le 26/12/2016]

³⁹⁴ « Maroc : 8,9 millions de touristes recensés à la fin octobre » [Mis en ligne 20/12/2016] www.huffpostmaghreb.com » [Consulté le 25/12/2016]

³⁹⁵ Ignace Dalle « Maroc, Histoire, société, culture » 2007 P11

plan culturel, l'offre de soins sur le territoire chérifien est variée. Les touristes visitant ce pays ont la possibilité d'apprécier une faune et une flore diversifiées, qui comptent parmi les plus fournies de la planète. Cependant ce pays élargit sa gamme touristique en s'ouvrant à d'autres segments. Au tourisme balnéaire et culturel, les instances marocaines ajoutent le développement du tourisme scientifique, d'affaires, golfique, culinaire et médicale. Ce dernier segment, objet principal de notre analyse, est une niche dont l'expansion est un motif de satisfaction pour les instances du tourisme marocain. Au cours d'un séjour au Maroc pour raisons thérapeutiques, les patients et leur famille ont la possibilité de profiter du potentiel touristique des grandes métropoles qui concentrent l'essentiel de l'offre médico-touristique.

Les grandes lignes du tourisme médical marocain s'inscrivent dans le sillage de son tourisme classique. Ce sont les mêmes pays qui approvisionnent le Maroc autant pour son tourisme classique que pour sa filière du tourisme médical. Sa position de pays voisin de l'espace économique européen entraîne l'arrivée sur son territoire, d'une majorité de patients français, mais également belges et suisses. Cependant, le Maroc reçoit également des patients originaires des pays du Golfe, et aussi de l'Afrique sub-saharienne. Dans ce cadre, des patients de la Guinée, de la Mauritanie, de la Côte d'Ivoire, du Congo, du Mali, sont accueillis dans les hôpitaux marocains³⁹⁶. Leur arrivée dans ce pays n'est pas soumise à l'obtention d'un visa. Dans une analyse démographique de la clientèle marocaine en matière de tourisme classique, Walid Ben Sghaier (2015) estime que les personnes du troisième âge arrivent en tête³⁹⁷. Cette singularité dans l'analyse démographique des voyageurs à destination du Maroc, est un élément favorisant le tourisme médical. Il est reconnu que les problèmes de santé viennent avec l'âge, notamment sous la forme des maladies chroniques. Cette situation réagit sur l'activité des ensembles médico-touristique, qui sont de cette façon sollicités par une part importante de personnes du troisième âge. Le tourisme médical se présente comme l'un des segments touristiques offrant le plus de rentabilité. En effet un touriste hospitalier dépense en moyenne 7500 dirhams, soit 750€. L'atout principal du Maroc dans son offre médico-touristique est d'arriver à concilier, une qualité des interventions, proposées avec des coûts bas. C'est d'ailleurs ces critères qui orientent le choix des patients européens. Au-delà de ces premiers avantages du Maroc sur le segment médico-touristique, les autres atouts se déclinent en fonction des pays d'origine de la patientèle. Ainsi par exemple pour les voyageurs venant du Moyen Orient, on peut ajouter à la proximité culturelle entre le pays d'origine, et le pays visité, la qualité des soins prodigués dans le Royaume chérifien. Enfin

³⁹⁶ Abdelilha Mahdi, Propos recueillis par Ibrahim Souleymane : « Les évacuations sanitaires, nouveau canal d'échanges entre le Maroc et l'Afrique » [mise en ligne 24/08/2016] www.lesafriques.com [consulté le 09/09/2016]

³⁹⁷ Walid Ben Sghaier, op.cit., 2013

pour les patients venus d'Afrique sud-saharienne, l'offre médicale marocaine allie la qualité à des coûts intéressants. En effet le niveau de la pratique médicale au Maroc est supérieur à celle des pays d'Afrique sub-saharienne. Dans les soins au Maroc, on s'occupe des malades autant sur le plan humain, médical, que social. La prise en charge du touriste hospitalier commence dès l'aéroport. Elle se poursuit durant son séjour à l'hôpital qui assure les services d'interprétariat, pour ne prendre fin qu'au moment du retour du malade dans son pays d'origine. Les accompagnants du malade font aussi l'objet d'une attention particulière pour l'hébergement.

L'offre médicale marocaine à destinations des étrangers s'oriente vers des spécialités précises. On estime que 75% de la patientèle étrangère au Maroc est composée de femmes³⁹⁸. Cette autre particularité démographique chez les touristes hospitaliers du Maroc, va orienter son offre médicale vers des spécialités bien définies. C'est de cette façon qu'au Maroc, certaines spécialités sont mises en avant : chirurgie esthétique, prothèses mammaires, chirurgie bariatrique. Sur les 14.500 interventions de chirurgie esthétique recensées chaque année dans le pays, 15% sont effectués sur des patientes en provenance de l'étranger. Mais on retrouve aussi dans ce pays d'autres spécialités médicales, en plus de celle mentionnées ci-dessus. Au Maroc, on pratique à destination des étrangers, la chirurgie cardiaque, la neurologie, l'ophtalmologie, et l'odontologie, l'une des grandes spécialités du pays.

Certains hôpitaux au Maroc sont reconnus pour leur spécialisation dans l'accueil de patients originaires de l'étranger, dont le séjour en terre chérifienne est d'abord motivé par des raisons sanitaires. Dans une liste non exhaustive de ces établissements, nous pouvons citer l'Hôpital Cheikh Khalifa, les cliniques Atlas, et Avicenne de Casablanca, la Malo Clinic dans sa proche banlieue. Tous ces établissements sont réputés pour la qualité de leur plateau technique. En chirurgie, on utilise la méthode de radiologie interventionnelle³⁹⁹. La qualité des interventions au Maroc découle de l'utilisation de technologies avancées, mais aussi du savoir-faire de ses praticiens. En effet le Maroc possède un corps médical dans lequel on rencontre de nombreux médecins formés aux techniques et aux savoir-faire occidental.

Cependant, comment considérer le cas du Maroc sur le sujet de la permanence que représente la couverture universelle de santé, opérant comme un préalable dans le lancement d'une politique de développement du segment médico-touristique ? Comme dans le cas de la Thaïlande, la protection sociale et singulièrement la couverture maladie universelle ont un effet d'incrémentation de la qualité et de la quantité de l'offre médicale générale. Cette donne,

³⁹⁸ « Maroc une croissance saine » www.oxfordbusinessgroup.com Mis en ligne le 16 septembre 2011, [consulté le 17/08/2016]

³⁹⁹ « Comment promouvoir le Maroc, comme plateforme de soins ? » [Mis en Ligne novembre 2015] www.linkedin.com [consulté le 05/03/2016]

a des impacts à la fois sur les soins dispensés, mais aussi sur les conditions de travail et le traitement salarial des professionnels de santé. Le Maroc par la couverture santé, se rapproche plus des pays d'Amérique du sud, autre continent avec des pays ayant développé une activité d'accueil de patients étrangers, que de ses voisins d'Afrique noire⁴⁰⁰. Les premières années du règne du Roi Mohammed VI, ont vu la création d'un système collectif de prise en charge des frais de santé. La création en 2005 d'une assurance santé qui couvre tous les marocains, fut une avancée notable dans le défi de l'amélioration de la santé des sujets de sa Majesté. Il faut ajouter à ces premiers actes en faveur de la population, la subvention des produits de première nécessité, pétrole, gaz, huile, sucre. La grande consommation de cette dernière denrée dans le pays, accroît les risques de diabète au sein de la population. La couverture santé universelle est financée grâce à des prélèvements tirés des revenus des travailleurs du privé et du public. Le reste des fonds est issu des ressources publiques. Kwabena Nyarko Otoo et Clara Osei-Boateng (2014) considèrent que cette « *réforme a permis de doubler le taux de couverture de la population, qui est passé de 16% à 33%* ». ⁴⁰¹ Cela a permis à 8,5 millions de marocains de pouvoir avoir accès à des soins de qualité, en évitant le paiement direct pour les frais de santé⁴⁰². Ainsi, aujourd'hui la dépense moyenne de santé pour un habitant du Maroc est passée de 99 dollars en 2004 à 156 dollars en 2008. Dans les faits, ces chiffres se traduisent par un panier de soins élargi dans un premier temps aux besoins de l'enfant, mais également par la prise en charge totale ou partielle des soins, notamment pour les maladies chroniques⁴⁰³. Sur ce fait, c'est ainsi toute l'économie du secteur de la santé qui est financée grâce à la couverture universelle. A terme, et nous l'avons souligné dans le cas de la Thaïlande, cela a entraîné une croissance du volume d'actes de soins de qualité, un fait qui laisse la possibilité de proposer ceux-ci à des patients venus de l'étranger.

Nous avons dans cette partie de notre réflexion, par le biais des exemples de la Thaïlande et du Maroc, tenté de mettre en exergue les conditions à remplir, qui se présentent également comme des points d'analogie, dans les pays qui ont su développer un tourisme hospitalier. Si ces deux premiers points communs appartiennent à la catégorie des préalables qui favorisent l'émergence d'un tourisme médical, ceux que nous nous proposons d'aborder

⁴⁰⁰ François Polet, op.cit., 2014 Editorial P12

⁴⁰¹ Kwabena Nyarko Otoo et Clara Osei-Boateng « Défis des systèmes de protection sociale en Afrique » in Alternatives sud Volumes 21, 2014 P104.

⁴⁰² « Maroc une croissance saine » www.oxfordbusinessgroup.com, op.cit., 2011

⁴⁰³ Mounir Chraïbi-Hasseini : « la couverture médicale obligatoire au Maroc »

[2005] www.lajauneetlarouge.com, magazine n°605 Mai, Revue mensuelle de l'association mensuelle des anciens élèves et diplômés de l'école polytechnique, 2005 consulté le 26 décembre 2016

maintenant participent des stratégies sollicitées dans le développement du segment médico-touristique. Ces autres points communs dans les méthodes utilisées pour l'émergence d'un tourisme médical sont de l'ordre de l'expertise des praticiens, formés pour la majorité aux techniques de la médecine occidentale. A cela, il faut ajouter la qualité des structures d'hébergement, le coût abordable des interventions médicales et les mécanismes d'accréditation auxquels font appel la plupart de ces hôpitaux. Il y a enfin d'autres points sur lesquels se recoupent les stratégies utilisées afin de développer le tourisme médical. Il s'agit ici des réseaux auxquels appartiennent ces établissements. Enfin, il y a la communication autour de l'offre médico-touristique dans laquelle internet joue un rôle déterminant. C'est de ces points et de bien d'autres éléments que nous allons traiter dans le prochain propos.

Chapitre VII

- Permanences dans les stratégies de développement du tourisme médical
- L'attractivité des coûts, un invariant des stratégies de développement du tourisme médical

L'analyse du tourisme médical en tant que modèle économique, montre que celui-ci s'appuie en premier lieu sur un rapport qualité prix favorable aux patients venus de l'étranger. C'est une donnée essentielle qui nous emmène à nous intéresser aux mécanismes de production des soins délocalisés. Sur ce point, il faut souligner que les structures médico-touristiques arrivent dans l'ensemble à satisfaire à l'exigence de la qualité des soins, nonobstant les prix avantageux auxquels ceux-ci sont proposés. Mais les établissements médico-touristiques doivent également remplir l'obligation de rentabilité à laquelle est soumise toute entreprise commerciale, qu'elle soit touristique ou médicale. Ainsi est-il normal de s'interroger sur les mécanismes de gestion permettant d'atteindre l'objectif que représente, la production d'une offre sanitaire délocalisée à bas coût, tout en dégagant les marges bénéficiaires qui sont les conditions d'une activité pérenne.

Dans cette problématique, deux éléments sont à évoquer. En premier lieu, il s'agit de revenir au contexte économique de la mondialisation dans lequel nous vivons. La mondialisation crée un cadre favorable pour le tourisme médical. Rappelons à ce sujet les propos d'Eddy Fougier (2012), pour qui la mondialisation s'oriente vers la constitution d'un marché unique au niveau financier, des biens, du travail et des services⁴⁰⁴. Pour les entreprises, les arbitrages dans les choix des territoires d'implantation se font en fonction de la qualité des infrastructures, de la réglementation, du niveau de fiscalité, et du coût de la main-d'œuvre qu'offrent ces pays. Le choix de ces entreprises est guidé, dans leur décision d'implantation à l'étranger, par la qualité et la compétitivité de la main-d'œuvre dans ces pays. Nous reviendrons tout à l'heure sur le sujet de la qualité dans les soins *offshore*. Cependant dans notre tentative de comprendre les éléments qui soutiennent la production de soins à des prix accessibles, on peut évoquer de prime abord, le sujet du coût de la vie sur ces destinations. Il est à considérer que, sur ces destinations, les charges de personnel et aussi les frais de

⁴⁰⁴Eddy Fougier op.cit., 2012 P9-10

fonctionnement des infrastructures sont favorables aux entrepreneurs du secteur médico-touristique, comme nous l'avons d'ailleurs déjà vu.⁴⁰⁵

Ensuite, pour les besoins de cette analyse, il convient d'observer l'activité médico-touristique par le prisme de la comptabilité analytique. En effet, la méthode employée dans ce type d'analyse permet d'éclairer notre lanterne sur les modes stratégiques et opérationnels sollicités dans la conduite de l'activité médico-touristique. La méthode analytique permet de déterminer le coût de chaque activité et de préciser son pourcentage dans les charges totales de l'établissement hospitalier. L'enjeu de la méthode analytique vise ici à isoler les charges récurrentes et importantes et, par des effets de gestion, à trouver des solutions permettant aux cliniques médico-touristique d'allier la performance à la rentabilité.⁴⁰⁶ Cette approche du tourisme médical par les éléments qui contribuent à l'offre dans sa globalité, permet en premier lieu de mettre en évidence les stratégies mises en place dans la gestion du personnel soignant et précisément des praticiens. De l'avis du Dr Patrick A. Bouvier (2008), les médecins de ces structures sont en générale des salariés. Ce statut de salarié pour le personnel soignant, exclut de facto toute forme d'honoraires et de rémunérations à l'acte. Autre élément d'importance dans la gestion des établissements médico-touristiques c'est, qu'à la différence des établissements hospitalo-universitaires, ces cliniques s'abstiennent de toute activité d'enseignement et de recherche, ce qui représente une source considérable d'économies⁴⁰⁷.

Nous avons dans un chapitre précédent évoqué l'étymologie commune des mots hôtellerie et hôpital, mais dans l'actualité cette histoire commune se traduit aussi par une similarité dans la gestion des établissements hospitaliers, très proche de celle de certains produits touristiques comme les hôtels ou encore le transporta aérien. En effet, Aïssa Khelifa (2013) soutient que : « *L'économie de l'hôpital est en fait assez proche de celle du transport aérien* »⁴⁰⁸. A quoi cela renvoie-t-il précisément dans la problématique du coût en matière de tourisme médical ?

En effet les avions, les hôtels et les hôpitaux ont un point commun au niveau de la comptabilité analytique, en ce sens que même en tournant à vide, ces entreprises utilisent 70% des coûts nécessaire à leur fonctionnement à plein régime. Le coût de production d'un

⁴⁰⁵ « La Thaïlande, paradis du tourisme médical » www.lexpress.fr op.cit., 2003

⁴⁰⁶ « Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière » « Direction générale de l'offre de soin » [www.social-sante.gouv.fr] consulté le 10/12/2016 P8

⁴⁰⁷ Dr Patrick A. Bouvier Op.cit., 2008 P199

⁴⁰⁸ Aïssa Khelifa op.cit., 2013 P26

séjour supplémentaire en hôtellerie, ou d'un passager supplémentaire dans un avion, est en dessous du prix auquel il est facturé. Nonobstant, cela entraîne des bénéfices d'une valeur égale à celle d'une recette moyenne. Hôpitaux, hôtels et avions (selon les destinations), ne sont rentables qu'à partir d'un taux de remplissage situé entre 75 et 80%. En institutions de soins, la contribution d'un séjour aux charges de structures (*frais de personnels, soignant et médical, amortissements, consommables*) dépend de la durée de l'hospitalisation⁴⁰⁹.

Ensuite, le deuxième élément à prendre en compte et de manière isolée, par les établissements de soins dans la gestion de l'activité de tourisme médical, est celui des interventions chirurgicales. La question des modes de gestion qui permettent d'alléger les charges de l'activité de chirurgie se pose, puisqu'elle intervient dans les comptes globaux de ces cliniques. La spécialisation en matière d'interventions chirurgicales est une permanence dans la gestion des structures médico-touristiques. En effet, choisir de n'intervenir que sur des affections précises dans un environnement concurrentiel, c'est aussi décider de ne pas disperser ses moyens. C'est s'affranchir de l'une des missions des hôpitaux classiques, celle du traitement des urgences en général et, ce quelque soit la spécialité : obstétrique, traumatologique, digestive, etc⁴¹⁰. C'est une démarche qui engendre des gains de productivité et *in fine*, de faire des économies.

L'autre point à relever est celui qui concerne la gestion de l'activité de chirurgie en elle-même. Nous devons aussi nous interroger sur la problématique du coût dans ce domaine, et des charges à prendre en compte dans sa réalisation. Normalement, comme mentionné précédemment, un hôpital classique se doit de répondre aux besoins d'une large palette d'urgences en chirurgie. Les services de chirurgie opèrent autant pour des interventions d'urgence que pour des actes programmés dans différentes spécialités. Sur ce fait, les inducteurs de coût à prendre en compte dans l'activité d'un bloc opératoire sont divers. D'une part nous avons les charges de personnel qui comprennent les chirurgiens, les anesthésistes, les infirmières de blocs, les anesthésistes spécialisés dans la stérilisation du matériel, du personnel pour le brancardage etc... D'autre part, une activité d'hospitalisation est consécutive à l'activité de chirurgie. Son existence entraîne des frais pour l'établissement.⁴¹¹ A part les frais de personnel spécifiques aux interventions chirurgicales (chirurgiens,

⁴⁰⁹ Thierry Nobre, Noëlle Biron « L'ABC à l'hôpital : le cas de la chirurgie infantile » Finance contrôle stratégie, Volume 5, N°2, juin 2002 P90

⁴¹⁰Arnaud Collin, Quentin Demanet, Pr Bertrand Fenoll, Jérôme Joubert, Erwann Paul, Op.cit., 2015 P142

⁴¹¹ Alain Lucas, Dominique Tonneau, « Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques Rapport de phase 1 » «Mission nationale d'expertise et d'Audit Hospitaliers »www.chirurgie-ambulatoire.org [Avril 2005] P4 consulté le 12/10/2016

anesthésistes, infirmières de bloc), tous les autres inducteurs de coût peuvent être ventilés dans les charges fixes de l'établissement hospitalier. La mobilisation permanente de personnel pour les besoins de l'activité de chirurgie, fait grimper les charges globales de personnel pour l'établissement de soins. C'est pourquoi en matière de gestion hospitalière, et particulièrement en ce qui concerne celle des blocs opératoires, une intervention programmée revient moins chère qu'une intervention d'urgence. C'est la raison qui explique à la fois la spécialisation et la programmation des soins dans les centres médico-touristiques. Cette méthode permet d'éviter une mobilisation constante de personnel pour les unités chirurgicales. Les services de chirurgie dans les établissements médico-touristiques minimisent la part des interventions d'urgences, en maximisant celle des interventions planifiées. Une programmation idéale dans le fonctionnement d'une unité d'interventions chirurgicales, se situe à J-8. C'est à cette échelle de planification des blocs opératoires, qu'il devient possible de maximiser leur exploitation, tout en respectant les normes d'utilisation de ces unités spécifiques de soins.

En pratique, si dans le domaine industriel la capacité de production d'un équipement s'évalue sur 24 heures, en gestion hospitalière, notamment en chirurgie, ce rendement s'évalue sur une période de 10 heures. Ce qui correspond à une activité diurne de 8h30 à 18h30. Le reste du temps est considéré comme une période de remise en état. Durant cet intervalle, il est convenu selon les normes en vigueur de ne pas planifier de soins. Ainsi en tenant compte des contraintes propres à l'activité des blocs opératoires, Alain Lucas et Dominique Tonneau (2005), soulignent qu'un taux de programmation efficace se situe dans une fourchette comprise entre 80 à 85% de patients connus à J-8⁴¹². L'absence d'urgence dans l'utilisation des blocs opératoires dans le modèle économique-sanitaire qu'est le tourisme médical, vise donc à faire baisser les coûts de personnel, et autorise à proposer des interventions chirurgicales à des coûts avantageux. En augmentant la part de la patientèle étrangère « programmée », les cliniques médico-touristiques augmentent leur taux de remplissage et la rentabilité de leur l'activité. Enfin le dernier élément qui permet, de réduire les coûts de fonctionnement des établissements spécialisés dans l'accueil des patients étrangers, est relatif à l'optimisation du personnel administratif. En faisant payer directement la patientèle, on libère le personnage administratif de tâches chronophages. Cela permet d'alléger les coûts de fonctionnement des services d'encaissements, dans l'administration de ces établissements.

⁴¹² Alain Lucas, Dominique Tonneau Lucas, Op.cit., 2005, P20

Dans la problématique du tourisme médical, l'attractivité s'articule autour du coût et de la qualité. Cette qualité des interventions est une donnée essentielle dans l'observation du segment médico-touristique. On retrouve sur toutes les destinations, pour les entreprises spécialisées dans la médecine « *offshore* », les mêmes ingrédients, preuve du sérieux des prestations fournies dans ces établissements, et gage de confiance pour la patientèle. Technologie de pointe, formation des chirurgiens à la pratique de la médecine occidentale, qualité de l'hébergement, accueil personnalisé, accréditation des cliniques. Il importe dans l'appréciation du phénomène de la médecine offshore, de ne pas se départir du prisme culturel par lequel la santé doit logiquement s'apprécier. La perception de la maladie, de même que la prise en charge des malades, varient d'un pays à l'autre. L'accréditation dans le domaine médical vient gommer les différences culturelles en établissant des normes de références qui permettent de standardiser, de niveler par le haut la prise en charge des patients. Ainsi le concept de l'accréditation figure au tableau des invariants dans les stratégies adoptées pour le développement du tourisme médical, et s'impose comme un moyen récurrent de parvenir à la qualité, concept qui prévaut dans le domaine hospitalier. Dans les propos suivants, nous allons aborder le sujet de la qualité en matière de gestion hospitalière, et l'utilité des stratégies d'accréditation sur le segment médico-touristique.

- Accréditation et système qualité, éléments incontournables des stratégies de développement médico-touristique

Un autre élément vient s'ajouter à la liste des éléments qui participent aux stratégies de développement du segment médico-touristique, c'est l'accréditation des structures médico-touristiques auprès d'organismes internationaux. Globalement, l'introduction de systèmes d'accréditation des services de santé fait partie des tendances qui agitent le monde de la santé. C'est une des nombreuses mutations observées dans le domaine médical dans plusieurs pays. La généralisation de l'accréditation trouve son origine dans la concurrence à laquelle la mondialisation soumet aussi le secteur de la santé. L'accréditation participe des stratégies employées par les entreprises médico-touristiques pour rassurer et attirer à elles une partie de la nouvelle patientèle internationale. Pour les hôpitaux, les avantages de l'accréditation sont avérés, se déclinant en réduction des coûts, rationalisation des dépenses, création et maintien d'une image de marque, et enfin gains de nouvelles parts de marchés.

Sur le segment médico-touristique, les enjeux économiques qui sont reliés à l'accréditation obligent les unités spécialisées à s'y soumettre. L'accréditation est avant tout la déclinaison d'un concept plus large, celui de la qualité. Le concept de qualité est lui-même une autre mutation dans le domaine sanitaire. En France l'univers hospitalier s'est depuis les années 90 et de manière progressive, approprié un concept issu à l'origine du secteur industriel. L'émergence du concept de la qualité conduit sur le plan opérationnel à la recherche des points forts et des insuffisances. Cela permet d'une part de renforcer les points positifs et de l'autre de définir une méthode pour combler les insuffisances existantes. Pour Lucie Cluzel-Métayer (2014), la qualité se définit comme la capacité à fournir à un patient un ensemble de soins dans des conditions optimales. Elle prend en compte autant le diagnostic que la recherche d'une solution thérapeutique, en fonction de l'état du patient, mais aussi en fonction des connaissances scientifiques sur la pathologie. Ces actes doivent être réalisés en alliant la performance de l'acte à la modicité du coût, en limitant les risques iatrogènes⁴¹³. La satisfaction du patient dans un contexte de respect des procédures intègrent aussi le concept de qualité dans le domaine médical.⁴¹⁴ Les critères de qualité prennent en compte autant les conditions d'exercice de l'activité médicale que le « projet d'entreprise », pour lequel les équipes de la structure médicale travaillent en étroite collaboration.

L'accréditation en matière hospitalière est un signal de qualité, donc un marqueur de la valeur des services dispensés dans une institution sanitaire. Dans ce cadre, la plupart des hôpitaux et des cliniques, pour satisfaire aux nouvelles exigences de la patientèle, entreprennent des démarches d'accréditation. Les évaluations régulières qu'exige la méthode, permettent de rendre compte de la conformité des pratiques médicales. A ce stade de notre propos, il importe de s'interroger dans un premier temps sur les éléments de référence en matière d'accréditation pour un établissement hospitalier, de même que sur les enjeux spécifiques de ce système pour les structures médico-touristiques. Quelle est la portée d'une démarche qui se présente comme un autre invariant, dans les stratégies adoptées par les hôpitaux qui se sont spécialisés dans l'accueil des patients étrangers ?

Les mécanismes pour l'accréditation émanent de plusieurs institutions. Elles sont le fait soit d'organismes internationaux, soit d'instances gouvernementales.⁴¹⁵ Parmi les plus connus, nous pouvons citer, la JCI (*Joint Commission International*), Agrément Canada, ou

⁴¹³ Iatrogène : terme médical qui renvoie aux risques provoqués par le médecin ou par un procédé thérapeutique selon Jacques Delamare in « Dictionnaire des termes de Médecine » 2000

⁴¹⁴ Lucie Cluzel-Métayer : « L'irruption de la qualité dans le domaine sanitaire » in « revue de droit sanitaire et social N° 6, novembre-décembre 2014 P1002 »

⁴¹⁵ Duncan Neuhauser « Conclusion : Lessons learned » in journal on Quality improvement 1997 P69

encore *Patients Beyond Borders*. Ces organismes d'accréditation, détenteurs d'une compétence, et d'une autorité spécifique et indépendante, attestent de façon formelle de la valeur et de la qualité des soins, et des prestations reçus par les patients durant leurs séjours dans une institution médicale. L'accréditation est délivrée après évaluation des pratiques médicales et de points de contrôles, issus de différents référentiels. Un référentiel parmi les plus connus reste encore aujourd'hui l'« *Evidence based medicine* »⁴¹⁶, en dépit de la diversité des mécanismes d'accréditation qui eux-mêmes s'élaborent en fonction des pays.

Les politiques de qualité, dont l'accréditation est une des émanations, se rencontrent à plusieurs échelles. En France l'accréditation des hôpitaux est basée sur de nombreux critères. Pour résumer ceux-ci s'intéressent à la gestion des risques nosocomiaux, aux stratégies d'alerte en cas de problème, à l'usage des produits pharmaceutiques, à la gestion de la douleur, à la formation continue des soignants, et à leur motivation dans la délivrance des soins.⁴¹⁷ Globalement l'accréditation avec le respect des normes imposées permet d'accroître et de standardiser le niveau de la pratique médicale. Il en découle la satisfaction des patients qui en est l'enjeu principal. En fonction de la taille et de la nature de l'établissement, l'accréditation peut être valable pour un service en particulier, ou bien pour l'ensemble de la structure.

Cependant dans la problématique du tourisme médical, quels sont les éléments identifiables de la qualité que consacre une accréditation ? Pour le secteur médico-touristique, l'accréditation comporte de nombreux avantages, notamment pour ce qui est de la pérennisation de l'activité et des enjeux économiques qui y sont reliés. Une des vertus de l'accréditation est de faire baisser de l'ordre de 30 à 50%, les risques de complications post-opératoires. Outre ce premier avantage au niveau médical, l'accréditation comporte des qualités pour l'exploitation des établissements médico-touristiques. Sur le plan de la gestion opérationnelle des unités, les méthodes utilisées permettent d'identifier les insuffisances, et d'y répondre. Cette méthode engendre des économies de façon générale et singulièrement pour le segment médico-touristique, ce qui permet de proposer les prestations à des coûts compétitifs. En tant que méthode de gestion permanente, ces exigences réagissent sur l'image et la notoriété de l'établissement hospitalier. En conséquence pour les unités médico-touristiques, l'accréditation devient un outil de communication et de publicité⁴¹⁸.

⁴¹⁶ Dr Van Erck, « L'Accréditation en secteur hospitalier : améliorer la qualité au moyen de l'agrément » Revue Architecture hospitalière, N°20 Automne/Hiver 2016 P40

⁴¹⁷ Isabelle Genot-Pok, Noémie Abenzoard, Sabrina Morchid : « Place de l'utilisateur à l'hôpital vers un véritable partenariat ? » in « Revue Hospitalière de France » septembre-octobre 2016 P10

⁴¹⁸ Dr Van Erck, op.cit., 2016, P40

L'approche de l'accréditation dans le tourisme médical est globale. C'est-à-dire qu'elle prend en compte, comme nous l'avons souligné précédemment, le fonctionnement des cliniques dans leur ensemble. Il est utile de rappeler que l'accréditation est un signe qui indique que l'établissement hospitalier a pu valider certaines exigences, et satisfaire des points de contrôle bien précis. Les hôpitaux spécialisés dans l'accueil des patients étrangers sont conformes aux normes internationales relatives à l'hygiène dans les structures de soins, ceci afin de réduire les risques d'infections nosocomiales durant le séjour en institution sanitaires, et les complications qui peuvent en découler. A titre d'exemple, en Inde, les décès à la suite d'une opération à cœur ouvert sont de moins de 0.8% grâce aux vertus de l'accréditation.

Au niveau du tourisme médical, et dans le débat sur l'accréditation, les points de contrôle portent sur la qualité des installations, de l'équipement, le savoir-faire des praticiens, et l'accueil dans les structures médico touristiques. Au-delà de ces premiers critères, en relation avec la sécurité sanitaire, les autres critères de l'accréditation s'attachent à identifier une organisation précise, ainsi que les mécanismes de production des activités. La certification prend aussi en compte l'esprit d'équipe, et la communication entre les différents services. En outre un œil attentif est porté sur la gestion administrative et médicale des dossiers des malades⁴¹⁹. Ensuite, elle porte aussi sur le contrôle des diplômes, et des différentes autorisations requises pour les praticiens dans l'exercice de la médecine.

Le savoir-faire du personnel dans les démarches d'accréditation des soins *offshore* est un point important. Les stratégies mises en œuvre pour s'assurer des capacités des praticiens sur le segment médico-touristique, sont analogues sur la majorité des destinations. Aïssa Khelifa (2013), nous fait remarquer que sur le nombre des étudiants étrangers formés dans les facultés de médecine des pays occidentaux, une part importante de ces médecins nouvellement formés rentre au bercail une fois leur cursus achevé⁴²⁰. Il prend pour exemple la concordance des chiffres entre le nombre de médecins chinois et coréens formés dans les universités américaines, et les étudiants retournés exercer dans leurs pays d'origine. Pour Loïc et William Menvielle (2010), la Tunisie une des principales destinations du tourisme médical dans le Maghreb, compte 8500 médecins dont la formation à été assurée dans les universités européennes⁴²¹.

Le deuxième point notable dont découle la qualité dans le tourisme médical et auquel renvoie l'accréditation, est l'équipement. L'innovation pour le tourisme médical porte autant

⁴¹⁹ Lucie Cluzel-Métayer op.cit, 2014, P1003

⁴²⁰ Aïssa Khelifa Aïssa Khelifa op.cit. 2013 P18

⁴²¹ Loïc Menvielle, William Menvielle op.cit., 2010, P115

sur l'équipement que sur la nature des services proposés. En effet, la nature de l'outil de production, y compris dans le domaine sanitaire, contribue à la performance de ces structures sanitaires. Le fossé au niveau de la technologie médicale, qui fût pendant longtemps un marqueur de la qualité des soins médicaux d'un pays à l'autre, est aujourd'hui comblé grâce aux progrès réalisés pour l'équipement en appareil de dernière génération, par les hôpitaux spécialisés sur le segment de la médecine « *offshore* ». A cela il faut ajouter au niveau du service, la célérité avec laquelle ces cliniques apportent des réponses précises aux demandes d'interventions des patients. Cela contribue à créer une image positive de ce type de cliniques auprès du grand public⁴²². L'opinion générale autour des cliniques spécialisées dans l'accueil de la patientèle étrangère, s'est aussi forgée grâce à la qualité des services hôteliers, qui tiennent une place importante pour l'image d'un établissement de soins. En effet, les services hôteliers représentent la vitrine d'un établissement hospitalier et sont le reflet de la qualité des prestations qui y sont dispensées⁴²³. Sur le segment médico-touristique, cette activité hôtelière est portée à l'excellence. Les chambres d'hospitalisation sont de haut standing, avec le confort et une prévenance de la part du personnel, proches des hôtels de luxe. Dans certaines cliniques les chambres comportent des espaces dédiés à l'hébergement des proches. La satisfaction des besoins des patients, est la boussole de l'activité.

L'accréditation permet d'offrir aux patients des assurances sur les processus de production de l'activité médicale offshore. C'est une distinction accordée aux structures sanitaire après vérification de la conformité de la pratique médicale, et des services à fournir par l'institution sanitaire aux patients durant leur hospitalisation. Au carrefour de l'obligation de sécurité sanitaire, et de la maîtrise des coûts, l'accréditation ne vaut que par ses répercussions sur le fonctionnement de l'établissement. Elle possède sur le segment médico-touristique des retombées sur l'image. Ainsi cette image positive pour le « commerce de la santé » fait figurer l'accréditation au rang des permanences, sur lesquelles s'appuient les stratégies pour l'émergence du tourisme médical, pour les destinations qui ont décidé d'investir ce segment.

L'une des solutions envisagée pour faire face aux nombreuses exigences en matière de sécurité et de qualité des prestations sanitaires par les Etats et les entrepreneurs du segment médico-touristique, est le développement de politiques de partenariat. Les partenariats et les réseaux favorisent des échanges d'expérience, pour lesquels certains groupes hospitaliers actifs sur le plan international font valoir leur expertise en matière d'étude, de réalisation et

⁴²² Benoît Legault op.cit.,

⁴²³ Daniel Lemesre « Les fonctions logistiques et hôtelières premières vitrines de la qualité de l'hospitalisation. A Quel prix ? » Revue Technique Hospitalière mars-avril 2015 P27

d'exploitation de structures hospitalières⁴²⁴. Ces collaborations peuvent prendre plusieurs formes. Il peut s'agir de partenariats qui mettent en relation d'une part, les gouvernements de certains pays émergents et des entreprises privées spécialisées dans les prestations hospitalières. D'autre part, ces partenariats peuvent associer entre eux des opérateurs privés d'origines différentes. Dans notre prochain propos, il s'agira d'analyser cet élément dans les stratégies pour le développement du tourisme médical que représente la création de partenariats, ou de réseaux pour les établissements médico-touristiques. Cette analyse portera autant sur les formes de ces partenariats, que sur les enjeux de ces alliances.

- Partenariats et participations à des réseaux pour le développement du tourisme médical

La méthode des partenariats est un élément fréquent des formules adoptées pour le développement du secteur médico-touristique. Ces collaborations procèdent de la prise en compte de deux mutations dans le secteur de la santé. Dans notre chapitre consacré à la mondialisation de la santé, nous avons signalé quelques déclinaisons de la coopération sanitaire internationale. Pour Béatrice Espesson-Vergeat (2012), cette collaboration internationale peut se traduire par le mouvement de professionnels, de même que par l'implantation d'établissements hospitaliers dans d'autres pays. A ces deux premiers éléments de la coopération sanitaire internationale, il est possible de rajouter les déplacements de malades se rendant dans un autre pays, pour des motifs de qualité et d'efficacité concernant les approches thérapeutiques sur des pathologies précises⁴²⁵.

Le tourisme médical est concerné par l'implantation de structures de soins à l'étranger. Cette délocalisation des établissements hospitaliers est au croisement de deux nécessités. Dans un contexte de croissance démographique, et de hausse des maladies non-transmissibles, certains Etats, dont une majorité de pays émergents, trouvent dans la signature de partenariats public-privé, un moyen de combler les besoins sanitaires en qualité et en quantité pour leurs propres populations. Du côté de ces groupes hospitaliers privés, ces

⁴²⁴ A. Belkessam « Les groupements étrangers pour les futurs hôpitaux algériens » [2014] www.econostrum.info consulté le 15/03/2017

⁴²⁵ Béatrice Espesson-Vergeat op.cit., 2012 P81.

partenariats obéissent à une nécessité de croissance à l'externe pour laquelle les pays émergents présentent un vrai potentiel.

Cependant il est possible d'établir dans la problématique du tourisme médical une double logique de coopération, avec des partenariats s'exprimant à différentes échelles et aux enjeux différents. Il y a en premier dans l'établissement de ces collaborations, comme nous l'avons mentionné, un désir d'expansion de la part de ces groupes hospitaliers issus pour la majorité des pays développés. Ensuite viennent les coopérations entre les unités médico-touristiques opérant sur une même destination, sur un même territoire. Cette donnée est un autre invariant des stratégies mises en place sur les destinations qui ont réussi à développer une économie autour de l'accueil de la patientèle étrangère.

Dans les mutations du secteur de la santé, il y a singulièrement celles liées au secteur de l'hospitalisation, notamment sous l'aspect de sa financiarisation et de son internationalisation⁴²⁶. Ainsi on note dans ce domaine, l'apparition de concentration d'entreprises hospitalières au détriment des entreprises familiales qui existaient naguère. Ces mutations sont à prendre en compte dans la problématique du tourisme médical. La recherche d'une taille critique pour les cliniques est l'une des solutions pour faire face à la compétition dans ce domaine. Les nouvelles entités hospitalo-économiques, formées à la suite de ces concentrations, sont à la recherche de marchés à l'étranger. Ces ouvertures sur le marché international détiennent des vertus de croissance à l'externe. Ces nouveaux marchés font l'objet d'une attention particulière de la part des groupes hospitaliers issus des USA, d'Allemagne, d'Angleterre, d'Italie, d'Autriche⁴²⁷. Cependant une autre distinction est à faire dans cette internationalisation de l'activité hospitalière. Il convient ainsi de séparer les opérations d'internationalisation qui émanent des structures privées et celles qui proviennent des structures publiques.

Des modifications dans la gestion des activités des établissements publics hospitaliers, autorisent désormais ces derniers à mener des activités à caractère commercial en dehors de leur pays d'origine. Les exemples de l'Angleterre et de la France viennent enrichir la réflexion sur le sujet de l'internationalisation des structures publiques hospitalières. En 2012, les autorités britanniques ont émis de nouvelles dispositions pour l'activité des établissements hospitaliers publics de référence. Le NHS anglais (*National Health service*) a autorisé la création de succursales à l'étranger pour les célèbres hôpitaux publics anglais. En s'appuyant sur la réputation de ces établissements en dehors de

⁴²⁶ Denis Abeille « www.groupeshospitaliers.blogspot.fr. » [2013] consulté le 17/03/2017

⁴²⁷ Damien Durand : « Les hôpitaux français à la conquête de l'étranger » www.lefigaro.fr [2016], consulté le 15/03/2017

l'Angleterre, notamment en Inde, dans les pays du Golf, au Brésil, le NHS a souhaité proposer aux riches patients de ces territoires des services médicaux sur place, estampillés de la marque de ces grands hôpitaux⁴²⁸. Ainsi le Great Ormond Street, Royal Marsden et Guy and St Thomas hospitals, fleurons de la médecine publique anglaise, se sont lancés dans la délocalisation de leurs services, en créant des filiales à l'étranger. En France, on retrouve des dispositions similaires, notamment avec la loi Macron. Cette loi dite loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, contenue dans le décret 2016-11, du 26 février 2016, octroie aux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), la possibilité de s'engager dans des opérations à l'international en y créant des succursales. Grâce à cette nouvelle réglementation, les CHU sont désormais compétents pour participer à des appels d'offres internationaux, concernant la construction d'hôpitaux, le conseil, ou la gestion de succursales à l'étranger⁴²⁹. Ces nouvelles dispositions juridiques mettent un terme aux précédentes, qui confinaient les CHU à n'exercer que des activités à caractère purement médical, et à l'exclusion de toutes autres activités de nature industrielle ou commerciale. Cependant l'autorisation pour l'internationalisation de l'activité des CHU est soumise à l'approbation et au contrôle des directeurs des ARS⁴³⁰. Les premières sollicitations à la suite de cette nouvelle réglementation proviennent des pays du Maghreb, des pays du Golfe, de la Chine et du Brésil. On ne peut ici s'empêcher de relever la concordance entre ces pays demandeurs et ceux qui ont fait du tourisme médical une nouvelle branche de leur économie. Autant en Angleterre qu'en France, les objectifs de cette volonté d'implantation à l'étranger sont les mêmes. Il s'agit de trouver de nouvelles sources de revenus, en valorisant l'expertise et le savoir-faire médical de ces deux pays, pour faire face aux crises récurrentes dans les mécanismes d'assurance santé respectifs de chaque pays. D'ailleurs en Angleterre, ces nouvelles dispositions réglementaires, font une claire référence aux rapatriements des bénéficiaires issus de ces activités médicales *offshore*. Soit dit au passage et non point hors de propos, il existe une similarité entre ce procédé et la méthode de groupes hôteliers implantés à l'étranger, qui opèrent dans le tourisme classique et rapatrient les bénéficiaires issus de leurs activités.

Ensuite de nombreux groupes de taille importante, originaires des pays dans lesquels s'est développée l'activité du tourisme médical, mènent aussi des opérations d'internationalisation. Des filiales de ces groupes hospitaliers sont ainsi créées dans d'autres pays, dans le but de développer une activité médico-touristique. C'est le cas du célèbre groupe hospitalier thaïlandais, « Bumrungrad Hospital », qui s'est implanté dans les pays voisins et

⁴²⁸ Olivier Wright « Santé, le Royaume Uni songe à exporter... ses hôpitaux » [2012] www.courrierinternational.com » Consulté le 15/03/2017

⁴²⁹ « Les CHU vont pouvoir créer des filiales à l'étranger » www.hopital-finances.fr

⁴³⁰ Agence Régionale de santé

au-delà (Cambodge, Moyen Orient, Emirats Arabes Unis). En 2013, on dénombrait une quinzaine de succursales du Bumrungrad dans la sous région Est-Asiatique et dans le monde⁴³¹.

Enfin dans une ultime déclinaison des coopérations initiées par les structures médico-touristiques, signalons que ces partenariats s'expriment aussi à l'échelle locale. Ces coopérations ont pour objectif la création de réseaux, regroupant des établissements médico-touristiques opérant sur un même territoire.⁴³² A ce stade de notre propos, interrogeons-nous sur la nature et les objectifs de ces partenariats entre cliniques implantées sur un même territoire. Pour cela, référons-nous à la question du coût évoqué précédemment, et pour lequel nous avons mentionné la subdivision du marché de la santé en secteur non-marchand d'une part, et en secteur marchand de l'autre. En effet, le secteur marchand de la santé se distingue des autres secteurs de l'économie, en ce sens que la libre expression de la concurrence sur ce segment possède pour l'offre sanitaire globale, et à l'échelle d'un territoire, des vertus d'incrémentation en qualité et en quantité. Généralement dans les autres secteurs de l'économie, les ententes entre entreprises opérant sur un même segment, ont pour objectif la création d'une situation de monopole en réduisant la concurrence. Ces partenariats peuvent aussi avoir pour objectif un découpage en zones d'activité pour chaque entreprises, ou encore la définition de quotas de production. Dans le domaine de la santé et de manière plus précise dans celui de l'hospitalisation, l'enjeu des ententes et des partenariats est différent⁴³³. L'objectif d'une coopération entre prestataires hospitaliers situés sur une même zone de « chalandise », a pour résultat d'accroître la qualité de l'offre globale de santé pour les entreprises situées sur ce territoire. C'est un effet de la concurrence que se livrent les structures privés de soins, concernant le secteur marchand de la santé. Ainsi c'est l'ensemble du territoire (ville, régions, pays), qui bénéficient d'un attrait global pour le niveau et la qualité de la médecine locale, qui découle de cette concurrence. Au-delà d'une réelle rivalité, il faut plutôt voir une mise en commun des ressources hospitalières et médicales des entreprises situées sur ce même espace. En matière de marketing des villes une offre médicale fournie sur un territoire est un atout. Nous reviendrons plus en détail sur la place de l'offre médicale dans la concurrence entre les villes, lorsque nous aborderons le sujet de la place des principales villes de France, notamment de l'agglomération de Lyon en ce qui concerne l'offre médicale dans l'hexagone.

⁴³¹Benoît Legault op.cit., 2013

⁴³²Christian Lamour « Polarité hospitalière et intégration européenne : le cas de l'Agglomération du PED » in François Moule et Sabine Duhamel », op.cit. 2010 P18

⁴³³ Arnaud Collin, Quentin Demanet, Pr Bertrand Fenoll, Jérôme Joubert, Erwann Paul, op.cit., 2015 P140

L'adhésion des cliniques médico-touristiques à ces réseaux, qu'ils soient internationaux ou locaux, sont aussi à mettre au nombre des invariants dans les stratégies de développement de l'offre médicale délocalisée. C'est de cette façon que les opérations de concentrations ou de collaboration sur le plan local, entre les spécialistes du segment médico touristique, permettent à ces entreprises de bénéficier d'avantages concurrentiels, non pas uniquement en termes financiers, mais aussi en termes d'image. Etant donné l'importance du secteur du tourisme médical au niveau économique, les Etats ont un rôle prépondérant dans la coordination des activités qui sont liées à ce secteur. La gouvernance nationale joue donc un rôle pivot dans ce domaine. Nous analyserons dans le propos suivant, un certain nombre d'éléments participant aussi des stratégies pour le développement du secteur médico-touristique. Nous parlerons du rôle de l'Etat, et de l'importance de la volonté politique. Nous aborderons aussi le rôle d'interface joué par les agences de voyages. Enfin nous traiterons de la communication et de la promotion pour le segment médico-touristique dans ces pays. Tous ces éléments font partie d'un tronc commun, qui participe de la méthode pour le développement du tourisme médical.

- L'action des politiques et le jeu de la fiscalité, élément des stratégies pour l'émergence du tourisme médical

Signalons dans l'observation des permanences du tourisme médical, l'importance de l'action des politiques qui représente une des principales conditions pour le développement de ce segment. C'est du sommet des Etats, que sont initiées les stratégies pour le développement d'une activité économique, dédiée à l'accueil de la patientèle étrangère. En effet, autant en Thaïlande, au Maroc, en Inde, en France ou ailleurs, l'accueil de la patientèle étrangère conserve son caractère d'activité économique. C'est pour ses bienfaits qui se déclinent en croissance de l'économie, baisse du chômage, par les emplois directs et indirects qu'il crée dans le secteur de la santé, et dans celui du tourisme, que le segment médico-touristique fait l'objet de toutes les attentions des gouvernants. A cela ajoutons, une amélioration globale des conditions de prise en charge de la population locale, qui se produit grâce aux effets induits du tourisme médical. Nous y reviendrons dans un propos ultérieur. 50 milliards de dollars, c'est la somme des transactions générées par l'activité du tourisme médical pour l'année 2016. Le potentiel de croissance de cette activité est estimé à 25% pour les dix prochaines années. Aïssa Khelifa, (2013) en soutenant : « *la thèse du tourisme*

médical comme facteur de développement économique », corrobore ces propos.⁴³⁴ Ainsi en collaboration avec des groupes hospitaliers internationaux, plusieurs pays se sont lancés dans des programmes d'investissements pour la promotion du segment médico-touristique. Ce fait a été précédemment mentionné lorsque nous avons abordé le sujet des partenariats public-privé, figurant au nombre des méthodes appliquées pour l'essor de ce secteur.

Outre les investissements, les initiatives des Etats vont aussi en direction de la définition d'un cadre légal pour l'exercice de cette activité. En Tunisie par exemple, les agences de voyage opérant dans ce secteur sont soumises à l'obtention d'un agrément similaire à celui requis pour l'exercice d'une activité d'agent de voyage classique. Ces entreprises ont également obligation de souscrire à une assurance en responsabilité civile⁴³⁵. Ensuite les Etats s'impliquent dans l'essor du tourisme médical par l'intermédiaire des avantages concéder aux entrepreneurs de ce secteur d'activité. Cela se traduit par l'octroi de terrains pour l'implantation des cliniques. L'Etat indien et celui de la Tunisie, ont offert des terrains à bâtir pour la construction de cliniques dédiées à l'accueil des patients étrangers. En outre par le jeu de la fiscalité, on permet aux entrepreneurs de la filière médico-touristique d'accroître leur marge de manœuvre. Ces avantages fiscaux portent aussi sur l'exonération de droits de douanes pour l'importation du matériel dédié à l'équipement des cliniques.

Ces mesures fiscales touchent enfin la facturation des soins par le truchement d'une baisse de la TVA sur les interventions chirurgicales et sur les frais liées à l'hospitalisation.⁴³⁶ Le gouvernement turc a par exemple fait le choix d'une baisse de la TVA, sur les équipements importés par les cliniques, mais aussi de réduire les charges sur les prestations médicales⁴³⁷. Cet allègement des charges est réalisé dans le but de faire baisser les coûts de production de soins. Ce qui devrait conséquemment entraîner des soins proposés à de meilleurs prix. Les prévisions de fréquentation et de retombées financières ont donc été revues à la hausse. De 40.000 patients étrangers par an, les hypothèses d'affluence sont montées à 1 million. Quant au chiffre d'affaires, les estimations touchaient les 8 milliards de dollars. Enfin la Tunisie a décidé d'aller plus loin dans la méthode qui consiste à agir sur la fiscalité. Ainsi en 2005,

⁴³⁴ Aïssa Khelifa op.cit., 2013 P11

⁴³⁵ « Chirurgie esthétique en Tunisie » www.estetikatour.com [Consulté le 13/03/2017]

⁴³⁶ Sarah Atkinson, Alain Vaguet, Op.cit. 2011 P35

⁴³⁷ « Le tourisme médical en Turquie espère une baisse de la TVA » www.lesechos.fr [2010] consulté le 10/12/2016

l'Etat tunisien a décidé la suppression de 6% de TVA liée aux prestations sollicitées par les patients étrangers.⁴³⁸

- Le rôle des intermédiaires dans les stratégies de développement du tourisme médical

Les réductions fiscales appliquées aux entreprises qui opèrent dans la filière médico-touristique impliquent une définition de la nature de ces acteurs. Il y a plusieurs acteurs qui interviennent dans le processus de production de l'offre médico-touristique, parmi lesquels on compte les agences intermédiaires et les tours-opérateurs. Ces entrepreneurs dont le rôle est essentiel, sont présents aux différentes étapes de l'exécution de ces voyages à but thérapeutiques. Leurs activités vont de la mise en relation pour les consultations préopératoires, à la conception du séjour, pour en arriver à son organisation pratique. Ces agences servent d'interfaces entre la patientèle et les cliniques faisant office ici de fournisseurs. Cependant qu'en est-il de manière plus précise, de la nature des intermédiaires sur le segment médico-touristique ?

Une publication produite par le cabinet Deloitte classe les intermédiaires agissant dans le tourisme médical en quatre catégories⁴³⁹. Cependant il serait plus logique de les diviser en trois catégories. Ainsi cette classification pour être plus lisible peut commencer par les agences qui ne sont en fait que des filiales d'entreprises, opérant déjà dans un autre secteur d'activité. Ces premières agences, dans le but de diversifier leurs métiers décident d'investir le secteur de l'accueil de la patientèle étrangère. Le groupe hôtelier ITC-*WelcomGroup* a créé des firmes chargées de l'exploitation de ce créneau commercial. Ensuite, pour les deux autres catégories d'agences spécialisées, il faut sortir de la logique des grands groupes et considérer des agences de taille plus modeste. A ce niveau, c'est le lieu d'implantation qui définit le type de services proposés. Dans cette optique nous avons d'une part, celles qui agissent avant le déplacement, c'est-à-dire dont l'activité se déroule au sein du pays d'origine des patients. Au niveau opérationnel, leur rôle est de concevoir des séjours comprenant les interventions de chirurgie, l'hébergement en cliniques, en relation avec des structures médico-touristique sur la destination choisie. Aux USA, l'agence *speedy surgery*

⁴³⁸ Walid Ben Sghaier Op.cit., 2013,[consulté le 17/12/2015]

⁴³⁹ « L'évolution du tourisme médical au Canada » www2.deloitte.com [consulté le 15/12/2016] P8

propose un inventaire de cliniques situées au Canada, en Inde et en Thaïlande⁴⁴⁰. En France par exemple, *Medicrotour* opère sur la Croatie, TCE est spécialisée sur le segment de la chirurgie esthétique en Tunisie, alors que *Voyage médical et santé*, travaille sur plusieurs destinations avec des spécialités plus étendues.

Enfin terminons cette classification des agences de la filière par celles qui agissent sur le lieu de séjour. Elles assurent essentiellement les fonctions de transport et de logistique. La prise en charge des patients commence ainsi dès l'aéroport, et se poursuit durant tout le séjour. La gamme des services proposés au cours de ces prestations peut contenir des services de traduction selon les besoins, auxquels on peut ajouter l'organisation d'excursions en fonction de l'état de convalescence du patient. Dans ce cadre, l'Agence *Commonwealth Travel* à Singapour s'occupe de la prise en charge des patients une fois sur leur lieu de soins. Cette agence réceptive prend en charge l'accueil et l'accompagnement des malades. L'organisation de sorties découverte fait aussi partie de leurs compétences, selon les désirs des patients. En Tunisie, l'agence *Esthetika Tour* et ses nombreux concurrents, proposent des formules package, à l'image de leurs consœurs du tourisme classique.

L'activité des intermédiaires est ici capitale. D'abord, celles qui agissent dans les pays d'origines des patients jouent un rôle de « pourvoyeur » en patientèle auprès des cliniques spécialisées. En plus ces agences permettent aux patients de pouvoir bénéficier de réductions pouvant aller jusqu'à 80%, en comparaison d'une demande adressée directement à un établissement de soins par le patient lui-même⁴⁴¹. Dans un deuxième temps, il y a celles qui sont implantées sur le lieu de séjour, et sont utiles pour les services d'accompagnement et d'encadrement des malades. Dans l'un et l'autre des cas, leur fonction d'interface entre les patients et les cliniques est incontournable. Pour assurer cette tâche d'intermédiaire, les agences nouent des partenariats avec les cliniques de l'*offshoring médical*. Cependant au-delà de ces premières fonctions pragmatiques, la confiance qu'apportent ces opérateurs dans ce service est un enjeu essentiel. De l'activité des intermédiaires, notamment des agences implantées sur le lieu de séjour, va dépendre autant l'image de l'agence elle-même que celle, en arrière-plan du pays d'accueil. En fournissant des réponses précises, avant et durant le séjour à l'étranger, ces intermédiaires contribuent à faire baisser les inquiétudes légitimes de personnes, souhaitant s'engager dans une démarche de soins dans un pays, qu'elles découvrent souvent pour la première fois à l'occasion dudit déplacement. Le choix d'un

⁴⁴⁰ Jean-François Nys in « Tourisme médical, un phénomène en expansion » in Journal soins Cadres de santé-supplément au n°62 www.em-consulte.com consulté le 15/02/2014 P6

⁴⁴¹ «L'évolution du tourisme médical au Canada » www2.deloitte.com [consulté le 15/12/2016] P8

intermédiaire par un patient doit être guidé par certains critères dont, son expérience, son agrément à exercer l'activité d'accompagnement de patients étrangers, et l'information détaillée qu'elle est capable de produire en amont du séjour et durant celui-ci⁴⁴².

- Des recoupements dans les stratégies de communication sur le segment du tourisme médical

Le tourisme médical, consacre une pluralité d'acteurs (politiques, agence intermédiaires, cliniques médico-touristique). Cependant leurs objectifs dans le domaine de la communication et de la promotion se rejoignent. Il s'agit d'atteindre une double ambition : porter à la connaissance de la cible principale, les patients internationaux, l'existence de leur offre sur le marché des soins délocalisé. En second lieu, il est question d'emmener la patientèle à s'engager dans une démarche de consommation. Dans ces stratégies de communication, autour du fait médico-touristique, l'hétérogénéité des destinations est contrebalancée par l'homogénéité des stratégies de marketing. Passons ici brièvement en revue les moyens et les méthodes utilisées dans les stratégies de communication sur le segment des soins délocalisés, de même que les enjeux de cette communication.

Pour commencer et selon les principes du marketing, la production d'un service ou d'un produit est le fruit d'une réflexion qui s'élabore en amont. La méthode appliquée dans ce cadre est celle du Marketing Mix, selon les principaux points qu'elle édicte dans sa théorie des « 4P » : « Product, Price, Place, Promotion »⁴⁴³. Pour Loïc et William Menvielle (2010), les stratégies de communication dans la problématique du tourisme médical se déclinent selon les principes du Marketing Mix. Les mécanismes de production des soins délocalisés, évoqués tout à l'heure pour expliquer la modicité des coûts, s'inscrivent dans la théorie du marketing Mix. Ils appartiennent aux permanences dans l'observation globale de ce phénomène. A cela il faut ajouter les méthodes de distribution et de commercialisation. Ces deux dernières fonctions, impliquent de rendre ces services disponibles et accessibles géographiquement. Jérôme Mageiste (2010), abordant le sujet de la nature et de l'emplacement des cliniques médico-touristique, les compare à des « enclaves hôtelières », terme propre à la rhétorique anti-touristique. Puis il ajoute, en ce qui concerne le choix des

⁴⁴² « Chirurgie esthétique en Tunisie » www.estetikatour.com [Consulté le 13/03/2017]

⁴⁴³ Philip Kotler, John T. Bowen et James C. Makens « Marketing du tourisme et de l'accueil » 2016 P42

lieux géographiques d'implantation de ces établissements, qu'ils sont à proximité des aéroports, facilitant ainsi leur accès à la patientèle étrangère⁴⁴⁴.

Sur le sujet de la communication *stricto sensu* pour la promotion du tourisme médical, admettons qu'elle ne peut être analysée en marge de la mutation qu'est l'entrée des médias dans le secteur de la santé. La santé est de plus en plus perçue pour les esprits contemporains comme un bien de consommation courante. Cette évolution a été précédemment évoquée, comme un composant de l'origine hétérogène du tourisme médical (Cf.P128). Cependant comment par le biais de la communication, susciter l'intérêt des malades et créer chez ces derniers, l'envie de s'engager dans des soins en dehors de leur pays ? Comment réduire les risques liés à cette démarche aux yeux des prospects que sont les patients ? Quel est le rôle d'internet qui dans l'analyse du phénomène médico-touristique, prend un relief particulier ?

Les patients sont aujourd'hui autonomes pour s'informer des solutions thérapeutiques qui s'offrent à eux et ce, du fait de la vulgarisation de l'information médicale. Cependant, la législation concernant la publicité autour du fait thérapeutique varie d'un pays à l'autre. A la différence de la France où est interdite la publicité pour les praticiens, les règles sont plus souples dans de nombreux autres pays⁴⁴⁵. Plusieurs canaux de communication sont utilisés à cet effet : La presse écrite, la radio, la télévision, et Internet. En dépit de la diversité des canaux, la communication autour du fait médico-touristique, vise à crédibiliser l'offre thérapeutique délocalisée auprès de la patientèle potentielle. Cela est possible en donnant tous les gages de qualité, concernant la production de ces services, et en mettant en avant la satisfaction des patients qui ont déjà été soignés par ce canal. Les témoignages des patients traités, sont une preuve pour les prospects, de la réalité et de la qualité de l'offre thérapeutique délocalisée⁴⁴⁶.

En ce qui concerne les canaux utilisés, et notamment celui de la presse, référons-nous aux exemples de l'Inde et de la Hongrie, dont les offices de tourisme à Paris présentent des brochures autour de l'offre thérapeutique sur ces destinations. Ces prospectus informent le

⁴⁴⁴ Jérôme Lageiste « Les Séjours Medico-touristiques » in François Moule, Sabine Duhamel, (dir) « Frontières et santé, Genèse et Maillages des réseaux transfrontaliers » 2010 P189

⁴⁴⁵ Les nouvelles dynamiques du tourisme dans le monde, Virginie Chasles Geoconfluences.ens-lyon.fr Consulté le 07/05/2013

⁴⁴⁶ Loïc Menvielle, William Menvielle « Le tourisme médical, une nouvelle façon de voyager » Teoros, vol 29, n°1, 2010, P113.

public sur les modalités pour avoir accès à ce type de soins. Ces plaquettes reprennent une liste des hôpitaux spécialisés sur le segment médico-touristique. On y trouve aussi les agences pouvant apporter leur aide aux patients potentiels, pour la préparation du séjour en France et pour les accompagner durant le déroulement de celui.

La télévision sert aussi de canal dans la promotion du tourisme médical. On ne compte plus les émissions d'actualité consacrées au sujet du tourisme médical dans les pays d'origine des patients. Ces émissions grand public font office de vitrine pour les destinations spécialisées dans la production des soins *offshore*. L'agence Esthetika Tour, qui gère l'arrivée de patients en Tunisie, fait dans son *Press Book* mis en ligne, un récapitulatif de ses apparitions dans différents médias dont la télévision. Il en ressort que l'agence est apparue sur des chaînes grand publics comme TF1, dans son émission, sept à huit (7 à 8), du 19 juin 2005, et M6 dans son émission « Capital » du 03 juin 2007. A l'étranger c'est la chaîne BBC, qui dans un reportage du 9 janvier 2006, s'est fait l'écho de l'offre de chirurgie esthétique en Tunisie⁴⁴⁷. En Thaïlande, le Bumrungrad International Hospital a fait l'objet de nombreux reportages. L'un de ceux-ci concerne le célèbre magazine d'informations « 60 Minutes », de la chaîne Américaine CBS, dont la part d'audience se situe autour de 12.2%. Sur le territoire américain, la cherté des assurances santé exacerbe les tensions politiques et sociales. Les émissions de télévision consacrées au segment médico touristique présentent le sujet comme une solution à la crise que traverse le système de santé américain⁴⁴⁸. Dans l'hexagone, la chaîne de télévision France 2 a aussi traité le sujet, en suivant une patiente américaine venue se faire soigner à Paris aux frais de son assurance. En dépit d'une facture majorée de 30% pour les patients étrangers dans les hôpitaux français, l'hexagone demeure pour les assureurs américains, une destination compétitive avec des frais de soins qui reviennent quatre fois moins chers qu'aux Etats-Unis⁴⁴⁹.

Enfin terminons notre bref inventaire des moyens utilisés pour la promotion des soins délocalisés, en nous intéressant à Internet. Internet est à la fois un composant de l'origine hétérogène du tourisme médical, et un élément incontournable dans les stratégies promotionnelles autour de ce phénomène. Ce média qui a révolutionné le monde n'a pas épargné le secteur de la santé.

⁴⁴⁷ Les médias en parlent : www.esthetikatour.com [consulté le 30/03/2017]

⁴⁴⁸ Benoît Legault op.cit., 2013

⁴⁴⁹ Le tourisme médical se développe en France [2016] www.francetvinfo.fr [consulté le 30/03/2017]

Globalement sur le sujet de la santé, on trouve sur internet une pléthore de sites, notamment les forums entre les patients. Ainsi ce média, en libérant la parole sur les plateformes d'échanges, contribue à apporter de l'information aux patients. La santé 2.0 est à l'origine du néologisme « actient », associant les mots « acteurs », et « patient », pour qualifier l'attitude proactive du malade dans sa recherche de solutions thérapeutiques sur le web⁴⁵⁰. On comprend alors qu'en 2014, 68% des français aient utilisés internet pour des informations ou des avis sur le sujet de leur santé⁴⁵¹. Ces requêtes peuvent être en lien avec les symptômes de la maladie, ses différentes phases, les solutions thérapeutiques existantes dans le pays ou bien à l'étranger. Être présent sur internet pour la promotion du tourisme médical, c'est optimiser ses chances d'atteindre une clientèle géographiquement proche, ou qui se trouve en dehors des frontières nationales, parfois à l'autre bout du monde. Internet dans quelle que fût l'activité, est aujourd'hui devenu un incontournable dans le domaine économique. L'utilisation tout azimut d'internet en tant qu'élément de promotion du tourisme médical, confirme ainsi le statut économique de cette activité. Ce réseau est par excellence celui des classes moyennes dans le monde entier. Cette catégorie socio-professionnelle constitue la cible privilégiée des promoteurs du tourisme médical.

Au-delà des possibilités offertes par Internet sur le plan de la promotion, l'apport de ce média est aussi opérationnel. En effet, grâce à ses qualités interactives, internet dans la phase de préparation des interventions, est le canal utilisé pour le diagnostic, et pour la gestion administrative des dossiers des patients. Internet est au centre du processus de promotion et de création de l'offre médico-touristique. Tous les acteurs de cette filière sont présents sur la toile. Dans ce cadre, les voyagistes, sur leurs sites, proposent une vue d'ensemble de l'offre médicale délocalisée pour les pays sur lesquelles ils travaillent. Pour les cliniques il s'agit via leur page web, de présenter leur établissement. A cela se rajoutent les devis pour les interventions, possibles grâce à des images transmises par le canal d'internet, qui sert enfin dans la gestion en ligne des dossiers médicaux.

Pour conclure cette partie de notre réflexion consacrée aux permanences dans le tourisme médical, on note chez les pays qui ont su développer le segment de *l'offshoring* sanitaire, de nombreux points d'analogie. Certains de ces éléments constituent des préalables qui soutiennent l'émergence du segment médico-touristique. La mise en exploitation

⁴⁵⁰Jacques Marceau in introduction in « Quelle santé pour demain, quand le numérique bouleverse la médecine » 2014 P12

⁴⁵¹ Jean-Baptiste Richard, Lucie Bluzat, Viêt Nguyen-Thanh « Deux tiers des français consultent Internet à des fins de santé » Revue Santé en Action N°436 Juin 2016 P48

véritable d'un tourisme classique et l'existence de mécanismes collectifs et universels d'assurance santé, sont des conditions structurelles pour le développement du tourisme médical. Le tourisme classique pose les bases d'une activité qui se consacre à l'accueil des touristes. Le tourisme médical devient dès lors, un produit de diversification de l'offre touristique globale dans ces pays. Quant aux assurances santé universelles, elles sont utiles dans la problématique du tourisme médical, puisqu'elles financent et vitalisent le secteur de la santé. Ces premiers points communs, nous l'avons vu, sont les piliers sur lesquels s'appuie l'émergence du tourisme médical.

Au niveau des stratégies sollicitées pour le développement de la filière médico-touristique, nous avons mis en exergue des points de recoupements. Ainsi les mêmes méthodes sont utilisées pour faire baisser le coût des interventions, rendant ainsi possible leur accessibilité. Les permanences concernent aussi les stratégies d'accréditation auprès des organismes internationaux comme la JCI. Ces accréditations sont des gages de la qualité pour ces prestations médicales. Les logiques de collaboration à l'interne et à l'externe, dans lesquelles s'inscrivent les acteurs de cette filière, permettent d'une part aux groupes hospitaliers en recherche de croissance à l'externe, de s'implanter dans des pays émergents. A l'interne, les collaborations entre hôpitaux, favorisent une hausse de la qualité des prestations médicales sur le territoire, ce qui en marketing des villes est un avantage. Nous venons dans cette dernière partie de notre analyse, de passer en revue certains points, figurant au nombre des recettes appliquées pour le développement de l'activité d'accueil des patients étrangers. L'implication des Etats, qui dans ce domaine aussi, jouent le double rôle d'initiateur, et de coordonnateur des activités est essentielle. L'action des Etats se traduit par la définition d'un cadre juridique. Les opérateurs spécialisés sont de ce fait, soumis à l'obtention de différentes autorisations. En outre, d'autres intervenants de la filière bénéficient de concession de terrains pour la construction de leurs cliniques. A cela, on peut rajouter quelques avantages qui leur sont accordés, notamment au niveau de la fiscalité. Ils peuvent ainsi profiter de baisse de TVA sur leurs actes de soins en faveur de la patientèle étrangère, ou encore d'exonération sur les droits de douane pour l'importation des équipements médicaux.

Toujours à propos des permanences sur le segment des soins délocalisés, nous avons analysé les stratégies pour son développement. Nous avons pu noter qu'internet est au cœur de l'offre médico-touristique. Espace de rencontre par excellence, ce média sert pour la communication autour des prestations de santé *offshore*, mais aussi comme un outil au niveau opérationnel. En effet internet sert dans la transmission des données médicales des patients pour les interventions à venir. Cette dernière fonction d'internet fait immerger dans les milieux médicaux une autre controverse. Une consultation par écran interposée, en vue

d'une intervention chirurgicale, est-elle fiable à 100% ? L'interaction entre le patient et le praticien, en dehors de tout contact physique, ne fait-elle pas « écran » justement, pour une prise de décision éclairée. Certaines données médicales susceptibles de compromettre la qualité d'une intervention, ne sont repérables qu'en consultation présenteielle. Il est difficile à un chirurgien de juger de l'état d'esprit d'un patient qu'il ne connaît que via internet, ou de déceler un nodule sur un sein en attente de prothèses, comme cela peut être le cas dans la chirurgie esthétique. D'autres inconvénients peuvent immerger de la problématique du tourisme médical. Parmi ceux-ci, il y a les problèmes post-opératoires qui résultent parfois de certaines interventions chirurgicales. En cas de problème de ce type, dans quel pays le patient, mal opéré initialement, doit-il faire refaire son intervention, et qui en assure la prise en charge financière ? Au niveau bioéthique, le tourisme médical confronte de nouveau les sociétés occidentales à différentes questions auxquelles chaque pays tente d'apporter à son niveau, des réponses. Il s'agit des débats sur la procréation médicale assistée, l'avortement, l'euthanasie. Ailleurs en chine, au Brésil, en Moldavie, il arrive que des greffons soient issus du trafic d'organes ou de l'exécution de prisonniers. C'est de ces sujets que nous tenterons de débattre dans notre prochain propos.

Chapitre VIII

- Inconvénients et avantages du tourisme médical
- Ethique et suivi post-opératoire en question

Le caractère interdisciplinaire du tourisme médical s'affirme une nouvelle fois lorsqu'on aborde le thème des inconvénients qui peuvent parfois l'accompagner. Sa double nature de phénomène médical et social, engendre parfois des dommages « collatéraux », de nature organique pour le patient, ou de nature morale pour la société. Car il est à noter qu'en considérant ce phénomène du point de vue de l'Ethique, la pratique du tourisme médical sous certains aspects, vient bousculer une certaine idée conservatrice de la société. C'est pourquoi dans cette partie de notre réflexion, nous traiterons en premier de la relation entre la pratique médico-touristique et l'Ethique, avec en toile de fond cette question : dans quelle mesure la production de soins délocalisés comporte-t-elle des atteintes à l'Ethique médicale ? L'avortement, l'euthanasie, et la procréation médicalement assistée, font partie des motivations du tourisme médical. Ces sujets portent cependant des antagonismes et des controverses au niveau du débat public. L'émergence des technologies médicales pour la procréation médicalement assistée, entraîne l'intrusion de l'œil du philosophe, de l'anthropologue et du politique dans la sphère privée, dans l'intimité des personnes qui y ont recours. Sur ces sujets sensibles, s'affrontent des opinions et des conceptions de la société, dont certaines sont construites à partir du cléricisme. En effet la technologie médicale pour l'aide à la procréation intéresse la société dans son ensemble. Car tout en rendant possible l'espoir de l'enfantement pour des individus, elle charrie par la même occasion des peurs individuelles et collectives. Par le biais de la PMA, c'est la conception de la famille, le devenir de la société et de « l'espèce humaine », qui se retrouvent au centre du débat. Cependant c'est sur le segment de la médecine de procréation que se sont spécialisées plusieurs destinations. Cette spécialité motive une affluence d'individus en demande de ces interventions spécifiques sur ces territoires.

En France ce sont les restrictions autour de la procréation médicalement assistée, qui motivent le déplacement de couples français vers la Belgique et l'Espagne. Dans ces pays, la réglementation de l'assistance médicale à la procréation, est plus souple en comparaison de la France où l'âge limite pour les femmes désireuses de s'engager dans ce type de démarche, est de 43 ans. Nous analyserons dans cette partie de notre réflexion, les règles autour de la procréation médicalement assistée en Belgique, dans une comparaison avec la législation française. Dans un deuxième temps, pour traiter du rapport du concept d'Ethique au

tourisme médical, il convient de prendre en compte une évolution sociétale, qui fait du corps et plus précisément de certains organes des objets de commerce. La valeur marchande attribuée à certains organes du corps humain, les siens propres ou celui de quelqu'un d'autre, se développe, non sans porter atteintes çà certains principes moraux éthiques. En cela, l'acquisition des greffons, fruit parfois de trafic, ou récupérés à l'issue d'exécutions de condamnés à mort, ou encore issus de la marchandisation des corps, posent un problème de valeurs. Enfin, dernier point des inconvénients du tourisme médical, c'est la problématique post-opératoire et des troubles organiques, parfois aussi psychologiques, qui peuvent en découler. Au vu de ces premiers éléments, on peut considérer que la pratique du tourisme médical, dans son rapport aux questions d'avortement, de procréation médicalement assistée, d'euthanasie, ou de greffes, sont de nouveaux espaces de controverses sociétales et philosophiques. De l'avis de Catherine Halphen (2010), ces grandes questions « *engagent non seulement des individus mais aussi la société* »⁴⁵². C'est de ces thématiques et de leurs modes d'interférence dans le champ du tourisme médical, que nous allons traiter dans les lignes qui vont suivre.

Avant de parler des entorses à l'Éthique dans la production du tourisme médical, il est bien d'en rappeler quelques éléments de définition. Selon le dictionnaire « Des Termes de la Médecine », l'éthique est « *la science de la morale* ». Cependant en creusant le sujet, on peut admettre que l'Éthique, vient en complément de la Morale, de même que certaines opinions la placent aussi en opposition de la morale. Car la morale de façon intrinsèque est teintée de manichéisme, puisqu'elle confronte le protagoniste au principe du bien et du mal. Pour le philosophe Vladimir Jankélévitch, cité par Philippe Svandra (2005) : « *La morale répond à la question : que dois-je faire ?* »⁴⁵³. En cela la morale, fixe des normes de choix qui oscille dans l'intervalle du bien et du mal. L'Éthique par contre franchit la ligne conceptuelle pour se retrouver dans le champ de l'action concrète. Selon Jérôme Béranger, la question principale en matière d'éthique est : « *Que dois-je faire pour bien faire ?* ».⁴⁵⁴ Cet axiome, dans le domaine de la médecine prend un accent particulier. Car la réalisation du soin quel qu'il soit, par le soignant, doit associer savoir médical, raison, et dévouement. C'est le sens du concept de la bioéthique, qui traduit une éthique appliquée aux savoirs et à la compétence médicale. Ces problématiques sont à considérer dans l'analyse du phénomène médico-touristique. Les avancées thérapeutiques contre l'infertilité offrent la possibilité à plusieurs catégories d'individus de concrétiser leur désir d'enfanter. C'est en tenant compte de l'hétérogénéité

⁴⁵² Catherine Halphen, in Introduction op.cit 2010 P7

⁴⁵³ Philippe Svandra « Comment développer la démarche éthique en unité de soins » 2005 P10

⁴⁵⁴ Jérôme Béranger in « l'éthique d'Hippocrate au chevet de la médecine contemporaine » in « Gestions Hospitalières n°532-Janvier 2014 P15

dans le profil des personnes qui sollicitent l'aide à la procréation, que l'on voit poindre des réticences à la PMA. C'est ce qui justifie l'occurrence du concept de l'Éthique dans la thématique médico-touristique. En effet la production de l'activité des soins en général et des soins *offshore* ici, se réalise non sans quelques entorses au principe « du bienfaire, et en toute connaissance de causes, » hérité de la pensée hippocratique.

L'exemple de la PMA est intéressant pour illustrer les possibles entorses à l'Éthique dans les déplacements médico-touristiques. Le terme PMA, utilisé de manière récurrente pour les nouvelles formes de la gestation humaine, recouvre cependant une diversité de pratiques : « *l'insémination artificielle, la fécondation in vitro, le transfert d'embryons, le diagnostic préimplantatoire, le clonage humain et la recherche sur les cellules souches* ». ⁴⁵⁵ Passé le constat sur le caractère pluriel de la PMA, les réticences autour de la pratique sont fondées sur une forme d'incompatibilité entre ces pratiques médicales, et un système de valeurs morales, construites sur un socle socio-historique, aux fondements des cultures et des sociétés. Ce qui résulte en des dissensions sociétales suite aux tentatives de régulation de la pratique. C'est en tout cas la forme que prend la polémique autour du clonage humain, de la PMA pour les couples de même sexe, ou encore pour l'assistance à la procréation pour les désirs d'enfantement, qui se prolongent au-delà de la ménopause. Les envies sur le tard de maternité, font courir des risques plus accrues aux futures mères, mais aussi aux enfants à naître. Pour Philippe Svandra (2005), les cas de maternité tardive tentent de faire cohabiter des intérêts inconciliables ⁴⁵⁶. Les aménagements légaux qui tentent d'ouvrir la PMA, à tous, y compris aux couples de même sexe, ont provoqué une levée de bouclier de certains parlementaires français et fragilisé la cohésion sociale ⁴⁵⁷. L'idée d'une forme d'égoïsme des parents dans leurs désirs d'enfantement, contraire aux intérêts de l'enfant à naître, effleure les esprits. Ce qui peut rendre intelligibles les arguments des parlementaires et d'une partie du corps social qui s'opposent à cette ouverture de la PMA à tous. Pour la position de l'Église catholique sur la procréation médicalement assistée, nous nous appuyons sur les propos du Cardinal Robert Sarah (2016), Préfet de la Congrégation pour le Culte divin et la discipline des Sacrements au sein du Vatican. Ce prélat soutient face aux pressions exercées par de nombreuses organisations internationales, qui conditionnent leurs aides à certains pays pauvres, à l'adoption par leurs gouvernements des théories du genre : « *Nous constatons avec*

⁴⁵⁵ Frédéric Varone : « Les enjeux de la procréation médicalement assistée : questions éthique et anthropologique, choix politiques et normes juridiques » in Nathalie Schiffino, Frédéric Varone « Procréation médicalement assistée : Régulation publique et enjeux bioéthique » 2003 P1

⁴⁵⁶ Philippe Svandra « Comment développer la démarche éthique en unité de soins » 2005 P21.

⁴⁵⁷ La PMA à l'étranger facilité pour les couples lesbiens. www.lexpress.fr [2016] consulté le 17/04/2017

une grande souffrance que la santé reproductive est devenue une « norme » politique mondiale, contenant ce que l'Occident a de plus pervers à offrir au reste du monde en quête de développement intégral»⁴⁵⁸. Pour Pierre Jouannet (2013), les objections de l'Eglise Catholique, s'appuient sur le caractère parfois déssexualisé de la pratique.⁴⁵⁹C'est vrai que sur les questions qui touchent à la vie, les positions cléricales ont encore beaucoup d'échos au sein d'une partie de l'opinion. Ces controverses ont conduit en France à une réglementation qui écarte des pratiques de l'aide à la procréation, certaines catégories de demandeurs notamment les couples de même sexe, contraignant ces derniers à trouver dans le voyage « médicale », l'occasion de réaliser leur désir d'enfantement. D'ailleurs, pour limiter les départs à l'étranger de patients en attente d'aide à la procréation, il existait jusqu'en 2013, une circulaire punissant de 75.000 € d'amende tout gynécologue en France orientant des couples de même sexe vers des confrères étrangers. Ces faits font immerger la question du cadre légal de la PMA en France. Pour y répondre, nous rapprocherons les modèles belge et français en matière de PMA. En Belgique sur les 3000 bébés qui naissent chaque année grâce à des FIV, 2000 sont des bébés français.

Dans l'Hexagone, la PMA se déroule dans le cadre de la loi (n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique). Cette législation fixe les conditions d'accession à l'assistance à la procréation en France. En effet, la PMA est uniquement réservée aux couples hétérosexuels mariés, ou vivant maritalement depuis une période de deux ans minimum. Ses conditions d'accès sont liées à une infertilité médicalement diagnostiquée pour l'un des partenaires, ou dans le but de préserver le bébé à naître d'une transmission d'une pathologie spécifique des parents à celui-ci. C'est par exemple le cas dans certaines situations en relation avec le VIH⁴⁶⁰.

En outre le recours aux mères porteuses, de même que les techniques de clonages d'embryons humains, quelles qu'en soit les fins, sont interdites en France. En comparaison de la loi française, celle de la Belgique est plus souple sur la PMA. A ce propos, Frédéric Varone et Nathalie Schiffino (2003) qualifient la Belgique de véritable « paradis bioéthique ». Ce pays sur les grandes questions bioéthique fait office de précurseur. La législation belge se montre plus favorable comparativement à celle de la France sur les sujets de l'euthanasie, de l'avortement, et de la procréation médicalement assistée. Pour la PMA, nous avons souligné l'existence d'une diversité de pratiques, et de technologies. En France l'exercice de chaque

⁴⁵⁸Cardinal Robert Sarah, Nicolas Diat : « Dieu ou rien, entretien sur la foi » 2016 P228

⁴⁵⁹Pierre Jouannet « Procréation assistée : les nouvelles façons d'avoir des enfants » in Lise Barnéoud (dir.), « La procréation assistée ? Comprendre vite et mieux » 2013 P4

⁴⁶⁰ « La législation en matière de PMA en France » www.natisens.com [consulté le 17/04/2017]

type d'activité qui concerne la PMA requiert des autorisations spéciales, alors qu'en Belgique, la pratique n'est soumise à aucune condition spécifique. Cette absence de réglementation particulière, et la diversité de l'offre belge, permet à toutes les catégories de couples de pouvoir bénéficier de ce type de prestations. La Belgique occupe la troisième place après l'Espagne, dans le classement des pays qui reçoivent des étrangers pour l'assistance à la procréation.⁴⁶¹

La deuxième interférence de l'Éthique dans le tourisme médical se situe au niveau de l'acquisition des organes à greffer aux patients. Des méthodes discutables sont utilisées dans l'obtention des greffons. Dans un article du magazine Marianne, du 4 février 2006, Isabelle Saporta dénonce ce qu'elle appelle les « horreurs du tourisme médical ». En effet dans cette enquête, la journaliste nous dévoile les méthodes utilisées pour obtenir les organes qui servent à l'activité de greffes sur certaines destinations.⁴⁶² Elle nous apprend qu'en Chine de nombreux greffons sont issus de trafic tenus par la mafia locale. Ces organisations criminelles rachètent à des prix dérisoires certains organes à des personnes en situation d'extrême pauvreté. Des jeunes gens dont l'âge oscille entre 18 et 30 ans, reçoivent des sommes comprises entre 2000 et 3000 dollars en échange d'un rein, alors que celui-ci coûte au patient greffé entre 100.000 et 200.000 dollars. Autre méthode utilisée pour se procurer des greffons, est celle des prélèvements effectués sur des condamnés à mort. Ainsi dans le même article, Isabelle Saporta, mentionne une scène surréaliste qui achève de convaincre sur l'ampleur du trafic, et surtout l'implication de certaines autorités pénitentiaires. Elle écrit : *« Ainsi, le Pr David Rothman de l'université de Columbia révélait récemment comment l'un des confrères, invité à réaliser une transplantation cardiaque en Chine, s'était étonné qu'on lui fixât une date aussi précise : « comment peut-on être certain de disposer d'un cœur à ce moment-là ? Parce que nous avons déjà prévu une exécution avec un donneur compatible », lui a-t-on fait sans sourciller »*. On retrouve ce type de méthodes en Moldavie et au Brésil. Ces faits appellent une nécessaire comparaison entre les modes d'acquisition des greffons sur les destinations sus-citées, et les pratiques qui y sont relatives dans les pays occidentaux, notamment en France. Dans ce pays la vente des organes est totalement interdite. Cette prise de position s'aligne sur l'avis d'autres instances de décision, Etats, gouvernements, parlements, mais aussi de l'organisme multilatéral qu'est l'OMS.⁴⁶³ Dans l'Hexagone, les

⁴⁶¹Frédéric Varone : « Les enjeux de la procréation médicalement assistée : questions éthique et anthropologique, choix politiques et normes juridiques » in Nathalie Schiffino, Frédéric Varone « Procréation médicalement assistée : Régulation publique et enjeux bioéthique » 2003 P6

⁴⁶² Isabelle Saporta « Les horreurs du tourisme médical » www.marianne2.fr [mise en ligne 4 février 2006] consulté le 10/07/2013

⁴⁶³Philippe Steiner : « La transplantation d'organes, un commerce nouveau entre les êtres humains » 2010 P 14 introduction.

organes sont prélevés sur les patients en état de mort encéphalique, causée par des accidents de la circulation, ou des AVC⁴⁶⁴.

Autre point à soulever, c'est que les greffes réalisées avec des organes acquis grâce à des méthodes critiquables dans le cadre des déplacements à but thérapeutiques, ne tiennent pas compte des nuisances psychiques qui peuvent découler de ces interventions. Jean Benjamin Stora (2005), dans ses analyses des aspects psychologiques de la greffe, soutient que l'appropriation de ces « corps étrangers » par les malades, s'accompagnent de perturbations psychiques. Voyons en quels termes, il pose ce problème pour un patient interrogé dans le cadre de son étude : « *Je comprends fort bien Didier qui éprouve des difficultés psychologiques à s'approprier le nouvel organe ; il continue à vivre parce qu'un homme est mort, et ce qui l'inquiète c'est la mort violente de son donneur* »⁴⁶⁵. Un peu plus loin il soutient que : « *Les greffés possèdent en eux un organe étranger qui provoque leur métamorphose et peut les rendre inquiétants à eux-mêmes et aux autres* ». La suite de ce constat voudrait que l'on s'interroge sur les dispositions pour le suivi psychologique des malades greffés au cours d'un déplacement à l'étranger. En outre s'il y a nécessité d'une reprise de l'intervention chirurgicale une fois le malade de retour au pays, qui prend en charge les frais générés par cette nouvelle opération ?

Avant d'aborder cette question, il importe de préciser l'une des origines des problèmes post-opératoires qui peuvent être en lien avec la qualité du diagnostic précédant l'intervention chirurgicale. Internet, nous l'avons souligné précédemment, est le canal d'échange par excellence, utilisé dans la relation soignant-soigné dans les soins *offshore*. Il est vrai qu'Internet a montré son utilité dans le domaine médical, par le biais de la télémédecine. Cela s'est vérifié pour le suivi de certaines populations semi-nomades. Des personnes membres de ces groupes de populations, et victimes de maladies bénignes ou chroniques, peuvent désormais faire l'objet d'un suivi thérapeutique à distance.⁴⁶⁶ Cependant en matière d'intervention chirurgicale et dans le cadre du tourisme médical, l'usage d'internet est contrarié par l'imminence des interventions chirurgicales. Les soins offshore ont pour motivations des interventions parfois lourdes telles des opérations du cœur, des greffes rénales, ou encore des mammoplasties. Nous avons précédemment évoqué la nécessité de la palpation pour la mammoplastie. Hippocrate à l'époque invitait déjà le soignant à apprécier

⁴⁶⁴ Fabienne Pessione, Christelle Cantrelle, Emilie Savoye, François Aubin,* and Bernard Loty « Activité de prélèvement et de greffe d'organes en France en 2006 » [2007 Consulté le 12/04/2017]

⁴⁶⁵ Pr Jean-Benjamin Stora : « Vivre avec une greffe ; accueillir l'autre » 2005 P11-12

⁴⁶⁶ Pascal Lorca « Des satellites au secours des pauvres », Valeurs actuelles du 17 juillet 2014 P58

le malade dans son entièreté, ce qui implique une proximité entre celui-ci et le praticien⁴⁶⁷. Or il est évident dans la problématique du tourisme médical, que la fréquence des sollicitations, la routine, associée au mode de consultation, ne peut qu'aller vers un rapport soignant-soigné qui finit par se déshumaniser. Jean-Benjamin Stora estime d'ailleurs à ce sujet que : « *La compréhension psychique de leur façon de vivre avec leurs maladies, permet de compléter utilement le diagnostic médical* »⁴⁶⁸. Dans la même veine, Michel Bilé (2016) considère que la télémédecine doit être un élément contribuant à poursuivre la relation entre le soignant et le soigné, et non lui suppléer. Si tel n'est pas le cas, ce mode de communication, dans les échanges entre le médecin et le malade, est porteur de dangers⁴⁶⁹. C'est dire qu'internet, par lequel s'établissent les diagnostics, est aussi à prendre en compte en tant qu'élément contributif aux problèmes post-opératoires dans l'analyse du segment médico-touristique.

La méthode du tourisme médical est de traiter les patients sur des périodes relativement courtes. Or le traitement de certaines pathologies requiert du temps qui est facteur de qualité « en bout de chaîne ». En dentisterie par exemple, certains soins exigent la prise en compte du caractère polypathologique de certains patients. La santé dentaire peut être reliée à d'autres pathologies, le diabète, le cancer, l'insuffisance rénale. Il faut donc, pour être efficaces, que les interventions soient espacées. Les opérations menées sur une courte période, finissent souvent en intervention bâclées. De l'avis du Docteur Knogler Gunther, à la tête d'une association helvétique de dentistes (ZAEK), qui compte 3300 membres, les soins à l'étranger sont souvent mal fait. Il évoque en cela une étude menée sur un panel de patients suisses, autrichiens, et allemands ayant été traités en Hongrie en dentisterie. 80% de ces patients, ont été mal soignés⁴⁷⁰. Aux USA les compagnies d'assurances qui financent des soins à l'étranger pour leurs usagers, ont choisi d'intégrer les surcoûts liés à d'éventuels problèmes post-opératoires, pour la prise en charge par des médecins américains si besoins.⁴⁷¹

Au-delà de l'aspect psychologique et clinique des problèmes consécutifs à des soins à l'étranger, il y a aussi leur côté juridique, surtout s'il y a décès du patient, comme dans l'affaire « Marjorie Angelosanto ». Ce fait divers est un exemple qui permet de comprendre

⁴⁶⁷ E.P. Petit : « Le Serment d'Hippocrate source de l'éthique médicale » In *La presse Médicale* », 19 janvier 2002/31/n°2 P54

⁴⁶⁸ Pr Jean-Benjamin Stora : « Vivre avec une greffe ; accueillir l'autre » 2005 P7

⁴⁶⁹ Michel Bilé « L'Impact d'Internet et des réseaux sociaux sur l'information au patient » *Revue Générale de Droit Médical* N° 59 juin 2016 P73

⁴⁷⁰ « A l'Est les nouvelles dents sont moins chers » /www.haritzacd.com/ Mis en ligne le 22/07/2004 Consulté en 2013

⁴⁷¹ « L'évolution du tourisme au Canada » www2.deloitte.com [consulté le 15

les risques encourus lors d'une opération chirurgicale en dehors du pays de résidence du patient. Cette affaire illustre la difficulté d'un recours en justice en cas de problèmes dans la réflexion autour du segment médico-touristique. En effet Marjorie Angelosanto, une jeune assistante commerciale lyonnaise, a trouvé la mort au mois de juillet 2016 suite à une lipoaspiration dans la clinique du Docteur Mondher Ben Ameer en Tunisie. Marjorie et l'amie qui l'accompagnaient avaient bénéficié d'une offre spéciale, pour des patients venant à deux. Selon la ligne de défense de la clinique, le décès de la patiente n'est pas lié à une erreur médicale. Car l'opération de lipoaspiration s'est déroulée sans incident. C'est cependant au cours d'une seconde intervention, qui consistait à réinjecter la graisse recueillie au cours de la lipoaspiration dans d'autres parties du corps, pour retoucher les courbes de la patiente, à sa demande, qu'est survenue l'embolie pulmonaire à l'origine du décès.⁴⁷² La mort de Marjorie Angelosanto a été la cause d'une vive émotion dans une Tunisie, dont l'image avait déjà été abîmée par la période d'instabilité consécutive au printemps arabe, et par les attentats du musée du Bardo le 18 mars 2015, puis par celui de la plage de Sousse le 26 juin de la même année. Une double plainte a été déposée à Lyon et à Tunis. Cependant ces événements soulèvent un certain nombre de questions. A-t-on réellement évalué les risques encourus par la patiente dans la deuxième opération ? Quelles sont les chances pour qu'une plainte aboutisse en France du fait du caractère extra-territorial de cette affaire ? On le voit dans son rapport à la justice et à la réparation, la problématique du tourisme médical, laisse de nombreuses questions en suspens au détriment des patients. Selon le docteur Jean-Luc Roffé (2009), la règle de la sécurité sociale en France est de ne pas prendre en charge des frais engendrés par une opération subis à l'étranger, dans le cadre d'un déplacement fait uniquement dans un objectif thérapeutique. La prise en charge des problèmes engendrés par des opérations de chirurgie esthétique à l'étranger, ne sont accordées aux patients que si les soins à prodiguer présentent un caractère urgent⁴⁷³. Dans l'affaire Marjorie Angelosanto, la clinique évite de plaider l'erreur médicale. Cependant les plaignants ont la possibilité d'évoquer la qualité de la formation et l'expérience des chirurgiens qui ont mené l'opération.

Les opinions sur le cursus des médecins qui exercent dans le cadre de l'activité médico-touristique sont variées. Le sujet de la formation de ces médecins a déjà été abordé dans le cadre des mécanismes de production de l'offre médico-touristique, et des procédés pour faire baisser les coûts de production. En France de nombreux praticiens défendent le savoir-faire de leurs confrères qui opèrent dans les cliniques du Maroc. L'existence d'accords

⁴⁷² Mounira El Bouti « Lipoaspiration mortelle pour une jeune française en Tunisie : « Aucune erreur médicale n'est à l'origine de la mort » selon la clinique » www.huffpostmaghreb.com [2016] consulté le 02/04/2017

⁴⁷³ « Arlette Chabrol : « entretien Dr Jean-Luc Roffé : « Journal Médecins » 8 Novembre 2009 » P12

bilatéraux permet à de nombreux médecins marocains d'être formés en France. On peut donc être sûr de leur savoir-faire. Cependant pour ceux formés sur place, il est possible d'émettre des réserves, surtout quand il advient des problèmes quand les patients retournent dans leurs pays. Autre objection au tourisme médical, c'est qu'il est à craindre que ce segment ne fasse concurrence aux praticiens des pays d'origine des patients. Ainsi en Suisse, de nombreux dentistes se plaignent du départ de leurs patients vers la Hongrie. Cette tendance à « l'exil dentaire » grignote en partie leur patientèle.⁴⁷⁴ Enfin pour clore le sujet des inconvénients du tourisme médical, c'est le déséquilibre au niveau des ressources humaines de la santé, que celui-ci peut produire. Les cliniques médico-touristiques pour les conditions de travail et de rémunération qu'elles offrent, attirent les meilleurs praticiens locaux au détriment des structures publiques. En outre, l'implantation de ces structures dans de grandes agglomérations contribue à l'intensification des disparités entre les villages, les villes de taille moyenne, et les grandes agglomérations⁴⁷⁵.

En juillet 2016, une parturiente indienne de 70 ans a accouché de jumeaux, ce qui fait d'elle la femme la plus âgée ayant enfanté⁴⁷⁶. Ce cas extrême, marque les esprits sur les dangers pour la mère et les enfants. En outre les nouvelles technologies qui permettent de déceler des pathologies avant les inséminations, telle la DPI (diagnostic préimplantatoire) ne contribuent-elles pas à alimenter les peurs sur les risques pour l'humanité d'aller à des dérapages eugénistes⁴⁷⁷ ? Devant les nouvelles possibilités qu'offre la technologie médicale procréative, dont celle du clonage, il est à craindre que certains patients dépassent le simple désir de l'enfantement pour aller vers un désir personnel d'éternité. En ce sens, la procréation médicalement assistée devient l'occasion pour la société de s'interroger à nouveau sur certains sujets, dont celui de l'avènement des individus à la vie. Il est clair que des réponses doivent être apportées dans la réglementation de la procréation médicalement assistée. Cependant la diversité des législations nationales favorise le déplacement de patients en demande de ce type de soins, vers des destinations où les règles leur sont plus favorables. Ainsi, l'échelle qui devrait rendre pertinente les décisions dans les tentatives de régulation de la pratique reste à définir. Cependant au-delà de ces premiers inconvénients, le segment

⁴⁷⁴ « A l'Est les nouvelles dents sont moins chers » /www.haritzacd.com/ Mis en ligne le 22/07/2004 Consulté en 2013

⁴⁷⁵ Virginie Chasles « Les nouvelles dynamiques du tourisme dans le monde » [www. Geoconfluences.ens-lyon.fr](http://www.Geoconfluences.ens-lyon.fr) Consulté le 07/05/2013

⁴⁷⁶ L'Inde attire le tourisme procréatif anglais. www.lepetitjournal.com consulté de 17/10/2016

⁴⁷⁷ Frédéric Varone : « Les enjeux de la procréation médicalement assistée : questions éthique et anthropologique, choix politiques et normes juridiques » in Nathalie Schiffino, Frédéric Varone « Procréation médicalement assistée : Régulation publique et enjeux bioéthique » 2003 P10-11

médico-touristique comporte aussi des avantages. En effets induits, le tourisme médical est un facteur de croissance en quantité et en qualité de l'offre générale de santé pour les pays. En existe-t-il d'autres ? C'est à cette interrogation que nous tenterons de répondre dans notre prochain propos consacrés aux bienfaits du tourisme médical.

- Les avantages du tourisme médical

Les bienfaits du tourisme médical ont été abordés dans les chapitres précédents, pour les économies que le segment médico-touristique permet de réaliser aux patients qui s'inscrivent dans la démarche. Nous avons aussi parlé de certaines compagnies d'assurances notamment celles des USA, qui font du segment médico-touristique un moyen de réduire la facture des soins prodigués à leurs assurés. Dans cette partie de notre réflexion, nous traiterons des bienfaits du tourisme médical, d'abord pour l'économie en général, et singulièrement pour les emplois générés par ce secteur. D'autre part, nous aborderons le thème de l'amélioration générale de la santé des populations locales qu'induit l'essor du segment médico-touristique.

Le débat autour des avantages du tourisme médical vient réaffirmer le caractère économique de cette activité. Ainsi, on dénombre 924 millions de touristes hospitaliers en 2008. En 2012 le chiffre d'affaires de ce secteur était estimé à 60 milliards de dollars au niveau mondial⁴⁷⁸. L'activité dédiée à la prise en charge médicale des patients étrangers permet aux destinations qui la développent d'intégrer l'économie mondiale, selon la thèse défendue par Aïssa Khalifa⁴⁷⁹. C'est une idée que corroborent les propos de Virginie Chasles (2013), qui soutient que le tourisme hospitalier est un autre moyen pour les économies émergentes de s'ouvrir au marché international⁴⁸⁰. La dynamique de croissance créée par le tourisme hospitalier, se ressent en premier au niveau de l'emploi en général, et singulièrement de l'emploi dans le domaine de la santé.

Le deuxième point concernant les bénéfices du tourisme médical, est relatif aux économies réalisées par les organismes privés d'assurance qui ont décidé de proposer les

⁴⁷⁸ Jean-Michel Gradt : « le tourisme médical, la France hors circuit » [www.lesechos](http://www.lesechos.com) [2015] [consulté le 17/02/2016]

⁴⁷⁹ Aïssa Khelifa «Mondialisation des soins et tourisme », Etude pour l'Institut Montparnasse 2013 P1

⁴⁸⁰ Virginie Chasles op.cit., 2013

opérations offshore dans l'éventail de leurs prestations. Les particuliers qui s'engagent dans une démarche de soins à l'étranger, partagent cette vision des choses (cf.136-139). L'accueil des étrangers dans un cadre thérapeutique n'est possible qu'en ayant satisfait à certains préalables. Ces conditions à remplir ont été mentionnées lorsque nous avons mis en exergue l'importance d'une offre touristique classique. Ensuite, la mise en place de systèmes d'assurance maladie universels, qui permettent de financer le secteur de la santé, sont un autre pilier sur lequel repose l'essor du tourisme médical, (cf.P152-162). Ces éléments sont des permanences, des points de repère, que l'on retrouve sur la plupart des destinations ayant fait de l'accueil des patients étrangers une branche de leur économie. Les expériences de la Thaïlande et du Maroc nous ont ainsi permis de comprendre la force du lien entre tourisme classique, assurance santé universelle, et tourisme hospitalier.

Cependant, c'est sur les impacts du segment médico-touristique et sur l'état général de la population locale, qu'il convient de rechercher à présent les réels enjeux du tourisme médical. Pour Sarah Atkinson et Alain Vaguet (2011), l'appréciation des effets induits du tourisme médical sur l'état général de la population autochtone, est une question en débat au sein des géographes de la santé. En effet selon une approche populationnelle, une analyse globale des prises en charge des patients locaux, il est possible de concéder au tourisme médical la qualité d'accélérateur dans l'acquisition d'équipements médicaux de hautes technologies. La création de systèmes universels d'assurances maladies participe des stratégies sollicitées par les gouvernements des destinations médico-touristiques, pour apporter des solutions qui visent l'amélioration de la santé des populations locales. A coté de ces premières mesures, le développement du segment de cliniques privées, compte aussi dans l'analyse. C'est pourquoi une étude des bienfaits du tourisme hospitalier ne peut être complète que si elle intègre le développement du secteur privé des soins lucratifs. Mohamed Mebtoul (2010), traitant de l'essor de cliniques privées en Algérie, donne des précisions sur les trois fondamentaux de ces unités médicales : « *un investissement financier important, l'acquisition des technologies récentes et un impératif de valorisation sociale de l'élite médicale* »⁴⁸¹. Globalement les hôpitaux publics prodiguent des soins qui ne sont pas de bonne qualité. Les cliniques privées, grâce à leurs investissements et leurs activités, permettent de rehausser le niveau de la prise en charge générale. Elles ont les moyens d'acquérir du matériel de technologies avancées (IRM, Scanner etc...). La présence de ce type d'équipements sur le territoire national engendre de nouveaux besoins pour les patients

⁴⁸¹ Mohamed Mebtoul, « la privatisation des soins : l'exemple des cliniques privées en Algérie » in Jean-Louis Olive, Mohamed Mebtoul « le soin sociomorphe »2010 P22

locaux⁴⁸². Aussi, le tourisme médical devient une opportunité pour de nombreux Etats d'offrir de nouvelles possibilités de soins de qualité à leurs populations, grâce au secteur privé des soins.

En outre, si l'activité de ces établissements est en premier lieu orientée vers des patients locaux, la qualité des soins qui y sont prodigués, finit par attirer une patientèle étrangère. En Thaïlande, la présence d'une offre sanitaire de qualité, proposée par les cliniques privées, attirent autant des patients locaux qu'une patientèle étrangère venue du Laos voisin. Les Laotiens représentent parfois 50% des malades soignés dans ces établissements⁴⁸³. C'est en cela que le tourisme médical remplit un de ses rôles essentiels, celui de pourvoyeur de devises. En effet, au-delà de l'exemple thaïlando-laotien, l'arrivée de patients étrangers représente une source de gains nouveaux. Les dépenses de soins et les autres frais liés au séjour s'effectuent en monnaies étrangères.⁴⁸⁴

Cet accroissement de l'activité des cliniques privées entraînent des changements perceptibles dans le champ des ressources humaines de la santé. D'abord, cela génère des besoins en personnels qualifiés dont le travail est nécessaire à la production des soins. C'est une donnée qui contribue à faire baisser le chômage. Le tourisme médical, par l'intermédiaire des cliniques privées, qui offrent des conditions de travail et des salaires plus intéressants que le secteur public, permet d'inverser la tendance dans la problématique de l'exode des personnels de santé. On assiste ainsi à une relocalisation des professionnels de santé qui migrent vers les pays développés. En outre la présence des cliniques médico-touristiques, et la qualité des soins qui y sont prodigués, contraignent de nombreux hôpitaux publics à s'inspirer des cliniques privées, au risque de perdre la confiance des usagers⁴⁸⁵. C'est de cette façon qu'il convient d'interpréter les propos du Docteur Tanin Sonthiruk, recueillis par Benoit Legault, (2013). Ce haut responsable du ministère Thaïlandais de la santé, souligne les effets bénéfiques du tourisme médical, notamment pour l'économie et pour le

⁴⁸² Sarah Atkinson, Alain Vaguet, « La mondialisation à la loupe des géographes de la santé : Comment la question de la mondialisation se renouvelle-t-elle à partir d'expériences prises au sud, » (2011) P30-31

⁴⁸³ Audrey Bochaton, « La santé face à l'ouverture des frontières » in François Moulle, Sabine Duhamel, « Frontières et santé, Genèse et maillage des réseaux transfrontaliers » 2010 P152

⁴⁸⁴ Dr Patrick A. Bouvier « Explosion du tourisme médical : des voyageurs d'un nouveau Type » Revue Médicale suisse 14 mai 2008 P200

⁴⁸⁵ Connor Spreng, « Des partenaires au service des soins de qualité » www.proparco.fr N°17 Juillet 2013 P11

raffermissement du système local de santé.⁴⁸⁶ Le tourisme médical pour les conditions de son essor, lié à l'existence locale d'une offre médicale de qualité, est un facteur de la croissance en quantité et en qualité de la production générale de soins. L'offre médicale est ainsi disponible pour tous, y compris pour les patients locaux, sous conditions de ressources.

Pour clore notre propos sur les bienfaits du tourisme médical, il est possible d'établir entre le tourisme classique, et le tourisme médical, une analogie en termes d'effets sur le niveau de vie des populations des pays d'accueil. Il est généralement reconnu au tourisme une fonction de développement économique. Notre avis dans un parallélisme des formes, est que les effets du tourisme médical sur l'état de santé générale des populations, sont du même ordre que ceux liés à l'essor du tourisme classique. L'un et l'autre de ces segments touristiques, par leurs effets induits, conduisent à une hausse globale du niveau et de la qualité de vie des populations. Autant le tourisme classique est porteur de développement local, autant le tourisme médical, participe à une hausse de la qualité pour les soins médicaux à la même échelle. Cependant, il est à observer dans le phénomène médico-touristique, qu'il existe des spécialités médicales mises en avant par certaines destinations dans leurs stratégies de communication. Comment s'orientent les flux médico-touristiques à l'échelle de la planète, et quelles sont les spécialités qui motivent l'arrivée de la patientèle dans ces pays ? C'est à ces sujets que seront consacrées les pages qui vont suivre.

⁴⁸⁶Benoît Legault, «www.ledevoir.com consulté le 30/11/2013

Chapitre IX

- Les principales destinations du segment médico-touristique au niveau mondial et les spécialités qui y sont développées

Selon Jérôme Mageiste (2010), le phénomène du tourisme médical se caractérise par sa présence sur l'ensemble des continents. Les flux qui alimentent ce phénomène international se dirigent autant, vers l'Asie, l'Amérique du Sud et du Nord, l'Afrique du Nord et du Sud, l'Europe de l'est et de l'Ouest. Dans toutes ces zones on note chaque année, l'arrivée de centaines de milliers de touristes médicaux.⁴⁸⁷ Cependant la description de l'activité médico-touristique mondiale, que nous nous proposons de faire ici, pour le choix des destinations à observer, se fera sur la base de critères de performance sur chaque continent. L'occurrence de ces destinations dans la présente analyse, tient compte de l'importance des flux de patients qui s'y rendent. Ensuite leur apparition s'explique aussi par les spécialités médicales proposées dans ces pays. En Asie, dans le domaine des soins aux étrangers non-résidents, apparaissent deux zones. Celle du Moyen-Orient, avec la Jordanie, Israël, l'Iran, Dubaï, le Qatar. Cependant c'est en Asie du Sud-Est que les chiffres de l'activité médico-touristique sont les plus importants.

L'Asie du Sud-Est est en tête au niveau des zones géographiques recevant une patientèle internationale. Dans cette partie du monde, la Thaïlande dont nous avons déjà fait la situation, est suivie par l'Inde et Singapour. Ensuite au niveau du Moyen-Orient, nous observerons les cas de la Jordanie et d'Israël. La pratique médico-touristique est ancrée dans ces deux Etats de cette partie de l'Asie. Et pour cause, elle émane de la qualité d'un secteur de la santé, qui selon les spécificités de chaque pays, produit des résultats intéressants, au point de les faire figurer parmi les principales destinations au monde dans le cadre des déplacements médico-touristique. Ensuite la zone sud-américaine compte de nombreux pays qui tentent de faire du segment de l'accueil des patients étrangers une branche de leur économie. Ainsi en Argentine, en Bolivie, en Colombie, au Costa-Rica, en République dominicaine et à Cuba, de nombreuses cliniques comptent un nombre important de patients étrangers, dont la principale motivation est la recherche de solutions thérapeutiques. Le Brésil et Cuba, feront dans cette partie du monde l'objet de notre attention. Le Brésil est un des précurseurs dans le secteur du tourisme médical. Quant à Cuba, au-delà de l'image d'Epinal sur les situations d'extrême pauvreté que l'on peut rencontrer dans ce pays, l'existence sur la grande île de l'activité médico-touristique est un réel motif de curiosité. Cette île a accueilli environ 20.000 touristes médicaux notamment en 2006. Cependant une

⁴⁸⁷Jérôme Mageiste, op.cit., 2010 P188

question apparaît dans le contexte de Cuba. Comment a émergé dans cette île pauvre, et sous embargo depuis de longues années, une activité qui consacre les plus hautes technologies médicales ? L'exemple Cubain, atteste de la possibilité d'une diversité de modèles sur ce segment, et vient relativiser l'idée générale faisant de l'activité médico-touristique, une affaire de pays émergents. Par le biais des cas du Canada et des Etats-Unis, nous allons analyser la problématique de l'accueil des patients non-résidents en Amérique du nord. Certes les USA et le Canada sont reconnus pour être des pays dont sont originaires une part importante de la patientèle étrangère. A ce propos rappelons le chiffre de 1,6 millions comme estimations du flux de patients américains en dehors de leur pays en 2012. Cependant ces deux derniers pays accueillent aussi leurs parts de la patientèle internationale. En Afrique et singulièrement, dans le Maghreb, le Maroc et la Tunisie sont reconnus mondialement comme des destinations de soins. La Tunisie, nous servira à enraciner notre thématique dans cette région du monde. Les exemples sur ces pays (Maroc, Tunisie) sont déjà présents dans notre réflexion. Cependant ces deux destinations, outre le fait d'appartenir à la même zone géographique, présentent des différences sur leurs activités de prise en charge de la patientèle étrangère. Il s'agira de dire ici, de quelle manière la Tunisie se distingue de son voisin marocain pour l'organisation de son activité médico-touristique. L'Europe aussi participe à ce vaste mouvement mondial. Cependant sur le territoire européen, il convient de distinguer les pays de l'Europe de l'Est de ceux de l'Europe de l'Ouest. En Europe de l'Est, la Hongrie avec la dentisterie, et la République Tchèque, premières destinations du tourisme esthétique dans le monde germanophone, appartiennent au cercle est-européen, des pays recevant une patientèle originaire de l'étranger. Enfin nous terminerons par l'Europe de l'Ouest, avec l'Allemagne et l'Espagne. De nombreux patients suisses et des pays du golf se rendent en Allemagne pour des bilans de santé, de la chirurgie esthétique, des soins antiâge, des opérations de la hanche. Tandis qu'au Sud de l'Europe, l'Espagne passe pour le laboratoire dédié à la procréation médicalement assistée. Ainsi se présente dans les grandes lignes, l'objet de la prochaine étape de notre réflexion, consacrée aux principales destinations du segment médico-touristique dans une analyse qui s'effectuera par continent.

- Les destinations de l'Asie dans le panorama du tourisme médical
 - L'Inde et son activité médico touristique

En Asie, la Thaïlande première destination au monde en matière d'accueil de patients étrangers, doit faire face à la concurrence de deux pays, l'Inde et Singapour, classés respectivement deuxième et troisième dans le domaine du tourisme médical en 2013. Les chiffres indiens sur le segment médico-touristique, en termes de fréquentation et de gains financiers sont à la hausse. En 2012 les transactions monétaires liées au tourisme médical représentaient environ 2,3 milliards de dollars. En 2014, 700.000 étrangers se sont rendus en Inde dans le cadre de déplacements à but thérapeutique⁴⁸⁸. Quant à Singapour, la Cité-Etat a reçu 410.000 personnes venues se faire soigner⁴⁸⁹. Les performances de ces deux pays, justifient leur présence à ce niveau de notre réflexion, pour comprendre cette activité en Asie. L'appartenance à la même sphère continentale, résulte en une similarité sur certains points économiques. En matière d'implantation des entreprises, c'est une région à fort potentiel de délocalisation. Cependant pour des raisons de niveau social, les systèmes de santé deviennent différents. L'un et l'autre de ces pays ont développé des systèmes de soins particuliers, qui cependant aboutissent en un résultat unique, l'essor de l'activité médico-touristique.

En Inde, la qualité des soins est le résultat d'un système de soins bâti sur la prépondérance du secteur hospitalier privé. Cette réalité indienne, que renforce l'absence de mécanisme universel de prise en charge de la maladie, conduit à une difficulté d'accès aux soins pour les populations autochtones les plus vulnérables. Enfin l'Inde se présente du point de vue du prix des soins comme une destination meilleur marché. En comparaison, Singapour est réputée mondialement pour la qualité de son système de soins, et de son mécanisme de prise en charge du risque maladie et vieillesse. Les prix qui y sont pratiqués sont plus compétitifs en comparaison de l'Angleterre et des USA. Cependant ils restent bien plus élevés qu'en Inde. (*cf. tableau P142*)⁴⁹⁰. Cette différence tarifaire influence l'image de ces destinations. L'Inde qui jouit d'un statut de destination plus populaire, offre cependant moins de garanties dans le domaine de la sécurité sanitaire. Les reproches portent aussi sur le manque de professionnalisme de nombreux intermédiaires. A contrario, Singapour se

⁴⁸⁸Valérie Kowal «Inde Bienvenue au pays du tourisme médical » [2014] www.geopolis.francetvinfo.fr [consulté le 17 juillet 2016]

⁴⁸⁹Yvon Moysan : « Le système de santé Singapourien : un modèle public-privé unique » Les cahiers Hospitaliers, N° 278 Mai 2011 P12

⁴⁹⁰ Aïssa Khelifa «Mondialisation des soins et tourisme », Etude pour l'Institut Montparnasse 2013 P36

distingue par la haute qualité des soins qui y sont prodigués. Nonobstant ces faits, des milliers de patients étrangers se dirigent vers l'une et l'autre de ces destinations chaque année. Voyons à présent les expériences indienne et singapourienne sur le segment médico-touristique, non sans terminer notre analyse de la destination asiatique en abordant brièvement les cas de la Chine et de la Corée en Extrême-Orient, et la situation d'Israël et de la Jordanie au Moyen-Orient.

L'observation du système de santé en Inde montre une prééminence des soins privés. L'objectif de cette politique initiée par les autorités, était de faire du secteur privé des soins, la tête de pont dans la diffusion des bonnes pratiques. Celles-ci devaient progressivement s'étendre à tous les centres de soins, et toucher dans une trajectoire verticale les populations les plus vulnérables. Depuis les années 1970, le segment des cliniques privées a connu un véritable essor⁴⁹¹. Ce qui a fait de l'Inde un pionnier dans le domaine des mobilités internationales à but sanitaire. Avec le temps ce pays a fait du tourisme médical un véritable segment de son économie. Dans l'inventaire des spécialités proposées par l'Inde on retrouve : les greffes d'organes, notamment de reins, la chirurgie cardiaque, l'ophtalmologie, les prothèses de hanches, les soins orthopédiques, la chirurgie plastique. Pour les interventions du cœur, l'Inde propose des opérations dont le prix varie entre 6500 à 10.000 dollars, alors que ces mêmes interventions valent 100.000 dollars aux USA. La dernière spécialité à rajouter à cette longue liste est la procréation médicalement assistée. En effet dans ce domaine, l'Inde offre une législation plus favorable en comparaison de la France et des USA, et propose ce type de prestation à des prix intéressants. Les prix d'accession à la GPA se situent dans une fourchette de 30.000 à 40.000€, sans les frais de déplacement. Dans ces conditions l'Inde est pour les américains une destination de prédilection pour ce type de services. ⁴⁹² En outre, en tant que premier producteur mondial de médicaments génériques, l'Inde par le biais du tourisme pharmaceutique a ajouté une nouvelle corde à son arc au niveau médico-touristique. De nombreux patients se rendent en Inde pour le traitement contre l'hépatite C, qui a été abordée dans la mondialisation de la santé sous l'aspect du tourisme pharmaceutique. Le Solvadi, nous l'avons mentionné, est vendu dans sa version générique à de meilleures conditions tarifaires (*cf. P99*).

En Inde comme dans la plupart des pays qui ont réussi sur le segment du tourisme hospitalier, c'est dans les grandes agglomérations que s'installent les ensembles médico-touristiques. Ainsi, c'est à Bombay, New Delhi, Chennai, Bangalore que sont installées les

⁴⁹¹ Bertrand Lefebvre « L'internationalisation des groupes Hospitaliers Privés Asiatiques » in Sabine Duhamel, François Moullé (dir.), op.cit 2010 P169

⁴⁹² Virginie Rozée « La gestation pour autrui en Inde » Population et Société N°537 Octobre 2016

principales structures privées de soins. La réputation de ces villes s'étend en dehors des frontières du pays dans le domaine de l'accueil des patients étrangers. Les hôpitaux indiens sont ouverts aux patients non résidents issus à plus de 80% des pays pauvres. Les pays voisins sont ceux qui historiquement fournissent les contingents de la patientèle étrangère en Inde. Ce pays est la destination de mobilités transfrontalières thérapeutiques en provenance du Népal, du Bangladesh (50.000 malades pour ces deux pays) et du Moyen-Orient.⁴⁹³ A cette première catégorie de patients, se rajoutent depuis une vingtaine d'année des personnes originaires d'autres territoires de la planète. Ainsi l'Inde accueille une patientèle qui vient des Etats-Unis, du Canada, des ex-Républiques de l'Union soviétique, d'Afrique, du Royaume Uni, etc⁴⁹⁴. Et contrairement à une certaine idée reçue, les patients occidentaux ne représentent que moins de 15% de la patientèle internationale en Inde⁴⁹⁵.

Le groupe hospitalier privé de référence en Inde est le groupe Appolo. Cet ensemble qui compte environ soixante hôpitaux a réussi un véritable maillage du territoire national. Son offre de soins est très variée et se décline en trois branches : les centres de soins de premier niveau (*Appolo clinics*), les hôpitaux de proximité, (*Reach Hospitals*), et le reste de leur activité dévolue aux cliniques ordinaires. Dans ces derniers établissements, les activités de soins et de chirurgie sont plus importantes que dans les deux premières catégories d'établissements⁴⁹⁶. Ce dernier type de cliniques est le maillon essentiel dans la stratégie.

Dans l'activité dédiée aux patients non-résidents par le groupe Appolo, 70.000 patients étrangers sont chaque année accueillis dans les différentes cliniques, ce qui représente environ 35% de sa clientèle. En plus des services de soins, un service de traduction est proposé aux patients si besoin. Dans l'agglomération de Bombay, le groupe du *Lilavati Hospital* est aussi très actif, 10% de ses malades proviennent de l'étranger.

Le premier avantage de l'Inde dans le tourisme médical est la compétitivité des prix. L'écart des prix pratiqués entre l'Inde et les autres destinations du tourisme médical varie de 65 à 90%. La République de l'Inde, sur le plan tarifaire, est l'une des destinations les plus attractives au monde. Autre point utile, le savoir-faire de ses médecins formés pour la plupart dans les universités britanniques et américaines. L'Inde compte au sein de ces médecins de

⁴⁹³ « Tourisme médical : Profil des patients migrants » www.geram862.mywhc consulté le 17/09/2016

⁴⁹⁴ Jérôme Mageiste « Les Séjours Medico-touristiques » P188 (2010).

⁴⁹⁵ Marjorie Cessac : « En Inde, l'explosion du tourisme médical » [2016] www.lesechos.fr [consulté le 17 mai 2017]

⁴⁹⁶ Gilles Duluc, Maïlys Mouginot, Erwann Paul, Thais Ringot « Offrir des soins de qualité à 1,2 milliards de personnes les défis du système de santé indien » in *Gestion Hospitalières* mai –juin 2015 P69

nombreuses personnes issues de la diaspora, qui reviennent pour faire valoir leurs compétences dans leur pays d'origine. Le retour des médecins issus de la diaspora rejoint la méthode commune appliquée par la majorité des pays spécialisés dans le tourisme médical. Cette recette permet d'avoir des soins de qualité à des prix raisonnables, grâce au savoir-faire de ces professionnels, moins rémunérés que dans leurs anciennes fonctions en Angleterre ou aux USA.

Nous avons tout au long de cette réflexion, souligner l'importance du lien entre assurance maladie universelle, tourisme classique et tourisme médical. Cependant le modèle indien face à ces exigences, qui soutiennent l'essor d'une activité médico-touristique, fait figure d'exception. En effet en Inde, le système d'assurance maladie est très peu développé. En dépit des nombreux efforts faits depuis les années d'indépendances (1947) pour relever le niveau de la santé du plus grand nombre, seulement 3,7% du PIB national sont utilisés pour ce secteur vital, et 1,2% du PIB pour les dépenses dans le secteur publique⁴⁹⁷. La faiblesse des ressources nationales consacrées au domaine de la santé, se traduit par l'absence d'un système universel d'assurance maladie probant. Pour palier ce manque, des initiatives ont été prises pour la couverture santé des plus pauvres. L'une des plus marquantes date de 2008. Cette année, fut le début de la création d'un mécanisme d'assurance maladie, en hindi : « *Rastriya Swasthya Bima Yojna* », qui se traduit en anglais par « *National Insurance Health Programme* », à destination des travailleurs du secteur informel et des plus pauvres. Au total, il y a 36 millions de personnes couvertes par cette assurance pour une population de 1,300 millions d'habitants⁴⁹⁸. Cette situation qui concourt à la persistance des inégalités dans l'accès aux soins, est source de malaise, face à la prise en charge sur le territoire national de patients venus de l'étranger.

L'originalité de la méthode indienne, pour créer les conditions d'émergence d'une activité consacrée à l'accueil des patients non-résidents, découle d'une stratégie qui se décline en trois points saillants : le développement d'un secteur privé de la santé par le biais des cliniques, un management des ressources humaines en santé qui s'appuie sur la formation des étudiants, et également la création de conditions qui motivent le retour des professionnels de santé de la diaspora.

⁴⁹⁷ Gilles Duluc, Mailys Mougnot, Erwann Paul, Thaïs Ringot » « Offrir des soins de qualité à 1,2 milliards de personnes les défis du système de santé indien » in *Gestion Hospitalières* mai –juin 2015 P65

⁴⁹⁸ « Couverture santé Universelle ; pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés pour compte des régimes d'assurance maladie » [mis en ligne octobre 2013] www.oxfam.org [consulté le 16 novembre 2016] P18.

Sur le modèle des groupes hospitaliers américains qui, en premier ont mis en œuvre l'idée d'une réalisation de bénéfices grâce aux activités de soins, des établissements thaïlandais, indiens, et singapouriens ont décidé d'investir le créneau de l'hospitalisation privée. Aujourd'hui, le secteur des soins privés, concentre 93% de l'offre médicale indienne. La formule utilisée pour renforcer ce secteur privé, est la mise en place de partenariats entre le gouvernement et des partenaires privés⁴⁹⁹. Pour conséquence directe de cette première réalité, la plupart des professionnels de santé à la sortie de leur cursus, sont employés à plus de 80% par des hôpitaux privés⁵⁰⁰. Nous sommes très proches du modèle étasunien du système de santé en Inde, du fait de l'importance des acteurs privés. Cependant il consacre de l'autre côté des inégalités dans l'accès aux soins. Ainsi en Inde, le secteur privé reçoit 77% des dépenses en santé et est devenu un véritable créneau économique. Aujourd'hui le secteur privé des soins fonctionne avec une patientèle composée pour 20% de patients venus de l'étranger.⁵⁰¹L'accent dans ces structures de soins est mis autant sur les équipements que sur les services hôteliers.

Pour favoriser le tourisme médical dont le développement cache aussi des enjeux locaux, en termes d'amélioration de la prise en charge des autochtones, certains gouvernements de provinces ont pris des décisions. Il s'agit de mettre à disposition des groupes hospitaliers privés des terrains constructibles. En échange de ces avantages, les malades fréquentant ces cliniques devront être composés pour 20% de patients issus des couches défavorisées de la population vivant dans ces provinces. Le reste des 80% de patientèle étant composé de malades capables d'assurer eux-mêmes leurs frais de santé.

Autre mesure non moins importante, la collaboration entre les acteurs privés et des hôpitaux publics. Figurent ainsi dans le cadre cette collaboration, les partenariats entre les acteurs privés locaux, et des institutions hospitalières étrangères, notamment les hôpitaux publics britanniques. Cela a été mentionné précédemment(*CfP182*). Ce type de mécanismes est un partenariat gagnant-gagnant. Au système de santé britannique en crise qui doit faire face à l'augmentation des coûts, et à la raréfaction des spécialistes, cela permet d'alléger les coûts et de réduire la longueur des listes d'attentes. A l'économie sanitaire de l'Inde et singulièrement au segment de l'hospitalisation privée, ce genre de partenariat permet de

⁴⁹⁹ Dr Patrick A. Bouvier « Explosion du tourisme médical : des voyageurs d'un nouveau Type » Revue Médicale suisse 14 mai 2008 P199

⁵⁰⁰ Gilles Duluc, Maïlys Mougnot, Erwann Paul, Thaïs Ringot » « Offrir des soins de qualité à 1,2 milliards de personnes les défis du système de santé indien » in Gestion Hospitalières mai –juin 2015 P66

⁵⁰¹ Marjorie Cessac : « En Inde, l'explosion du tourisme médical » [2016] www.lesechos.fr [consulté le 17 mai 2017]

donner des gages de qualité de l'activité de ses hôpitaux. Ces mécanismes d'accréditation rassurent la patientèle étrangère sur les pratiques en cours dans ces établissements.

En outre un travail est aussi réalisé sur le volet de la communication par ces cliniques. Des actions de publicité sont entreprises en direction des pays du Golfe et des USA. Ces démarches mutuelles ou individuelles ont pour but la promotion de la destination et des établissements spécifiques, sur le marché de l'offre sanitaire internationale. Cependant, l'Inde doit entreprendre de nombreux efforts afin de rendre le secteur du tourisme médical plus efficace. Cela commence par faciliter l'obtention des visas sanitaires à l'exemple, de la Thaïlande, de Singapour ou de la Malaisie, qui se passent de cette formalité administrative. Enfin ce pays a décidé d'un renforcement de sa coopération avec les pays d'Afrique subsaharienne. Cette collaboration qui s'appuie sur les consultations à distance par le biais de la télémédecine, est un moyen de renforcer les liens avec ces pays africains. Une part croissante de malades africains arrive en Inde. D'ailleurs, c'est dans sa relation avec l'Afrique qu'on note les premières insuffisances qui peuvent ternir l'image de la destination indienne. En effet, des cas d'escroqueries ont été signalés dans l'activité des intermédiaires pour les patients en provenance d'Afrique, singulièrement de la RDC. Une cinquantaine de cas d'abus de confiance ayant pour victimes des malades en provenance du Congo Kinshasa par leurs propres concitoyens, ont été révélés en 2011. Ces intermédiaires, dont la rémunération varie autour de 20% des frais d'hospitalisations, n'hésitent pas à faire gonfler la note pour accroître leur marge. Il arrive parfois qu'ils disparaissent dans la nature après avoir empoché l'argent des malades, abandonnant ces derniers à leur triste sort. Cette situation nuit à l'image de l'Inde⁵⁰². Cela révèle un manque d'encadrement de la part des autorités indiennes, pour les activités d'entreprises ou de particuliers qui servent d'interface entre les malades et les cliniques. Là aussi se pose la question des recours juridiques en cas de problème.

Autre lacune à signaler sur le segment médico-touristique en Inde, c'est la recrudescence des infections nosocomiales chez de nombreux malades de retour d'un séjour dans certaines cliniques de ce pays. Ces infections sont dues à de nouvelles bactéries résistantes aux antibiotiques ordinaires⁵⁰³. On trouve sur le marché des soins en Inde des médecins qui opèrent dans la clandestinité. C'est sans doute une première explication de l'émergence des

⁵⁰²Sébastien Farcis « Tourisme médical en Inde : Des congolaises victimes de leurs compatriotes » [2014] www.rfi.fr [consulté le 30/05/2017]

⁵⁰³ Samuel Ziza : « Le tourisme médical en Inde se porte bien » [2010] www.lefigaro.fr consulté en date du 20 mai 2017

infections nosocomiales. Il importe donc de prendre des décisions pour réduire les risques liés au séjour en clinique.

La médecine en Inde est à double vitesse. La prépondérance du secteur privé s'oppose à un secteur public toujours sous-doté tant au niveau des équipements que du personnel. Pour remédier à cela, l'existence d'une assurance maladie universelle doit permettre de rehausser le niveau de prise en charge des populations autochtones, pour mettre fin à la discrimination par l'argent. C'est une condition essentielle pour réduire les disparités dans l'accès aux soins, dont le tourisme médical, est en Inde une des formes d'expression.

- L'activité du tourisme médical à Singapour

Le choix de cette île de l'Asie du Sud-Est, provient de son statut de ville phare en matière de tourisme médical, qui résulte de la combinaison de ses succès économiques et de l'efficacité de son système de santé. Le tourisme médical est un axe de diversification de l'économie de Singapour. Cette économie, aux premières heures de l'autonomie du pays, s'est développée avec les activités portuaires, la haute technologie et les services⁵⁰⁴. Dans le domaine des services, le tourisme à Singapour occupe une place importante. L'insularité procure à Singapour un atout essentiel utile au tourisme, la douceur de vivre et un sentiment de sécurité. Sa position de carrefour international en fait un lieu où se rencontre plusieurs cultures (*Chinoise, malaise, occidentale pour son statut d'ancienne colonie britannique*). Poursuivant avec les atouts touristiques, Singapour avec sa célèbre compagnie, « Singapour Airlines », dispose de la deuxième meilleure flotte au monde avec 105 appareils en 2014. Sur l'île, les aménagements touristiques n'ont pas été négligés. On y trouve de nombreuses marinas, des parcs protégés, des zoos, des terrains de golf, des casinos, des bâtiments à l'architecture futuriste. En 2012, 14,5 millions de touristes ont visité la Cité-État, pour des bénéfices financiers qui se situent entre 23 et 24 milliards de dollars⁵⁰⁵.

Sur le plan de la santé, Singapour est classée sixième au niveau mondial, pour la qualité de son système sanitaire. Les indicateurs de santé de l'île sont parmi les meilleurs de la planète. En effet, le taux de mortalité à la naissance était en 2007 de 2,3 pour 1000, et l'espérance de vie a cru de 18 ans entre 1960 et 2007⁵⁰⁶. Ce pays a une espérance de vie égale

⁵⁰⁴ Raymond Blanadet « L'Asie du Sud-Est, nouvelle puissance économique » 1992 P306

⁵⁰⁵ « Toujours plus de touristes à Singapour » www.paris-singapour.com [2012] consulté le 08/06/2017

⁵⁰⁶ Yvon Moysan : « Le système de santé Singapourien : un modèle public-privé unique » Les cahiers Hospitaliers, N° 278 Mai 2011 P10

à celle de la Suisse, environ 81 ans⁵⁰⁷. On qualifie d'ailleurs la destination singapourienne de Suisse d'Asie. Ces performances au niveau sanitaire résultent d'une politique économique initiée depuis les années 1960 au moment où l'île a acquis son autonomie. Ces performances ont été réalisées sous l'autorité de l'autocratique premier Ministre Lee-Kuan Yew qui a dirigé cette ville-Etat de 1959 à 1990. La politique initiée par Lee- Kuan Yew, a été de développer l'économie, en s'appuyant sur les activités maritimes, la haute technologie et le tourisme. Cette croissance économique, a été accompagnée d'une politique volontariste d'amélioration de l'habitat, de la fourniture en eau potable pour les habitants. Ces progrès sociaux se sont aussi accompagnés d'une hausse du niveau générale de l'éducation. L'hygiène générale de la population s'en est trouvée améliorée, ce qui résulte en un accroissement général du niveau de la prise en charge.

Concernant le système sanitaire stricto *sensu*, l'Etat singapourien a mis en place un système d'assurance maladie universel qu'il gère directement. Le fonctionnement de ce mécanisme d'assurance est original par son double caractère, collectif et individualisé. Ce mécanisme dénommé *Medisave* couvre la quasi-totalité de la population, soit environ 85% des habitants. C'est le mécanisme d'assurance de base. C'est un compte personnel alimenté par des prélèvements sociaux pour chaque personne en situation d'activité professionnelle. L'Etat prélève entre 6,5 et 9% du salaire. Les sommes perçues servent aux frais de santé de l'assuré, (opérations, séjours hospitaliers), ainsi que pour les ayants-droits de l'assuré, (enfants épouse, et ascendants). Les fonds perçus sont un capital pour l'assuré, dont pourront hériter ses ayants-droits. Un premier élément se dégage de cette approche des mécanismes d'assurance santé, c'est celui de la responsabilisation des individus. Il est reconnu que la santé est aussi une affaire de comportement individuel. Et à Singapour, toute habitude susceptible d'altérer la santé est à éviter, puisque le fait de tomber malade entraîne des frais pour lesquelles l'Etat puise dans le capital financier, dont l'assuré est propriétaire. En complément de ce mécanisme primaire d'assurance maladie, il existe des assurances complémentaires facultatives pour faire face à des risques sanitaires particuliers. Instaurée en 1990, l'assurance santé complémentaire « *Medishield* » existe pour les cas de maladies graves, et pour les affections de longue durée. Ce système permet de plafonner la participation du patient à ses frais de soins à 20% du prix total des prestations médicales. L'Etat singapourien finance aussi la santé des personnes les plus pauvres ne pouvant être affiliées au mécanisme *Medisave* et « *Medishield* », par l'intermédiaire d'un autre mécanisme appelé « *Medifund* ».

⁵⁰⁷ Emmanuel Garessus « Notre système de santé doit prendre exemple sur Singapour » [2013] www.letemps.ch [consulté le 07/06/2017]

A la différence de l'Inde, l'Etat singapourien joue un rôle central dans la conduite de la politique de santé. Au-delà de la gestion et de la régulation du système général de santé, il est le principal investisseur dans la construction des hôpitaux. Le pays compte ainsi une trentaine d'établissements de soins, dont la moitié est constituée d'hôpitaux et de centres publics. Les structures publiques concentrent environ 20% de l'activité médicale la plus lourde, interventions chirurgicales, hospitalisations. Or le secteur privé n'accueille que 20% de l'activité médicale qui se compose principalement des soins en ambulatoire. L'excellence de la pratique médicale à Singapour, s'explique par la technologie médicale utilisée pour les interventions, mais aussi dans le savoir-faire des praticiens. La majorité des hôpitaux à Singapour font l'objet d'une accréditation auprès des principaux organismes qui gère ce type de mécanismes, l'américain *Joint commission on Accreditation of Healthcare organisation*, et le britannique OHSAS (*Occupation health & Safety advisory services*). Il va s'en dire que la présence de ces signaux de qualité attirent les patients, originaires des pays créateurs de ces labels, les USA, l'Australie, la Grande Bretagne⁵⁰⁸. Les patients issus des pays occidentaux, trouvent à Singapour une destination médicale de choix qui réussit à combiner la qualité des soins à des coûts intéressants. Cependant, ce sont les mobilités thérapeutiques transfrontalières qui alimentent en majorité la patientèle étrangère singapourienne. L'existence d'accords de coopération sanitaires bilatéraux avec l'Indonésie, la Chine, la Malaisie, et certains pays du Moyen-Orient (Emirats), est à l'origine de l'arrivée de nombreux patients en provenance de ces pays. Au total la cité-Etat reçoit des patients en provenance d'une soixantaine de pays dans le monde.

Le tourisme médical à Singapour a été véritablement lancé en 2003, avec la création de la structure « *Singapour Medecine* » chargée de la promotion de ce nouvel axe économique. Les enjeux de la pratique médico-touristique à Singapour sont divers. Ils sont autant économiques, que médicaux. Cette activité contribue à freiner l'émigration des personnels de santé originaires de cette île. Au niveau purement médical, Singapour est une plaque tournante internationale pour certaines affections dont des maladies rares. D'autres spécialités comme les greffes de reins, de foie, des soins contre la leucémie, ont été développées et constituent une source d'arrivée d'une patientèle étrangère, dont le nombre ne cesse de croître.

Sur ce fait, les perspectives du tourisme médical à Singapour s'annoncent intéressantes. En effet le gouvernement prévoit un plan d'investissement de 974 millions de dollars pour la

⁵⁰⁸ Arlette Chabrol : « Journal Médecins » 8 Novembre 2009 » P11

construction d'hôpitaux et l'investissement dans la recherche médicale. Cela devrait contribuer à renforcer cet axe. Cependant il convient de ne pas omettre, au-delà des bénéfices générés par le segment médico-touristique à Singapour, le renchérissement des soins pour les patients les plus pauvres de l'île. D'autres pays d'Asie participent au mouvement médico-touristique, la Chine et la Corée du Sud, le Japon. Au Moyen-Orient nous avons Israël et la Jordanie. Nous allons explorer brièvement le tourisme médical, en Asie, par le biais de ces destinations dans notre prochain propos.

- Le tourisme médical en Corée du Sud

La Corée du Sud est une des destinations médico-touristique les plus en vogue en Asie. En effet les chiffres de la fréquentation médico-touristique dans ce pays sont passés de 40.000 en 2009 à 170.000 en 2013. Le tourisme médical en Corée s'appuie sur un tourisme classique, qui a pris son essor avec l'organisation de la coupe du monde de football, réalisée en collaboration avec le Japon en 2002.⁵⁰⁹ L'arrivée des touristes tous segments confondus, se chiffre à 11 millions en 2012 en République de Corée du Sud. L'émergence d'un segment médico-touristique, a entraîné des retombées économiques qui ont été multipliées par 10, atteignant ainsi près de 270 millions d'euros. Un touriste hospitalier dépense en moyenne 1500€⁵¹⁰. Ce segment est pour toute l'économie coréenne un levier de croissance. Comme dans la majorité des destinations médico-touristiques, la Corée applique aussi la stratégie de la spécialisation. Au classement des domaines médicaux qui attirent la clientèle internationale, on retrouve la médecine interne qui est à l'origine de 20% des arrivées⁵¹¹. En effet, les méthodes développées en matière de médecine interne, consacrent une prise en charge des patients dans leur globalité. Ce qui est frappant dans l'analyse des pratiques sollicitées dans la production des soins en Corée, c'est l'application de méthodes syncrétiques. La production des soins est réalisée dans un mélange de médecine traditionnelle à base d'acupuncture se servant de stimulateurs électriques, et de biomédecine.⁵¹² Les patients traités par ce procédé, souffrent généralement de maladies

⁵⁰⁹ « L'économie du tourisme Coréen » www.francemondeexpress.fr

⁵¹⁰ Sébastien Cossenet, Olivier Lacoste : « Les perspectives du tourisme médical en France » www.veilleinfotourisme.fr [2015] [consulté le 16/06/2017] P5

⁵¹¹ Partie de la médecine, se consacrant aux adultes souffrant de maux difficiles à diagnostiquer et qui font appel à des soins spéciaux.

⁵¹² Monica Pinna : « la Corée du sud investi dans le tourisme médical » [2012] www.fr.euronews.com [consulté le 14/12/2016]

chroniques, et présentent un état de polyopathie. Ensuite viennent la chirurgie esthétique, la gynécologie, la dermatologie. En chirurgie esthétique, on pratique en Corée la lipoaspiration et la rhinoplastie. Mais c'est surtout le débridage des yeux qui attire la patientèle chinoise et fait la renommée de la Corée. Hormis les chinois, la Corée reçoit des patients originaires du Japon, de la Mongolie ainsi que de nombreux Russes⁵¹³. On croise aussi de nombreux occidentaux, expatriés pour la plupart, qui vivent dans les régions voisines. Comme ailleurs dans les stratégies pour l'essor du segment médico-touristique, la force de la Corée repose sur des infrastructures hospitalières de qualité, mais aussi sur le savoir-faire d'un personnel bien formé. L'action des gouvernants donne aussi une impulsion pour l'émergence du secteur médico-touristique. Cette volonté politique se traduit par une modification de la réglementation qui permet désormais aux hôpitaux de créer des forfaits hospitaliers compris entre 4500 et 11.000€⁵¹⁴. A l'ère des nouvelles technologies, une plateforme numérique a également été mise en place par le gouvernement pour guider les touristes hospitaliers durant leurs séjours. Cependant des critiques peuvent être émises à l'encontre de la destination Corée. En effet, s'applique dans ce pays une discrimination dans les tarifs. Les prestations de soins à l'endroit des étrangers sont offertes à des prix de 30% à 40% plus cher qu'aux résidents. Cet état de fait est un facteur ralentissant les flux de patients vers la Corée du Sud. Nonobstant ces critiques, les perspectives médico-touristiques s'annoncent intéressantes. L'objectif d'atteindre 1 million de touristes médicaux d'ici 2020 a été fixé par les autorités.

- Le tourisme médical en Chine

En Chine, l'analyse du phénomène du tourisme médical requiert une observation des conditions globales du système de santé dans l'Empire du Milieu. La santé en Chine est organisée en fonction d'un découpage calqué sur celui de l'administration, fortement hiérarchisée et surtout décentralisée. Les règles en matière d'accès à la protection sociale, donc à une assurance santé, se déclinent selon chaque échelle de l'administration. Il en résulte une infinité de conditions qui complexifient l'affiliation à une assurance santé au plus grand nombre. La couverture assurantielle des populations reste aussi encore très faible, du fait de sa fragmentation entre de multiples compagnies d'assurance. Cela tient aux

⁵¹³Florencia Valdès Andin : « La Corée du Sud se met au tourisme médical [2012] www.geopolis.francetvinfo.fr [consulté le 15/12/2016]

⁵¹⁴ « Le Tourisme médical en vogue en Corée du Sud » www.leventdechine.com [2014] [Consulté le 13/12/2016]

mécanismes d'adhésion à une mutuelle d'assurance, qui s'opère en fonction du territoire d'origine de l'individu et non en fonction du lieu de vie et d'activité de ce dernier. Dans les grandes villes, de nombreuses populations issues des autres contrées du pays et des campagnes ne bénéficient pas d'une assurance santé. Pour les populations couvertes, le ticket modérateur, c'est-à-dire le reste à la charge du patient, peut aller jusqu'à 40% du coût des soins⁵¹⁵.

L'organisation des structures de soins se réalise aussi sur le modèle du découpage administratif mentionné précédemment. A ce niveau, le secteur public joue les premiers rôles. Cependant en termes de qualité et d'équipement, l'offre publique de soins présente de nombreuses insuffisances. C'est pour corriger ces lacunes que le gouvernement de Pékin a lancé un projet de réformes, pour garantir à chaque habitant une protection sociale basique en 2020⁵¹⁶. Les autorités gouvernementales ont entrepris depuis les années 80, une ouverture du marché de la santé à des acteurs privés. Les résultats en termes d'amélioration de la qualité des soins ont été enregistrés. Mais l'environnement de la protection sociale, induit un manque de vitalité de l'économie de la santé dans l'Empire du Milieu. Ces éléments convergent dans cette analyse vers un sous-développement du secteur médico-touristique, en comparaison de la Corée ou du Japon. Le sous-financement du secteur de la santé, la rareté et la cherté des soins de qualité, poussent de nombreux chinois qui en ont les moyens, à choisir l'option des soins délocalisés. Ainsi les chinois voyagent beaucoup pour des traitements en oncologie, pour les bilans approfondis de santé, pour la chirurgie cardiaque et pour les greffes rénales. Les soins de confort, la Chirurgie esthétique, le débridage des yeux, la rhinoplastie, sont aussi très recherchés. Les soins esthétiques menés à l'étranger, posent parfois des problèmes d'identité lors du retour au pays, tant l'apparence physique des patients peut être modifiée. Les destinations les plus prisées par les chinois dans ce domaine, sont la Thaïlande, Singapour, le Japon, la Malaisie, et Hong Kong.

Cependant l'empire du Milieu possède aussi une activité d'accueil des patients étrangers. Dans la pratique, il fait valoir son savoir-faire pour une gamme variée de spécialités, dont la plus marquante reste sa médecine traditionnelle à base d'acupuncture. En Chine, les patients viennent pour le traitement des pathologies cardiaques, osseuses, et principalement les affections du dos. En outre l'empire du Milieu attire de nombreux patients qui viennent profiter des technologies médicales issues des recherches sur les cellules souches, qui sont encore au stade des essais dans de nombreux pays occidentaux. Les

⁵¹⁵Carine Milcent : Les systèmes de santé en Chine : Hong Kong, une exception ou un exemple » [2015] www.latribune.fr [consulté le 20/12/2016]

⁵¹⁶ «Protection sociale : la chine se refait une santé » [2008] [www.alternatives-economiques.fr] consulté le 26/12/2016

agglomérations de Pékin et de Shanghai font parti des places fortes en matière d'accueil de la patientèle étrangère dans ce pays.

En Chine l'activité de tourisme médical se déroule aussi sur l'île de Hainan. En effet depuis 1987, date à laquelle Hainan s'est séparée au niveau administratif de Canton, elle a d'abord investi dans le développement du tourisme classique. L'insularité confère à cette région de la Chine des conditions climatiques agréables. Cette qualité du climat attire les grandes fortunes chinoises en villégiature. A partir du créneau du tourisme de luxe, Hainan a développé un événementiel de prestige, dont le meeting annuel des milliardaires, et des événements d'envergure mondiale comme l'élection de Miss univers. Deux éditions de ce concours de beauté planétaires, en 2012 et 2015 ont eu lieu à Sanya, la principale île de la province. Hainan a reçu en 2012, 33 millions de touristes.⁵¹⁷ A l'activité de tourisme et d'événementiel, s'est donc rajoutée celle de tourisme de santé avec l'essor des centres de remises en formes à l'image des centres de thalassothérapie euro-méditerranéens. Ces centres thérapeutiques dans la province de Hainan, allient médecine traditionnelle chinoise et pratiques biomédicales. Près de 30.000 patients originaires des pays occidentaux, constitués globalement d'expatriés, sont chaque année reçus dans les hôtels et les centres médicaux de l'île de Sanya, la principale île de la province d'Hainan⁵¹⁸. Dans cette province, les autorités ont lancé en 2013 un grand projet de création d'une zone de tourisme médical, d'un montant total de 100 milliards de yuans, soit 16 milliards d'euros⁵¹⁹. Un des établissements de référence dans ce projet est le complexe hôtelier « Le Mandarin oriental » bâti sur une superficie de 12 hectares. Cet hôtel propose des prestations pour la réflexologie, les soins de visages, des massages, mais aussi des soins à base de médecine traditionnelle chinoise. On trouve aussi dans la région d'autres établissements d'importance, par exemple, le centre de médecine chinoise d'Ishoutan spécialisé dans les traitements des affections de la colonne vertébrale, ou encore le médical center de « Yukan » dont les installations s'étendent sur une superficie de 100 hectares, et qui prodigue des soins à base de médecine traditionnelle chinoise.

Le développement du segment médico-touristique en Chine, commence avec la création des conditions pour l'efficacité globale du système de santé. Pour ce faire, il importe que la

⁵¹⁷ Grégory Perret « Hainan-excursion au-delà des idées reçues » [2011] www.lepetitjournal.com [consulté 27/11/2016]

⁵¹⁸ « Le tourisme médical, une tendance qui monte en Chine » www.marketing-chine.com [consulté le 12/12/2016]

⁵¹⁹ « Chine : projet de zone de tourisme médical au Hainan » [2013] www.french.peopledaily.com [consulté le 20/12/2016]

couverture santé de base par son caractère universel, soit une réalité pour les habitants. A cela s'ajoute l'ouverture du secteur de la santé aux entrepreneurs privés étrangers. D'autre part, il importe aussi d'initier des politiques pour l'accréditation internationale des établissements existants.

- L'activité médico-touristique au Japon

Situé à 3000 km de la Chine, et au large de la côte pacifique de l'Asie, le Japon est à la différence de son voisin chinois reconnu sur le plan international pour son activité d'accueil de la patientèle étrangère. En ce qui concerne le tourisme classique, le pays nippon a accueilli en 2012 8,37 millions de touristes. Des chiffres en hausse après une année 2011 en baisse de 62%, suite au Tsunami suivi de l'accident nucléaire de Fukushima. Cependant pour le tourisme médical, « l'Empire du Soleil Levant », était déjà reconnu comme une place forte. Les performances médico-touristiques du Japon sont à mettre en relation avec celles de son système de santé reconnu en 2000, comme le meilleur du monde, selon le classement de l'OMS. Un élément démographique qui confirme la qualité de la prise en charge médicale au Japon est la pyramide des âges. La population s'élève à 127 million d'habitants pour 11 millions de personnes de plus de 75 ans⁵²⁰. La population vit plus longtemps, car l'accès aux soins dans ce pays est relativement aisé, avec une prépondérance du secteur sanitaire privé. Près de 60% des praticiens sont employés par des structures privées. Les soins des japonais sont pris en charge à près de 70% par un système d'assurance maladie qui se compose de deux branches. Il y a déjà le « Shakai Hoken » qui assure tous les travailleurs exerçant dans une entreprise de plus de 5 salariés. La deuxième branche d'assurance maladie au Japon est le « Kokumin Kenko Hoken », pour lequel la principale condition d'adhésion est la résidence⁵²¹. Il est géré par les municipalités. Sur la base d'un système général de santé irrigué financièrement par ces deux mécanismes de protection sociale, la surproduction de soins au Japon attire de nombreux patients étrangers. Ainsi le segment médico-touristique a rapporté à « L'empire du Soleil Levant » près de 700 millions de dollars⁵²². Le Japon s'est spécialisé dans la détection des cancers, les pathologies neurologiques, et la chirurgie

⁵²⁰Kuzako Otani « Le Japon » [2010] www.cairn.info. [Consulté le 17/12/2017]

⁵²¹ « Le système de santé japonais » www.expatriation.com [2010] [consulté le 18 décembre 2016]

⁵²² « Le Japon ne veut pas perdre ces riches touristes médicaux chinois » www.lexpresse.fr [publié le 21/10/2012] [Consulté le 15/12/2016]

esthétique notamment avec les mammoplasties, et la chirurgie bariatrique. La patientèle étrangère au Japon est composée pour l'essentiel de chinois. Dans un contexte de tension politique avec ce voisin chinois, sur le sujet de la possession de l'archipel des Senkaku, les autorités japonaises, ont tenté en 2016, d'élaborer une stratégie pour le développement du secteur médico-touristique. Cette méthode contient trois points essentiels : la création d'un visa spécial, la formation de traducteurs, et la pacification des relations avec le voisin chinois, dont sont originaires 48% des patients étrangers.

- L'activité du tourisme médical dans le Moyen-Orient
- Le tourisme médical en Jordanie

Nous venons de voir les flux médico-touristiques en Asie, qui s'orientent en premier vers l'Asie du Sud Est, la Thaïlande, Singapour la Malaisie, l'Inde, Taïwan, etc... Cependant dans le Moyen Orient, certains pays s'illustrent aussi par leurs activités de soins délocalisés. Nous allons, dans cette partie de notre réflexion, observer le tourisme médical dans la zone moyen-orientale. Dans cette région du monde, la Jordanie et Israël se disputent la première place dans l'activité de prise en charge de la patientèle étrangère. La cité Etat de Dubaï s'est aussi inscrite sur la liste des pays visités pour des raisons thérapeutiques dans cette partie du monde.

La Jordanie et Israël au sein du Moyen Orient médico-touristique sont des places centrales. Cependant les performances du tourisme médical en Jordanie valident la hiérarchie qui va prévaloir dans la présente observation. La Jordanie, dans ce domaine est au Moyen-Orient le modèle de référence. L'économie des soins délocalisés est au royaume d'Abdallah II, un secteur important de l'économie. En effet le tourisme a rapporté en 2014, 4,4 milliards de dollars, ce qui représente 14% du PIB. En dépit de son voisinage avec la Syrie et l'Irak, dont il subit les effets collatéraux des conflits, qui se traduisent par une appréhension de la région de la part des visiteurs internationaux, le Royaume Hachémite a enregistré en 2014 près de 2,6 millions de touristes. Dans un monde arabe secoué par de multiples crises politiques, la Jordanie est un pôle de stabilité, où il est agréable de passer ses vacances. Les segments de l'offre touristique jordannienne sont variés. Ce pays propose aussi bien du tourisme balnéaire, historique, religieux et enfin médical. Le segment médico-touristique a permis à la Jordanie d'accueillir près de 250.000 malades originaires de 84 pays en 2013. Parmi ceux-ci, on dénombre 45.000 patients originaires d'Irak et 25.000 en provenance de la Palestine et des autres territoires du golf persique. On note dans une

moindre proportion, l'arrivée d'une patientèle originaire des USA, du Canada, et de la Grande Bretagne⁵²³. Les retombées économiques de cette activité avoisinaient en 2013, 1 milliard de dollars⁵²⁴. Ce pays figure au cinquième rang mondial, des destinations spécialisées dans l'offre de soins délocalisés.

L'amélioration globale du cadre de vie des habitants, et les investissements menés pour l'accès à l'eau potable pour près de 99% de la population, sont les éléments qui ont contribué aux performances sanitaires de ce pays. Ces premières mesures ont ensuite été renforcées dans les années 1995. C'est de cette époque que datent les premières actions en faveur d'un système de santé réellement performant. En effet ces premières décisions avaient pour objectif l'amélioration globale de l'offre de soins, et la satisfaction des besoins nationaux en produits pharmaceutiques. Résultat, la Jordanie dispose sur son territoire d'un secteur de l'industrie pharmaceutique très performant. Ce pays dispose également d'un système d'assurance santé qui couvre environ les 7/10ème d'une population de 6,4 millions d'habitants. En 2011 les autorités d'Amman portaient l'ambitieux projet d'arriver à couvrir 100% de la population. L'espérance de vie y tourne autour de 78 ans, l'une des plus élevées au monde. La Jordanie consacre 7,5% de son PIB au secteur la santé. Sur le plan de l'organisation sanitaire, l'activité est répartie entre les hôpitaux publics, les hôpitaux militaires, et les cliniques privées⁵²⁵. Le secteur privé des soins gère 36% de l'offre sanitaire. Selon le schéma jordanien, les cliniques proposent principalement des soins tertiaires, c'est-à-dire les interventions qui font appel à un haut degré de compétence (interventions chirurgicales, les accouchements, les traitements spécialisés etc...). Le reste des besoins en santé, les contrôles courants, les soins préventifs sont assurés par le secteur public et les hôpitaux de l'armée. La Jordanie compte près de 20.000 médecins dont la plupart ont suivi leur cursus en Allemagne, en Angleterre et aux USA. Ses performances en termes d'épidémiologie se traduisent par la disparition sur le territoire nationale de pathologies infectieuses, ici le paludisme et la tuberculose. Pour les spécialités médicales qui y sont proposées, la Jordanie a fait le choix de développer des aptitudes pour les traitements lourds, ceux de l'oncologie, de certaines affections psychiatriques, des opérations du cœur. On y trouve aussi des spécialistes de la dentisterie, et de la médecine de reproduction. Ces résultats créent les conditions pour une production de soins à l'égard d'une patientèle étrangère.

⁵²³ « Examen du tourisme médical dans le monde » [Letourismedanslemonde.blospot.fr] [consulté le 13/07/2015]

⁵²⁴ « Comment la Jordanie est devenue l'hôpital du Moyen-Orient » [2013] www.leconomiste.com [consulté le 22/12/2016]

⁵²⁵ « La Jordanie-Conseils sur l'assurance santé internationale » www.international-health-cover.com [Consulté le 17/12/2016]

L'offre médico-touristique en Jordanie repose sur deux piliers essentiels. D'abord sa qualité, mais aussi les coûts auxquels sont proposés les soins. Les prix des prestations médicales sont moitié moins chers que dans de nombreux pays européens⁵²⁶. L'offre sanitaire est portée par quatre universités de médecine, six hôpitaux universitaires, l'équivalent des CHU Français, et 68 hôpitaux et cliniques privées, dont 15 réputées mondialement. Parmi ces structures de références le « King Hussein Cancer Center », qui compte 187 spécialistes en oncologie. En 2010, cette clinique a reçu 3000 malades, dont 30% originaires d'autres pays. Il y a aussi le « Specialty Hospital », où sont pratiquées neuf spécialités. Enfin terminons cette « short list » par le « Jordanie Hospital », référencé par la « *Join Commission International*, » organisme américain d'accréditations.

La stratégie jordanienne pour le développement du segment médico-touristique, commence par le renforcement de ses propres capacités. Cela se traduit par une surveillance accrue de l'état de santé des populations. Le programme « Hakeem » a été mis en place pour servir à cet objectif. Ce système est une base de données contenant le dossier médical de tous les habitants du Royaume. Il y a aussi le volet investissement. Pour renforcer la position de hub sanitaire international d'Amman, de nombreux projets de construction d'hôpitaux ont été lancés. En 2015, l'Hôpital « The New Zarga » a été inauguré. Il a une capacité en hospitalisation de 500 lits, pour un coût total de 84 millions d'euros⁵²⁷. Ensuite au niveau tarifaire, les prestations médicales sont proposées aux malades originaires des pays arabes, aux mêmes prix qu'à la clientèle locale. C'est une des formes d'expression du panarabisme, que la Jordanie a su mettre en action par le biais de la santé.

La baisse globale de la fréquentation touristique en Jordanie, ne devrait pas affecter le tourisme médical dans ce pays. Car la clientèle médico-touristique est différente de celle du tourisme classique. Le contingent des patients est approvisionné par des visiteurs de pays frontaliers ou appartenant au monde arabe. Ensuite le tourisme classique et le tourisme médical n'obéissent pas aux mêmes besoins. Les arrivées des touristes hospitaliers en Jordanie sont liées à des nécessités thérapeutiques. Dans ce cadre ce segment économique qui représente déjà 5% du PIB, est appelé à croître.

⁵²⁶ « Profitant des crises en Egypte, en Syrie et en Tunisie la Jordanie ouvre ses bras aux touristes algériens » [2011] www.liberte-algerie.com [Consulté le 27/12/2016]

⁵²⁷ « La Jordanie, développer les infrastructures de santé » www.lalettrediplomatique.fr [2015] [Consulté le 27/12/2016]

- Le tourisme médical en Israël

Sur le marché des soins délocalisés, l'Etat d'Israël figure dans le peloton de tête au niveau mondial. Les soins *offshore* en Israël représentent 5% de l'activité mondiale de ce segment. Selon un classement du MTI (L'indice de Tourisme médical), Israël se place au premier rang sur 25 pays, pour la qualité des soins, des services, et la satisfaction des patients⁵²⁸. Chaque année, 50.000 patients originaires de plusieurs continents se rendent en Israël afin de profiter de l'offre de soins de qualité proposée à des prix avantageux. Les retombées économiques, liées au tourisme médical avoisinaient 140 millions de dollars en 2012. En tant que principal agent du système de santé en Israël, les hôpitaux publics ont enregistré des gains qui s'élèvent à environ 291 millions de shekels, soit environ 81 millions de dollars.

Le tourisme médical en Israël comme dans les autres pays où ce phénomène a cours, dérive d'une activité de tourisme classique ancrée dans l'économie de ces pays. En effet, en dépit du contexte de guerre larvée, Israël au regard de ses performances dans le tourisme, surpasse le handicap que représente cette image de terre de belligérance, dont elle a du mal à se départir. L'opération « bordure protectrice » de l'été 2014 et le déchainement de violence durant cette phase de conflit, ont entraîné un net recul de 17% de la fréquentation touristique. L'année 2015 fût celle d'une relative accalmie sur le front sécuritaire. Le retour au calme fut l'occasion d'une stabilisation des chiffres de la fréquentation, puis d'une légère reprise. La fréquentation touristique a enregistré une légère hausse en 2016 de 4% par rapport à 2015. L'Etat hébreux a accueilli environ 3,1 millions de touristes tous segments confondus en 2016⁵²⁹. Le secteur touristique représente 7,5% du PIB israélien, pour des retombées économiques qui s'élèvent à 13,3 milliards d'euros. Les premiers atouts du tourisme en Israël, sont ses potentialités au tourisme religieux et communautaire. En 2009, 58% des visiteurs en Israël étaient des pèlerins chrétiens, pour 34% de visiteurs juifs. En effet, la présence en ce territoire des hauts lieux de la foi chrétienne et Judaïque, a permis à cette destination de maintenir sa fréquentation internationale et de circonscrire les impacts des tensions récurrentes. Dans la hiérarchie des nationalités pour la fréquentation de l'Etat hébreux en 2009, les américains représentent 20% des fréquentations. Ensuite, les Russes

⁵²⁸David Shamah « le tourisme médical prospère en Israël » [2014] www.fr.timesofisrael.com » [Consulté le 16/12/2016]

⁵²⁹Véronique Chemla « Le tourisme israélien cherche à pallier les effets de l'opération bordure protectrice en 2014 » [2016] www.goisrael.com [consulté le 10/01/2017]

fréquentent aussi cette destination. Enfin les Français, les Allemands et les Belges terminent ce classement.

Outre ses atouts religieux, la force du tourisme en Israël provient aussi de son tourisme domestique. Ce tourisme intérieur lui permet d'assurer la fréquentation des hôtels, notamment ceux situés sur la côte méditerranéenne, et sur celle de la Mer Rouge. Les plages de ces côtes sont prisées par les locaux. Cette clientèle domestique assure le taux d'occupation des hôtels même en périodes de crise, et permet à un secteur touristique tributaire de l'environnement politique, de résister aux convulsions que lui fait subir le contexte sécuritaire spécifique de ce pays. A cela il faut ajouter l'inconvénient d'être considéré comme l'un des destinations touristiques les plus chères au monde, avec 200 euros pour le prix moyen d'une nuitée. En dépit de ces handicaps, l'Etat d'Israël a su développer une offre touristique attrayante et diversifiée qui est composée de six segments principaux : le tourisme religieux, le tourisme sportif, le tourisme culturel, le tourisme d'affaires, le tourisme de remise en forme, et enfin le tourisme médical. Cette segmentation multiple de l'offre touristique globale, impacte la composition de son offre de tourisme médical. Durant le séjour thérapeutique en Israël, notamment pendant la période post-intervention, la patientèle étrangère peut découvrir le riche patrimoine religieux et culturel de cette destination.

L'offre médico-touristique en Israël est soutenue par un système de santé identifié en 2012 par l'OCDE, comme l'un des meilleurs au monde⁵³⁰. En 1995 une loi portant sur les soins de base, compris dans un panier de soins universels a été adoptée. Cette nouvelle exigence législative venait corriger les insuffisances du système précédent, dans lequel quatre caisses se répartissaient 85% des assurés. Certes, une part importante de la population était couverte. Cependant la pluralité des caisses d'assurance santé, les « Koupot Holim », leurs mécanismes de financement, assis sur les prélèvements sociaux, les cotisations tirées des revenus des adhérents et complétées par des fonds publics, n'étaient pas de nature à assurer la bonne marche du système. Aujourd'hui encore, la question du financement persiste, mais sous l'aspect des moyens alloués à l'investissement et aux charges de fonctionnement des structures de soins publiques, au cœur du système de santé israélien. Dans ce contexte, les choix opérés en faveur des soins de base, du dépistage et du suivi personnalisé des patients, notamment ceux souffrant des affections de longue durée, de même que la qualité de la technologie médicale, ont créé les conditions pour atteindre des résultats intéressants, selon les conclusions de l'OCDE. Les ressources humaines ne sont pas en reste, Israël ayant

⁵³⁰ « Pour la première fois, l'organisation OCDE, note le système de santé en Israël », [2012]www.health.gov.il [Consulté le 04/03/2017]

bénéficié du savoir-faire médical des émigrants venus de l'ancien empire soviétique. La conjugaison de ces facteurs conduit à la satisfaction des besoins sanitaires globaux de la population. Dans le domaine des spécialités médicales, le pays peut dégager des excédents de production à proposer à des patients venus dans le cadre d'un voyage de santé. L'offre médico-touristique en Israël se structure ainsi autour de spécialités précises : la chirurgie cardiaque, les greffes rénales, les soins en oncologie, la reconstruction maxillo-faciale, la dentisterie.⁵³¹

L'Etat hébreux compte des établissements sanitaires de classe mondiale, dont plusieurs sont des hôpitaux publics. En fonction des retombées financières du segment médico-touristique pour ces structures sanitaires, il a été établi le classement suivant. En premier, on trouve l'hôpital Tel Hashomer de Tel-Aviv, avec des bénéfices qui s'élèvent à 150 millions de Shekels. Ensuite l'Hôpital Ichilov, situé à Tel-Aviv aussi. Son activité médico-touristique a rapporté 120 millions de Shekels. A la troisième place, l'hôpital Beilinson de Petah Tikva avec 45 millions de Shekels en 2014. Enfin nous terminerons ce classement par le centre médical Rambam de Haïfa qui touche 30 millions de recettes supplémentaires grâce au tourisme médical⁵³². Israël possède très peu de structures de santé privées. On peut cependant dans cette catégorie de son offre sanitaire, citer le centre médical Herzliya, centre de soins sollicité par les diplomates en poste en Israël, ayant aujourd'hui ajouté l'accueil d'autres patients non-résidents à son activité.

Les patients qui se rendent en Israël sont en majorité originaires des pays de l'ancienne union soviétique, notamment de la Russie. Mais on y retrouve aussi des malades en provenance de la Suisse, de l'Angleterre, des USA. On note également une recrudescence des patients en provenance des pays en voie de développement, notamment ceux d'Afrique Sub-Saharienne. La stratégie israélienne au-delà de la permanence qu'est la spécialisation dans l'offre médico-touristique, vise d'abord à rassurer la patientèle étrangère, par le biais d'une réglementation de l'activité des intermédiaires. Les entrepreneurs autonomes qui travaillent dans l'activité d'accueil des patients étrangers, ou les agences de voyages, doivent désormais disposer d'un agrément pour l'exercice de cette fonction. Cependant le plan de développement du tourisme médical, décidé par le Ministère du tourisme et validé par la Knesset, a inscrit dans ce programme le principe de la priorité du patient israélien sur le patient étranger. Les hôpitaux publics constituant la base du système de santé en Israël, il est à craindre que l'affluence

⁵³¹ « Le tourisme médical en Israël une destination pour les européens et américains » [2015] www1.allaincefr.com [Consulté le 16/12/2016]

⁵³² « Le tourisme médical en Israël en plein boom » [2014] www.tel-avivre.com [Consulté en date du 12/05/2017]

d'une patientèle étrangère ne se fasse au détriment des patients israéliens.⁵³³ Certes la période de crise que vit le système de santé rend ces craintes légitimes. En effet, les soubresauts vécus par le système de santé en Israël se traduisent par le ralentissement des investissements dans le secteur de la santé. Pour preuve dans le domaine des urgences, les files d'attente ne cessent de s'étirer. Ces dysfonctionnements ont été récemment à l'origine de plusieurs mouvements sociaux dans le secteur de la santé, notamment des infirmières. Cependant, du point de vue de l'image et de la communication, cette annonce de la primauté du patient israélien sur le touriste médical peut s'avérer contre-productive. Formaliser la pratique au travers d'un texte législatif, c'est signifier au touriste hospitalier que cette loi pourrait lui être opposée, alors que des déplacements thérapeutiques à l'étranger se présentent bien souvent comme ceux de la dernière chance. En outre pour continuer sur le thème de l'image que renvoie l'Etat hébreux sur le segment médico-touristique, la difficulté pour l'obtention de visa est un motif d'insatisfaction pour les promoteurs de cette activité. Dans un contexte de mondialisation avec une concurrence exacerbée, de telles pratiques ne sont pas pour déplaire aux concurrents turcs et Jordaniens. En dépit de la controverse sur la loi des quotas, et sur les restrictions motivées par des raisons de sécurité, les acteurs du système de santé israélien sont unanimes sur l'importance du tourisme médical pour les revenus qu'il génère. Le tourisme médical est pourvoyeur de ressources additives pour le financement des hôpitaux du pays, ce qui *in fine* contribue à l'amélioration de la prise en charge des patients nationaux. Dans la même région, la ville de Dubaï aux Emirats unis participe à l'économie médico-touristique selon la volonté de feu l'Emir Cheikh Maktoum ben Rached Al-Maktoum. Comment la cité Etat de Dubaï s'inscrit-elle dans le vaste mouvement mondial qu'est le tourisme hospitalier ? Nous allons tenter d'apporter quelques éléments de réponse à cette interrogation dans la brève analyse qui va suivre.

⁵³³Noga Bar-Noye : « Le tourisme médical en Israël une destination pour les européens et américains » [2015] www1.allaincefr.com [Consulté le 16/12/2016]

- Le tourisme médical aux Emirats Arabes Unis : Dubaï

Dans le Golfe Arabo-persique l'ensemble des sept États des Emirats Arabes Unis ont reçu en 2013, 4,3 millions de malades étrangers. La ville-État de Dubaï a reçu 300.000 patients étrangers. Sur la base de ces performances, l'analyse du segment médico-touristique sur la destination des Emirats Arabes Unis s'articulera autour de la destination dubaïote. Cette partie de notre réflexion nous servira à comprendre les ressorts d'une activité économique-sanitaire qui a émergé sur cette destination il y a une quinzaine d'année. La croissance du tourisme médical, à Dubaï, n'a d'égale que l'essor de la ville de Dubaï elle-même, qui aujourd'hui apparaît comme l'une des places fortes de la mondialisation.

Pour les spécialistes du tourisme, Dubaï est une curiosité. On peut citer les critiques de Jean Baudrillard dans son célèbre ouvrage, « la société de consommation » (1986), par le biais de « la mise en scène glorieuse des objets, » et la culture du centre commercial qui en découle. Ces critiques trouvent à Dubaï le terrain d'une légitimation. Dubaï, c'est la ville des superlatifs, pour une architecture initiée dans un contexte latent de concurrence avec l'occident. La frénésie consumériste qui s'y déroule n'a rien à envier aux périodes de soldes dans les centres commerciaux du monde occidental. Le raccourci voudrait qu'on en parle comme du « Las Vegas du monde arabe ». Et pourtant, il y a à peine une cinquantaine d'années, Dubaï n'était encore qu'un petit village de pêcheurs qui, par la force d'un capitalisme entretenu par des pétrodollars, est devenu aujourd'hui l'une des destinations touristiques les plus recherchées au monde. Sur la carte postale, Dubaï c'est la Tour « Burj Khalifa », qui culmine à 829 mètres. C'est aussi « le Burj Al Arab Hôtel », qui s'est lui-même couronné du titre de seul « hôtel 7 étoiles au monde ». Enfin c'est le gigantisme de ses centres commerciaux, dont le célèbre Dubaï Mall (1 124 000 m²). Pour ces infrastructures et pour un exotisme qui y subsiste malgré tout, Dubaï est le symbole de la nouvelle station touristique, avec des atouts endotropiques et exotropiques. Ces caractéristiques vont servir à décliner une offre touristique variée. Le tourisme d'affaires et de congrès, mais aussi le tourisme balnéaire, et les balades dans le désert. Selon William Guéraiche, Dubaï communiquait en 2014 sur « *l'expérience arabe authentique* ». ⁵³⁴ Dans cet État des Emirats Arabes unis, les infrastructures de transports, les routes, les aéroports sont d'une excellente qualité. L'aéroport de Dubaï a la possibilité d'accueillir 75 millions de passagers à l'année. Un autre projet d'aéroport a lui une capacité de 170 millions de passagers par an. La ville de Dubaï compte 600 hôtels.

⁵³⁴ William Guéraiche : « Géopolitique de Dubaï et des Emirats arabes unis » 2014 P40

Dubaï fait la fierté du monde arabe pour avoir su atteindre la modernité que le monde occidental a construit des siècles durant. La ville est dans le domaine du tourisme urbain, l'une des destinations les plus fréquentées au monde. Ses visiteurs ont ainsi l'occasion d'admirer l'architecture futuriste des bâtiments. Le séjour à Dubaï donne la possibilité aux touristes de faire du shopping dans les 17 centres commerciaux, où sont présentes les grandes enseignes du monde de la mode, (LVMH, Michael Kors, Chanel, *Breitling, etc.*) L'évènementiel culturel et sportif est aussi un des axes forts de sa stratégie touristique. Le principal pays émetteur de touristes à destination de Dubaï est l'Arabie saoudite. L'escapade Dubaïote est pour 1,3 million de saoudiens un classique. Ensuite viennent les indiens (1 million). Les britanniques sont 850.000, à se rendre dans cette ville-Etat. On y rencontre aussi de nombreux Allemands, des Hollandais, des Suédois, et des Norvégiens.

En matière de tourisme d'affaires et de congrès, la prochaine organisation de l'exposition universelle prévue pour 2020 devrait attirer des millions de touristes supplémentaires. Les investissements attendus en vue de cette manifestation, portent sur la construction de 100 nouveaux établissements d'hébergement⁵³⁵. L'organisation du congrès annuel des professionnels de santé du Moyen-Orient, dont la ville est l'hôte, contribue à entretenir sa réputation de plaque tournante pour le tourisme d'affaires et de congrès. Le « Arab Health Exhibition & Congress » est un événement très attendu par les professionnels de santé, et figure aussi en bonne place dans l'agenda des professionnels des autres corporations, notamment celles du tourisme et de l'hôtellerie. C'est une occasion annuelle qui crée une cohérence de positionnement stratégique, toujours en relation avec le secteur de la santé, que la ville tente de développer depuis le début des années 2000. En effet, l'année 2002 a vu le lancement d'un ensemble de zones franches parmi lesquelles, celle consacrée au secteur de la santé, et dénommée « Dubaï Healthcare city ». Cette zone détaxée pour les activités en lien avec la médecine, couvre une superficie de 4,1 millions de m², compte près de 120 établissements, des centres médicaux, des laboratoires, et plus de 4000 professionnels de santé y travaillent à divers niveaux de responsabilité. Pour l'année 2015, 300.000 malades en provenance de divers pays, y ont été accueillis⁵³⁶. Le savoir faire des médecins, la qualité des installations touristiques et sanitaire, la technologie médicale, l'atmosphère de bien-être, sont des éléments qui attirent de nombreux patients à Dubaï.

⁵³⁵ Patrick Marescaux : « Sommet du tourisme urbain : Dubaï et Marrakech font rêver » [2015] www.media24.com [Consulté le 30/03/2017]

⁵³⁶ « L'essor du tourisme médical » [2017] www.psychomedia.qc.ca [consulté le 28/03/2017]

Pour mener à bien son activité d'accueil de la patientèle internationale, Dubaï a adopté une stratégie qui se décline en différents points. En commençant par les ressources humaines, et pour faire face au déficit d'une main-d'œuvre autochtone compétente, Dubaï a fait de l'emploi des professionnels de santé étrangers, un élément important de sa stratégie médico-touristique. Des salaires deux à trois fois supérieurs à ceux pratiqués en France par exemple, sont versés à ces travailleurs expatriés, dont le cursus est passé au peigne fin. La deuxième composante de la stratégie de la seconde ville des Emirats, consiste à miser sur la qualité du matériel et des installations médicales. La politique d'accréditation menée par les autorités sanitaires de la ville, vise à maintenir le standing des installations, ce qui contribue à donner confiance aux patients étrangers. En outre sur le plan de la communication, la création d'une plateforme web, accessible aussi par smartphone, donne la possibilité de bénéficier d'informations sur toute l'offre médicale proposée à destinations de la patientèle internationale. La stratégie dubaïte intègre également des mesures qui touchent au transport aérien et aux formalités administratives pour l'arrivée de la patientèle internationale. Ainsi en partenariat avec la compagnie nationale « Fly Emirates » et les hôteliers de la ville, des réductions sur le prix des billets d'avion et sur ceux de l'hébergement sont consenties à l'endroit des patients étrangers. Les formalités pour l'obtention des visas par les patients étrangers ont été aussi allégées. Dubaï réussit à proposer ses prestations médicales à des prix intéressants en comparaison de nombreux pays occidentaux, malgré le déficit que représente l'association de toutes ces variables. A titre d'exemple une rhinoplastie y revient à 2984€, quand la même intervention coûte autour de 5400€ en France. On y pratique ainsi des soins en dentisterie, des soins orthopédiques, l'ophtalmologie, la kinésithérapie, de même qu'on y établit des bilans approfondis de santé.

Les succès engrangés par Dubaï au niveau médico-touristique reposent sur un double appui : un système de santé locale et une activité de tourisme classique déjà bien animée. Cette organisation mise en place pour le financement du système de soins, contribue à l'émergence d'une activité de soins délocalisés sur ce territoire. Dans la cité-Etat, le taux de mortalité est de 1% et l'espérance de vie atteint 75,6 pour les femmes, quant les hommes vivent en moyenne 72 ans. En 2006, les autorités de Dubaï ont décidé de la création d'une assurance maladie universelle. L'affiliation à ce mécanisme général de financement des soins (*The essential benefits plan*), est rattachée à la qualité de résident. Nonobstant le taux d'immigrés qui se situe autour de 84% de la population, tous les habitants du territoire, locaux et étrangers, sont soumis à une cotisation au régime de base⁵³⁷. 88,5% de la population paie donc 300 dirhams, soit 64,42€, au titre du régime général de la sécurité sociale. Cette

⁵³⁷ Karine Bachongy : « Santé publique, Emirats arabes Unis, une réforme d'inspiration libérale » Revue Gestion Hospitalières N°508 aout/septembre 2011 P435

somme est généralement payée par les employeurs. Elle ouvre des droits aux soins de base dans tous les établissements publics de soins à des prix forfaitaires⁵³⁸. Il existe des complémentaires-santé pour couvrir le reste à charge des patients. Le marché des assurances complémentaires a été concédé à des compagnies étrangères, dont l'activité est encadrée par la haute autorité de santé (Dubai Health authority). La création d'une assurance de santé de base à Dubai appartient à un ensemble de mesures plus larges, dont les résultats ont été de rehausser le niveau de la prise en charge globale sanitaire. Dans ce cadre, la promotion du concept de la qualité et de ses méthodes, ont permis de recréer de la confiance entre les usagers et l'institution hospitalière. Ensuite il y a la réglementation de l'activité médicale qui est soumise à l'obtention d'une autorisation d'exercer. Enfin pour terminer ce chapelet de mesures adoptées, il y a la privatisation de la gestion des hôpitaux, confiée à des opérateurs hospitaliers internationaux.

Le financement global des soins étant assuré par un organisme public, Dubai a pu lancer une activité médico touristique aujourd'hui reconnu au niveau internationale. Dubai envisage, selon la Haute Autorité de Santé (DHA), d'accueillir 500.000 touristes médicaux à l'horizon 2020. Pour atteindre cet objectif, de nombreux projets dont un, comprenant la création de plusieurs cliniques, avec une capacité totale de 1000 chambres, contenant aussi un hôtel cinq étoiles, et d'autres aménagements, notamment des parcours de promenades, devraient voir le jour. Le développement du tourisme médical à Dubai n'est qu'un pan d'un projet plus large, qui consiste au développement de toute l'économie de la santé. En effet, ce plan contient aussi un volet pour le développement de l'industrie de la pharmacie, un secteur qui pèse aujourd'hui, 2,2 milliards d'euros, et pour lequel les objectifs sont fixés à 6,2 milliards à l'horizon 2020. La santé et le bien-être en général, sont des points sur lesquels portent les ambitions de cette ville, et autour desquelles devrait graviter une part importante de son économie⁵³⁹. Cependant concernant l'activité médico-touristique, on signale les premiers dysfonctionnements. Notamment avec des voyageurs étrangers, qui sans être rattachés à une quelconque assurance santé, universelle et complémentaire, profitent de leur séjour dans le pays pour subir des interventions chirurgicales, avec des frais, qui pèsent sur le contribuable dubaïote. Ces créances atteignent 250.000 dollars en 2016. En outre lorsque l'on parle de l'économie à Dubai, la question en toile de fond, est celle de l'opportunité des sommes excessives consacrées à l'investissement, et par la même occasion, celle de la rentabilité de ces projets gigantesques. Cette réflexion peut être formulée à l'endroit de son

⁵³⁸ « Assurance santé aux Emirats Arabes Unis pour les expatriés » [2013] www.globalsurance.com [Consulté le 29/03/2017]

⁵³⁹ « La montée du tourisme médical à Dubai » [2017] www.visitdubai.com [consulté le 30/03/2017]

segment médico-touristique qui doit faire face à une concurrence régionale, avec la Jordanie, l'Iran, pour le Moyen-Orient, et les pays d'Asie du sud-est, notamment Singapour, l'Inde, Taïwan, etc. Au-delà de ce premier cercle de pays concurrents, Dubaï doit affronter une concurrence qui s'exprime aussi à l'échelle mondiale, et pour laquelle les pays d'Amérique du sud, dont le Brésil, le Costa Rica et Cuba, sont aussi dans la course. Quels sont les arguments que font valoir ces trois pays dans l'analyse du phénomène des soins délocalisés en Amérique du sud et dans les caraïbes ? C'est de cette question que nous nous proposons de traiter dans la prochaine étape de notre réflexion.

- L'Amérique du sud et les caraïbes dans l'activité du tourisme médical
- Le tourisme médical au Brésil

Le Brésil dans cette analyse s'impose pour la réputation dont il jouit sur le segment médico-touristique au niveau international. En outre nous avons fait cas dans le traitement de la question de l'origine du tourisme médical, (*Cf. P133*), du Brésil comme étant l'un des lieux à avoir vu l'éclosion du tourisme médical dans les années 1980. Aujourd'hui cette activité se perpétue et s'est même amplifiée, consolidée par le biais de la chirurgie esthétique. Dans cette spécialité, le Brésil est classé deuxième au niveau mondial après les USA. Pour l'année 2013, 1,49 millions d'opérations en chirurgie esthétique ont été réalisées dans ce pays⁵⁴⁰. Avant que des étrangers ne se rendent au Brésil pour des interventions de chirurgie esthétique, ce sont les patients locaux qui sont les premiers consommateurs de ce « produit ». Dans ce pays il existe une classe moyenne qui aujourd'hui représente 55% de population. Les brésiliens ont un rapport décomplexé à la chirurgie esthétique, encouragés dans cette voie par les cliniques qui consentent volontiers à des paiements étalés⁵⁴¹.

Le Brésil dans l'imaginaire collectif, c'est le pays du football, de la Samba, du Carnaval de Rio de Janeiro, du fleuve Amazone, et de la forêt de l'Amazonie. La conjugaison de tous ces éléments crée les conditions d'une offre touristique diversifiée. Sa richesse culturelle, sa position géographique qui lui offre une frontière maritime avec l'océan Atlantique, sont quelques atouts « mis en tourisme » depuis de longues années. Par sa

⁵⁴⁰ « Les brésiliens plus gros consommateurs de chirurgie esthétique devant les Etats-Unis » [2014] www.lemonde.fr [consulté le 05/03/2016]

⁵⁴¹ Christelle Albaric « La libéralisation du marché de la santé au Brésil » [2015] www.lettredesreseaux.com [consulté le 04/03/2016]

superficie, ce pays est le quatrième au monde. Les visiteurs du Brésil pratiquent aussi bien le tourisme festif, le tourisme balnéaire que l'écotourisme. En 2014 et 2016, le Brésil a accueilli les deux plus grands événements au monde. Ainsi à la faveur de la Coupe du Monde et des jeux Olympiques, le Brésil a pu renforcer son image de destinations festive, et ainsi accroître sa fréquentation touristique. Ces deux événements lui ont permis de battre des records de fréquentation touristique, pour les arrivées massives de visiteurs qu'ils ont suscité. En 2014, année de la coupe du monde, le Brésil a accueilli un peu plus de 6,4 millions de touristes, et 6,6 millions de touristes en 2016, l'année des Jeux Olympiques.⁵⁴² Les grands événements sportifs et culturels offrent l'occasion à tous les acteurs économiques des pays ou des villes hôtes de faire la promotion de leurs activités. Cette opportunité a été saisie par les acteurs médico-touristiques brésiliens, pour communiquer sur l'offre locale de soins. En 2012 le secteur a enregistré l'arrivée de 600.000 patients venus de l'étranger⁵⁴³.

La pratique médico-touristique au Brésil touche plusieurs spécialités. La patientèle internationale se rend dans ce pays pour des soins de neurologie, d'orthopédie, d'ophtalmologie, d'oncologie, de dentisterie, de médecine reproductive, et de chirurgie bariatrique. Cependant, c'est sur le segment de la chirurgie esthétique que le Brésil a bâti sa réputation de destination médico-touristique et c'est la spécialité qui motive en grande partie l'arrivée de la patientèle internationale. La rhinoplastie, la mammoplastie, les lipoaspirations, la reconstruction faciale, concentrent l'essentiel du savoir-faire brésilien dans le domaine de la chirurgie esthétique. L'observation des prix pratiqués pour ces interventions, montre qu'ils sont sensiblement égaux à ceux pratiqués en Europe de l'Ouest. Par contre les prix de ces interventions mis en comparaison avec ceux pratiqués aux USA, laissent voir une nette compétitivité de la destination brésilienne. Pour exemple, le coût d'une mammoplastie aux Etats Unis est de 50.000 dollars, au Brésil une telle intervention coûte 20.000\$. Le Brésil a pu pendant de longues années compter au nombre de ses chirurgiens Ivo Pitanguy, que l'on qualifie de père de la chirurgie esthétique mondiale. Pendant sa riche carrière, Ivo Pitanguy aussi appelé le chirurgien des stars, a opéré des célébrités dont François Mitterrand, Jackie Onassis, Mick Jagger, Brigitte Bardot, Elizabeth Taylor etc... Le Docteur Pitanguy a su imprimer à la chirurgie esthétique brésilienne la marque de l'excellence.

Le Brésil a réussi dans le domaine de la chirurgie esthétique, parce que cette spécialité a pu s'appuyer sur l'acquis substantiel qu'est l'assurance santé universelle pour le secteur de la santé dans sa globalité. En matière de prise en charge sanitaire, le Brésil en Amérique du Sud est un modèle. Avec une espérance de vie de 74 ans, au Brésil on vit trois années de plus

⁵⁴² « Plus de 6,4 million de touristes étrangers ont visité le pays en 2014 » www.veilleinfotourisme.fr

par rapport à la moyenne mondiale qui est de 71 ans.⁵⁴⁴ Le plateau technique brésilien comprend 4750, hôpitaux, dont 2000 hôpitaux publics et 1800 cliniques, pour 500.000 lits. 2 millions de personnes travaillent dans le secteur sanitaire. Le secteur privé est la clef de voûte de la prise en charge sanitaire dans ce pays. Il couvre 60% des besoins de santé, et le secteur public couvre les 40% restants. L'émergence d'une classe moyenne ne doit pas faire oublier les inégalités d'accès aux soins dont sont victimes les plus faibles dans ce pays. Les prix des consultations médicales, notamment des dentistes, peuvent parfois être hors de portée des foyers modestes. Une consultation dentaire peut atteindre 250 réais, soit un peu plus de 100€. ⁵⁴⁵ Afin de corriger ce dysfonctionnement, il a été mis en place en 1988, un système d'assurance santé universelle dénommée (SUS, *Sistema Unico de Saude*). Ce mécanisme de couverture obéit au principe des trois « U » à savoir : universalité, unicité, uniformité, dont découle l'efficacité d'un système de santé. Ce mécanisme d'assurance santé est financé grâce aux cotisations sociales de tous les employés du pays, auxquelles s'ajoute un financement de l'Etat. Par le biais du SUS, c'est près de 70% d'une population brésilienne de 200 millions de personnes, qui disposent désormais d'un moyen de financement de leurs soins de santé⁵⁴⁶. La prise en charge médicale touche aux soins de santé primaires, (les accouchements, les visites chez le généraliste). Le SUS prend aussi en compte les opérations chirurgicales et les greffes. L'existence de ce mécanisme universel d'assurance santé a favorisé l'éclosion de la médecine au Brésil, notamment de son secteur privé qui y trouve une source importante pour son financement. Le secteur privé accueille 55% des médecins formés dans le pays. Dans ce contexte et afin d'arriver à une prise en charge globale plus performante, le gouvernement a décidé d'ouvrir le secteur de la santé à des investisseurs étrangers. Ainsi les opérateurs privés de santé au Brésil ont pu financer des structures de soins en partenariats avec des investisseurs étrangers. Cette mesure vise à répondre au défi de la qualité des soins prodigués et à la satisfaction des patients locaux et étrangers dont le nombre dans ce pays ne cesse de croître au fil des années⁵⁴⁷.

Comme sur les autres destinations médico-touristiques, l'accueil des patients étrangers se déroule dans les grandes agglomérations, Rio de Janeiro, Sao Paulo, Porto Alegre, Recife. Ces grandes villes concentrent l'essentiel des établissements qui emploient les spécialistes, dont la présence motive l'arrivée d'une clientèle internationale. En effet sur

⁵⁴⁴ « Le secteur de la santé au Brésil » [2013] www.awex-export.be [consulté le 05/03/2016]

⁵⁴⁵ « Le système de santé brésilien » [2010] www.expatriation.com [consulté le 17/11/2016]

⁵⁴⁶ « Couverture santé Universelle ; pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés pour compte des régimes d'assurance maladie » [mis en ligne octobre 2013] www.oxfam.org [consulté le 16 novembre 2016] P5

⁵⁴⁷ Christelle Albaric « La libéralisation du marché de la santé au Brésil » [2015] www.lettredesreseaux.com [consulté le 04/03/2016]

l'ensemble des 4750 hôpitaux brésiliens, on dénombre une vingtaine d'hôpitaux et de cliniques accrédités par la JCI (*Joint Commission Internationale*). En 2016, le chiffre des structures accréditées devraient être portées à une quarantaine⁵⁴⁸. Dans le lot des établissements brésiliens certaines structures se positionnent en tant qu'établissements de référence. Ainsi à Sao Paulo, nous avons l'Hôpital Albert Einstein, (4500 étrangers malades étrangers reçus en 2011), L'hôpital syro-libanais, l'Hôpital Hcor, spécialisé dans les interventions cardiaques. En 2010 l'Hôpital Hcor a reçu 150% de patients étrangers en plus comparativement à 2009. Ce qui a contribué à une augmentation de son chiffre d'affaire à hauteur de 20%. Il y a aussi l'hôpital « Samaritano », qui compte près 1200 médecins, et propose aux patients une gamme de services diversifiés. Ses principaux atouts sont la qualité de ses médecins, de son hébergement, et de ses services périphériques. Il propose un service de voituriers, ou de traduction selon les besoins des patients. Enfin la ville de Recife, la capitale de l'Etat de Pernambouc au nord du pays, accueillent l'« Hospital Memorial Sao José », et le « Real Hospital Recife » qui reçoivent des patients venus de l'étranger.

La proximité géographique avec les USA, et la réputation du Brésil en matière de chirurgie esthétique, placent les américains en tête des patients qui se rendent dans ce pays. On y rencontre aussi des malades en provenance du Canada, du Portugal, de la Chine, de l'Italie et de l'Angola. Mise à part cette première catégorie de la patientèle étrangère au Brésil, il importe aussi de signaler que l'origine transfrontalière des malades est assez prégnante, dans l'observation de cette activité. En tant que pays le plus vaste du sous-continent sud-Américain, le Brésil est frontalier avec la quasi-totalité des pays de la région. Ainsi la patientèle internationale au Brésil est originaire du Paraguay, de l'Uruguay, du Pérou, et du Venezuela.

Pour terminer cette brève analyse du Brésil en tant que destination médico-touristique, ce segment de son tourisme y est promis à un bel avenir. En effet l'ouverture par l'Etat du secteur de la santé à des investisseurs étrangers, a des enjeux qui réagissent sur le secteur des soins délocalisés. L'axe de la recherche médicale, menée en partenariat avec des laboratoires étrangers, participe aussi de la stratégie pour hisser le Brésil au niveau des grandes destinations du tourisme médical que sont la Thaïlande, Singapour, la Jordanie etc... Il convient aussi d'ajouter à cela, la réglementation des activités des intermédiaires, et l'amélioration des conditions d'accueil des accompagnants des malades. Les prévisions de croissance pour ce segment se situent autour de 45% d'ici à 2020. Cependant comme ailleurs dans les pays ayant développé l'activité des soins *offshore*, des clivages se créent au sein de la

⁵⁴⁸ « Brezil » www.medicroatie.com [Consulté le 03/04/2017]

communauté hospitalière et au sein de la population, concernant l'opportunité de l'accueil des malades étrangers. La polémique sur les bienfaits du tourisme médical pour le secteur de la santé, est animée par les réticences de ceux-ci qui voient dans cette activité, une pratique qui se ferait au détriment des patients locaux, en cas d'affluence de malades étrangers dans les hôpitaux du pays. A 5000 Km de Rio de Janeiro, sur l'isthme reliant l'Amérique du Nord à l'Amérique du Sud, le Costa Rica s'est aussi lancé il y a bientôt une quarantaine d'années, dans l'accueil des patients internationaux. Le Costa Rica sera le deuxième pays à faire l'objet de notre attention dans l'analyse du tourisme médical, au niveau de l'Amérique du sud.

- Le tourisme médical au Costa Rica

Au niveau mondial, le Costa Rica est reconnu pour la qualité de son système de santé, qui se classe au troisième rang dans la hiérarchie des systèmes de santé en Amérique du Sud. Avec une superficie de 50.700 Km², et une population de 4,2 millions d'habitants, le Costa Rica, pays situé en Amérique centrale, est un territoire dont l'économie repose sur l'agriculture à hauteur de 5,6% (Cannes à Sucre, bananes, café, etc.). Ensuite, il tire ses revenus de l'industrie à 25,2%, et enfin des services à hauteur de 69%, dont une part importante provient du secteur touristique. L'offre touristique du Costa Rica, se décline en fonction des potentialités naturelles dont regorge le pays. On peut y pratiquer autant du tourisme balnéaire, que de l'écotourisme, dans ses différentes déclinaisons (tourisme volcanique, tourisme de découverte, tourisme vert), et enfin du tourisme médical⁵⁴⁹.

L'origine de l'écotourisme au Costa Rica, date du début des années 1980⁵⁵⁰. La réputation de destination du tourisme vert dont jouit ce pays, s'est construite grâce à la présence des quakers, membres d'une secte protestante américaine, qui avaient quitté les Etats-Unis, pour dénoncer la guerre engagée contre la Corée par les USA en 1953. Ils ont immigré au Costa Rica, un havre de paix réputé pour sa douceur de vivre. La renommée du pays, s'est renforcée par l'action de l'écologiste Alvaro Ulgade, qui a œuvré pour l'aménagement de 25% du territoire en espaces protégés. C'est à partir de cette époque que le Costa Rica s'est ouvert au tourisme international, en valorisant son patrimoine naturel, sa biodiversité, sa faune et sa flore. L'écotourisme avec près de 3 millions d'espèces d'insectes et 90.000 de crustacés, demeure le premier produit de l'offre touristique costaricienne. A la différence de nombreux pays qui ont initié une activité de tourisme médical une fois leur activité de tourisme

⁵⁴⁹ Arild Molstad « Costa Rica, un jardin d'Eden ? » in « Où partir avant qu'il ne soit trop tard » 2009 P79

⁵⁵⁰ «Tourisme médical au Costa Rica » www.tourismmedical.net [Consulté le 28/11/2016]

classique consolidée, l'émergence des soins délocalisés, est concomitante des débuts du tourisme en général au Costa Rica. Aujourd'hui sur près de 3 millions de touristes enregistrés dans les aéroports internationaux du Costa Rica, 14%, soit 42.000, se sont rendus dans ce pays pour des raisons de santé⁵⁵¹. A partir de ces éléments, il est légitime de s'interroger dans notre analyse sur le tourisme médical en Amérique du sud, sur les tenants de ce secteur au Costa Rica.

Le tourisme au Costa Rica est en constante progression depuis les années 1980. L'année 2016 fut exceptionnelle, avec un pic de fréquentation qui touche les 3 millions de visiteurs. C'est une destination qui a enregistré l'arrivée de nouvelles compagnies aériennes. La politique de développement du secteur touristique, entretenue par le biais de l'écotourisme, a nécessité d'une part l'aménagement des ressources naturelles et forestière, mais aussi la mise en place d'infrastructures de développement, routes aéroports, hôtels. Ce pays compte 2 aéroports de type international, dont le principal, celui de Juan Santamaria, non loin de l'agglomération de San Jose, la capitale, qui a accueilli en 2016, 1,5 million de passagers.

Les succès enregistré par le Costa Rica sur le segment médico-touristique, sont en relation avec ses performances au niveau de la santé. En effet la production de soins délocalisés, est aussi la résultante de décisions prises en faveur de la santé depuis 1940. En constitutionnalisant son renoncement à la défense nationale (1948), avec une absence volontaire d'armée, ce pays a pu consacrer ses ressources aux secteurs prioritaires que sont la santé et l'éducation. Ainsi le bien-être, l'éducation et la santé pour tous, sont des éléments qui figurent dans la loi fondamentale du pays⁵⁵². En 1941, sous la houlette du Président Rafael Angel Calderon Guardia, le pays connaît ses premières initiatives en faveur d'un mécanisme d'assurance santé universelle. Ce système permet de couvrir une large palette de prestations médicales et sociales, (visites chez le médecin, soins optiques et dentaires, accouchements, l'incapacité temporaire de travail etc). Une particularité du système d'assurance-maladie au Costa Rica est, à la différence des autres pays, que les soins de chirurgiens esthétiques sont couverts par le mécanisme d'assurance maladie universelle. Au-delà de cette remarque, les effets de cette politique volontariste en faveur de la santé, sont visibles grâce à des indices de développement humains très proches de la moyenne observée dans les pays développés.⁵⁵³ On enregistre au Costa Rica un taux de mortalité infantile qui se situe autour de 9,25 décès pour

⁵⁵¹Florian de Paola « Costa Rica : les français plus nombreux en 2016 » [2017] www.lechotouristique.com [consulté le 15 mai 2017]

⁵⁵²Laura Bigard « La couverture sociale universelle au Costa Rica » www.iwpar.org [consulté le 29/11/2016]

⁵⁵³« La santé au Costa Rica » [2008] www.expats.com [consulté le 28/11/2016]

1000 naissances. L'espérance de vie est environ de 88 ans. Ces chiffres sont les marqueurs de la qualité du système de santé au Costa Rica, qui ont été réalisés grâce à un mécanisme d'assurance-santé universelle. En effet tous les habitants du territoire, nationaux et étrangers, sont couverts par la CCSS (*Caja Costarricense de Seguro Social*), qui associe le régime obligatoire, au régime volontaire. La CCSS s'occupe de la prise en charge des soins contractés par les patients dans les établissements publics de santé. A côté de ce mécanisme général, il y a l'INS (*Instituto Nacional de Seguros*), qui prend en charge les soins contractés dans le secteur privé. Le régime obligatoire est alimenté par des ressources tirées des prélèvements sociaux. Dans ce cadre, les employeurs reversent 10 à 15% des salaires de leurs travailleurs à la CCSS. D'autre part les cotisations pour le régime volontaire, qui comprend les artisans et les travailleurs indépendants, sont recueillies par des intermédiaires. La principale difficulté d'un système d'assurance maladie, surtout lorsque celui-ci fonctionne sur la base du volontariat, est de s'assurer de la régularité des cotisations. Cette étape est importante pour la pérennité du système. En cela, le Costa Rica fait preuve d'innovation et d'originalité. En effet, devant les difficultés de l'Etat à contrôler les revenus des opérateurs du secteur informel, les autorités costariciennes ont choisi la méthode qui consiste à recueillir les cotisations de cette catégorie de travailleurs, par l'intermédiaire des associations et des coopératives. Ces intermédiaires sont organisés par branche et secteurs d'activités. Enfin, des fonds publics contribuent aussi à fournir les ressources nécessaires au fonctionnement de ce mécanisme. Au total, l'Etat du Costa Rica consacre un quart ($\frac{1}{4}$) de ses dépenses nationales au secteur de la santé.

Le tourisme médical au Costa Rica, est un phénomène en nette croissance. Sur le plan de l'équipement, on y trouve de nombreux hôtels et des établissements de soins qui respectent les normes internationales⁵⁵⁴. Cependant, la thématique de la santé dans la production touristique costaricienne, se présente sous deux formes. En effet, d'une part on retrouve sur le territoire national une variété de sources thermales, d'eaux volcaniques, de plantes médicinales, et une infinie variété de ressources naturelles. Cette variété des ressources ont permis aux entrepreneurs locaux de développer une offre de tourisme de bien-être. Des investissements pour la croissance de ce segment touristique ont été consentis par l'Etat. Tous ces efforts sont le point de départ de soins de qualité, dans un pays, où le tourisme médical fait désormais partie des services les plus demandés. En 2011 environ 40.000 patients internationaux se sont rendus au Costa Rica. Les retombées de ce segment économique, pour le secteur de la santé s'élèvent à 196 millions de dollars. Quant aux effets induits, ils sont chiffrés à 84 millions de dollars, pour les secteurs du commerce, de

⁵⁵⁴ « Tourisme de santé et bien-être » [2014] [Consulté le 25/11/2016]

l'hôtellerie, de la restauration, et du transport. Entre 2009 et 2010 le Costa a vu sa clientèle internationale passée de 30.000 à 36.000 malades, soit une hausse de 12%.

Les atouts du Costa Rica en matière de tourisme médical sont d'abord géographiques. Sa proximité avec les USA et le Canada, lui assure de pouvoir bénéficier d'une clientèle internationale à fort potentiel d'achat, se trouvant seulement à quelques heures d'avion. Ensuite vient un élément factuel, celui des prix pratiqués. Une intervention pour des soins dentaires dont le coût au Canada est de 30.000\$ par exemple, coûte 8000\$ au Costa Rica⁵⁵⁵. Ces éléments qui représentent des piliers dans l'analyse du segment médico-touristique sur cette destination, n'aurait pas eu le même impacte, si la production souffrait d'un manque de qualité. Grâce à la stratégie de l'accréditation, l'offre de soins « *offshore* » dans ce pays, respecte les standards internationale, notamment ceux promus par JCI, (*Joint Commission International*). Les médecins dont beaucoup ont été formés dans les universités américaines, sont en majorité bilingues, (Espagnol-Anglais). En outre, ils utilisent du matériel d'une qualité égale à celle de leurs confrères américains. Le Costa Rica a axé sa politique de développement médico-touristique autour de certaines spécialités. Il s'agit en premier des soins dentaires qui attirent près de 15.000 patients internationaux. Ensuite, il y a les greffes, notamment celles du cœur, des reins, et de la cornée. Enfin d'autres domaines médicaux attirent la clientèle internationale. Il s'agit de la chirurgie bariatrique et de la chirurgie orthopédique. Une des grandes spécialités de ce pays est son expertise dans la chirurgie maxillo-faciale, notamment pour les malformations dites du bec de lièvre. Les principaux hôpitaux à travailler sur le segment des soins délocalisés, sont l'Hôpital Catholique, l'Hôpital biblique ou encore « the Metropolitan Hospital ». Tous ces établissements de soins, qui respectent les normes internationales, sont situés dans la capitale San Jose.

Pour finir, il est difficile d'avoir des chiffres précis sur l'évolution du tourisme au Costa Rica. Cependant dans un contexte de renchérissement du prix des soins au Canada et surtout aux USA, l'arrivée de patients au Costa Rica en provenance de ces deux pays devrait croître. Les canadiens à la différence des américains, entretiennent avec le Costa Rica une longue tradition de coopération sanitaire, comme ils le font aussi avec Cuba, une autre destination de tourisme médical, dans les Caraïbes toutes proches. Comment le pays de Raul Castro a conduit une politique sanitaire, lui permettant d'être l'une des destinations médico-touristiques les plus réputées dans le monde ? Telle est la question qui guidera l'analyse que nous nous proposons de faire dans le prochain propos sur le tourisme médical sur la grande île.

⁵⁵⁵Pierre Couture « De plus en plus de québécois se font soigner les dents ailleurs » [2016] www.JournalduQuebec.com [consulté le 28/11/2016]

- Le tourisme médical sur l'île de Cuba

La mamelle de l'économie cubaine, c'est le tourisme. Les autorités de la Havane, y ont rajouté la vente de services médicaux depuis quelques années. Ainsi sur la grande île, l'activité médico-touristique qui y a cours depuis une quarantaine d'année, a la particularité d'être à l'intersection des deux principales sources de revenus de l'île. En dépit de son image de pays pauvre, Cuba est l'une des destinations médico-touristiques les plus réputées, grâce à la qualité de ses praticiens et de son système de prise en charge des malades⁵⁵⁶. Les chiffres de patients étrangers sur l'île de Cuba s'élèvent à 100.000 pour l'année 2012⁵⁵⁷. En matière de publicité autour de l'objet médico-touristique, on ouvre volontiers la fenêtre sur le passage de Diégo Maradona. Le célèbre footballeur argentin s'était rendu sur l'île, en 2000 pour traiter des problèmes d'addiction aux stupéfiants⁵⁵⁸. Nous allons tenter ici d'observer le tourisme médical à Cuba, non sans avoir fait auparavant un bref état des lieux de son tourisme classique. Cet inventaire est nécessaire à Cuba peut-être plus qu'ailleurs, pour bien saisir une nouvelle fois, l'idée directrice de notre réflexion, qui consiste à percevoir le tourisme médical, non comme un secteur qui se développe *ex nihilo*, mais qui fonctionne comme une variante de l'offre touristique globale sur une destination. En effet Cuba dans l'imaginaire des touristes, est une terre attachante. Ce statut de destination touristique parmi les plus célèbres au monde, s'est construit au fil de son histoire, dans laquelle la révolution de 1959, tient une place incontournable. L'intérêt pour la destination cubaine naît dès lors, pour comprendre la stratégie qui a permis d'inscrire Cuba sur la liste des pays les plus fréquentés par la patientèle internationale.

L'évocation de Cuba dans l'univers du voyage, ramène à des images d'Epinal. La culture de la canne à sucre, la fabrication du rhum, les champs de tabac et la production des cigares. On pense aussi aux 6000 km de côte et ses plages interminables, la figure d'Ernest Hemingway qui y a vécu pendant longtemps, la vieille ville de la Havane, inscrite au patrimoine mondial de l'Unesco depuis 1982. Pour l'année 2016, Cuba a reçu environ 4

⁵⁵⁶ Pascale Filliâtre « Cuba tous les Américains ne sont pas, encore, des touristes » [2014]
www.lechotouristique.com [consulté le 28/05/2015]

⁵⁵⁷ Beryl Godefroy, Nathalie Heulin, Aurélien Vautard : « Cuba, un système de santé solidaire et performant en mutation » In gestion Hospitalières n°518 juin/juillet 2012 P356

⁵⁵⁸ Sira Chayer, [2007] www.fr.canoe.ca [consulté le 27/05/2015]

millions de touristes étrangers, soit une progression de 13% par rapport à 2015. Les performances cubaines étonnent dans le monde du voyage, du fait de l'exotisme politico-économique, avec la persistance de l'idéologie communiste, qui place le pays dans une situation d'exception en comparaison de nombreuses autres destinations touristiques. Cette première particularité de l'île nous fait dériver vers la deuxième, celle qui consiste en l'appartenance de Cuba au cercle fermé des destinations spécialisées dans l'accueil des patients étrangers. Globalement le phénomène médico-touristique est présenté, comme une pratique qui s'est développée dans les pays aux économies émergentes. Ces pays investissent des sommes importantes pour la construction d'infrastructures pour leur développement (routes, voies ferrées, aéroports etc...). Les exemples de la Thaïlande, du Brésil, de L'inde, en témoignent. Le fait qu'à Cuba les infrastructures et les routes soient peu développées, que l'île connaisse des problèmes récurrents de cyclone, de délestage, d'eau, de logements et que tout ceci rejaillisse sur la qualité de vie des habitants, vient remettre en question la relation que l'on tente d'établir entre la notion de pays émergents et le phénomène médico-touristique. La réalité cubaine laisse le sentiment au voyageur d'une économie faite de « bric et de broc ». Comme cette mesure gouvernementale pour régler le problème du transport, qui consiste en la légalisation de l'auto-stop par l'identification de 176 points, à partir desquels il est possible de se faire transporter par des particuliers⁵⁵⁹. Ou encore la pratique de « la permuta », autorisée par l'Etat, qui se résume en un échange de logements entre particulier, pour régler le problème de la pénurie dans l'habitat. Dans la mondialisation, la position cubaine est ambiguë. La permanence du communisme, autorise à penser qu'elle évolue sur une trajectoire anachronique, hors de notre époque. Parallèlement son tourisme l'y propulse. Cette « bipolarité » vient être renforcée grâce au développement du secteur des soins délocalisés.

La genèse du tourisme médical à la Havane et dans d'autres grandes villes cubaines, se situe dans la décennie 1990. Selon l'OMS, le système de santé Cubain fait parti des 28 meilleurs au monde. Ce statut crée un terrain fertile pour l'activité de soins à destination de patients venus de l'étranger. Généralement, l'analyse du secteur de la santé commande une prise en compte des facteurs de santé, dont participe le niveau d'instruction des masses populaires. Cette donne crée un environnement favorable quant à l'efficacité des politiques de prévention. A la révolution cubaine, un chapelet de mesures ont été prises. Celles-ci sont relatives à l'instruction des masses populaires, et aux soins à apporter aux habitants, dans un contexte d'exode massif de la bourgeoisie cubaine, composée de nombreux médecins. Pour y faire face, le gouvernement de Fidel Castro à ses débuts, s'est lancé de manière effrénée dans la formation de médecins. Aujourd'hui on dénombre sur l'archipel de Cuba, 21 facultés de

⁵⁵⁹ Michèle Guicharnaud-Tollis, Jean-Louis Joachim : « Cuba de l'Indépendance à nos Jours » 2007 P234

médecines, plus de 100 écoles d'infirmières, et quatre instituts supérieurs de la santé. Pour garantir une égale répartition des personnels de santé sur l'étendue du territoire nationale, les médecins sortant des facultés cubaines ont l'obligation de commencer leur carrière en zone rurale. A l'issue de cette période, ils peuvent s'engager dans une spécialisation. Dans le cadre de la prévention, des campagnes pour l'hygiène, pour le dépistage précoce des pathologies génétiques, et des maladies infectieuses sont régulièrement organisées. En 1999, une grogne populaire s'empare de l'île. Ces troubles sociaux sont des effets collatéraux de la disparation de l'empire soviétique, principale soutien international des autorités de la Havane. Un train de 200 mesures a été pris, pour juguler cette crise sociale. Au chapitre de la santé, l'Etat cubain a décidé du renforcement des capacités médicales, et de l'assistance aux plus faibles. Durant l'année 2003, le gouvernement cubain va lancer une série d'investissements en faveur du secteur de la santé. Ce plan porte sur la réhabilitation de structures de santé et de l'équipement des pharmacies. Ainsi près de 400 établissements de soins vont être réhabilités et équipés en matériel de technologie médicale. Ces premières mesures s'accompagnent aussi de la formation continue du personnel soignant. Cette permanence de l'action gouvernementale en faveur de la santé publique sur l'île, produit aujourd'hui des résultats qui se traduisent par l'existence à Cuba d'un des systèmes de santé les plus efficaces au monde selon l'OMS. Ainsi en 2012, le ratio de médecins par habitant était de 1/148, l'un des plus élevé de la planète⁵⁶⁰. L'accès aux soins est assuré pour 99,1% de la population cubaine. L'espérance de vie y est de 77,9, et le taux de mortalité infantile se situe autour de 6,2%. Ces indices de développement humain sont analogues à ceux des pays développés. Le plateau technique cubain, se compose de plusieurs types d'établissements. Il y d'abord le réseau des polycliniques communautaires. Ensuite viennent les polycliniques intégrales. Ces deux premiers types de structures représentent l'échelle à laquelle se déroule la majorité des interventions médicales. Ces structures permettent d'assurer les soins de premier niveau. La deuxième catégorie des établissements de santé est représentée par les hôpitaux, qui sont réservés aux interventions lourdes.

L'une des particularités à Cuba est d'avoir utilisé son expertise médicale comme un instrument de sa diplomatie bilatérale, pour servir dans la rhétorique pro-communiste au-delà des frontières⁵⁶¹. Une trentaine de pays dont le Venezuela, la Bolivie, l'Equateur, l'Angola, etc., ont signé des accords de coopération sanitaire avec les autorités de la Havane. Le système de santé cubain possède une technologie médicale et un savoir-faire reconnu dans

⁵⁶⁰ «Le tourisme médical un sillon à creuser pour l'économie cubaine » www.leparisien.fr [2013] consulté le 14/07/2015

⁵⁶¹ Jérôme Mageiste, op.cit., 2010, P189

le monde médical. L'expertise médicale cubaine est prise en compte dans les exportations pour le calcul du PIB. La vente de prestations médicales rapporte près de 6 milliards de dollars⁵⁶². Il existe sur l'île une vingtaine de centres spécialisés sur le segment médico-touristique. Ces derniers valident les critères imposés par les normes Iso 9001 et Iso 14.000. En outre, la disponibilité des soins et les prix attractifs sont des facteurs qui motivent les patients étrangers à se rendre sur l'île. En matière de chirurgie esthétique par exemple, une intervention à Cuba coûte 1300 dollars, alors qu'en France ou aux USA, ce type d'opération revient à un prix qui oscille entre 4000 et 6000 dollars. Le gain pour le patient lors d'un voyage sanitaire à Cuba est de plus de 60%. Comme sur les autres destinations médico-touristiques, la spécialisation permet d'optimiser la production des soins. Les spécialités qui motivent l'arrivée de la clientèle internationale sont l'ophtalmologie, l'orthopédie, l'oncologie, la gériatrie, la cardiologie, la chirurgie esthétique. Cependant un domaine dans lequel Cuba excelle, est celui du traitement des addictions, notamment celle à la cocaïne.

Pour l'opportunité d'entrée de devises que représente le secteur médico-touristique, le gouvernement a décidé de travailler à son développement. La stratégie adoptée comprend différentes mesures. D'abord, il s'agit de renforcer les capacités médicales de l'île. De nouveaux investissements vont être entrepris dans le domaine de la santé. Ensuite, Cuba élargit le spectre de ses pays partenaires, notamment à ceux d'Afrique. Ce type de collaboration se décline en deux volets. D'une part, accueillir les patients de ces pays. Et d'autre part, proposer l'expertise cubaine en matière de gestion globale des systèmes de soins. Dans ce cadre le Président Ali Bongo Odimba du Gabon s'est rendu en juillet 2017 sur l'île pour signer des accords de coopération sanitaire. Le Gabon envisage de s'inscrire dans le secteur médico-touristique, et souhaite donc bénéficier de l'expertise cubaine. Mais par le biais du tourisme médical, c'est le redécoupage de toute l'économie liée à la santé, à la médecine et à la pharmacie qui est visé. En effet, la fabrication de produits pharmaceutiques, rapporte à ce pays environ 300 millions d'euros à l'année⁵⁶³. Enfin le dernier volet de la stratégie cubaine consiste à créer des partenariats avec des entreprises privées, entre autres avec la société SSI, une entreprise canadienne⁵⁶⁴. En 2013, 500 patients originaires du Québec ont été traités à Cuba pour différents type de pathologies.

⁵⁶² «Tourisme et santé, une affaire où tous sont gagnants » www.cuba24horas.com [consulté le 25/08/2015]

⁵⁶³ Beryl Godefroy, Nathalie Heulin, Aurélien Vautard, op.cit., 2012 P353

⁵⁶⁴ Sira Chaye, op.cit., [2007]

L'un des handicaps au décollage économique de Cuba, est l'embargo qui lui a été imposé par les USA depuis 1962. Dans ce contexte, les restrictions pour l'importation de matériel de technologie médicale sont un frein à la mise en œuvre de ses capacités réelles dans la production de soins à destinations des étrangers. En outre la faible rémunération accordée aux personnels de santé, souvent contraints de mener des activités parallèles pour pouvoir accroître leur moyens de subsistance, menace à longs termes les performances de ces soignants et par la même occasion l'équilibre du système de santé. En effet nombreux sont les soignants cubains qui n'hésitent pas au sortir du service à troquer la blouse, contre la casquette de guide touristique, ou contre celle de chauffeur de taxi afin d'arrondir les fins de mois.

Cependant les derniers développements de l'actualité, et la disparition à échéance des restrictions imposées par l'administration du grand voisin yankee, augure d'un bel avenir pour le tourisme en général et aussi pour le tourisme médical. Certes tous les obstacles pour la normalisation des relations diplomatiques et commerciales ne sont pas encore levés. Cependant que Cuba ait été avant la révolution de 1959 l'espace « naturel » de la villégiature étasunienne, augure d'une reprise économique en cas de réouverture de la coopération économique avec les USA. Et il n'est pas exagéré de dire que la « nature » devrait reprendre ses droits, avec près 5 à 10 milliards de dollars, prêts à être injectés dans l'économie cubaine, et singulièrement celle du tourisme par des investisseurs américains⁵⁶⁵. Avec la prise du pouvoir de Raul Castro, Cuba s'ouvre peu à peu à l'économie de marché. Sur le plan du tourisme médical, la persistance des inégalités d'accès aux soins aux USA, et la marche-arrière que tente le Président Trump au sujet de l'Obamacare, sont des facteurs qui devraient pousser les patients américains à long terme vers la destination cubaine. En cela, la diaspora cubaine vivant aux USA et la communauté latino, constitue un premier vivier pour alimenter la patientèle internationale à Cuba. Le Canada, qui est un pays émetteurs de touristes médicaux à destination de Cuba, devrait aussi voir le nombre de ses patients à destinations de la grande île augmenter. Cependant la position du Canada est assez particulière. Ce pays est à la fois pourvoyeur et récepteur de touristes médicaux. Il constitue dans l'espace nord américain une destination prisé par les malades étrangers, notamment pour ceux en provenance des USA. Comment se présente l'activité médico-touristique au Canada et aux USA ? C'est à ces deux pays que nous allons consacrer les prochains développements de notre réflexion.

⁵⁶⁵Anne Denis « Cuba la grande mutation » [2015] www.slate.fr [consulté le 10/12/2016]

- Tourisme médical en Amérique du Nord
- Le cas du Canada

Avec une superficie de 9,985 millions km², et une population de 36,7 millions d'habitants, le Canada qui est le deuxième pays le plus grand au monde, participe au large mouvement médico-touristique mondial. L'une des caractéristiques du tourisme médical qui distingue les pays de l'OCDE des autres destinations exportatrices de services médicaux, est le double sens des déplacements à caractère thérapeutiques. Les destinations de l'OCDE sont à la fois des importateurs et exportateurs de service médicaux. Ces flux évoluent sur des trajectoires qui se croisent. Nous avons pu noter précédemment que de nombreux canadiens se rendent au Costa Rica et à Cuba pour y recevoir des soins. Le tourisme médical au Canada est une des solutions sollicitées par les autorités sanitaires de ce pays, pour permettre aux hôpitaux canadiens de régler l'épineuse question des listes d'attentes. En réalité, seulement 2% des canadiens ont entrepris un voyage pour des raisons thérapeutiques en dehors des frontières de leur pays⁵⁶⁶. C'est donc en tant que pays recevant une patientèle originaire d'autres territoires que le cas du Canada nous intéresse ici. La notion de territoire a toute son importance car elle définit une particularité pour le segment médico-touristique au Canada. En effet la grande superficie du pays impose aux patients de parcourir de longues distances, pour aller d'une province à une autre. Ainsi le tourisme médical possède la caractéristique de déplacements intra-frontaliers. Cette spécificité remet indirectement en débat le sujet d'épistémologie qu'est la définition du tourisme médical. S'ajoute une seconde spécificité, celle de la dimension transfrontalière et internationale du tourisme médical au Canada, avec les patients en provenance des USA voisins et des autres pays du monde. Nous allons observer le phénomène médico-touristique tel qu'il se déploie au Canada, notamment dans les provinces de l'Ontario, du Québec, et de la Colombie-Britannique, et de leurs capitales respectives qui ont investi ce secteur.

Comme de nombreux pays développés, le Canada connaît des difficultés dans le fonctionnement de son système de santé. La détérioration des conditions de prise en charge en matière de santé, est consécutive à une raréfaction des médecins personnels et un retard pris dans l'acquisition de matériel de technologie médicale récente. La longueur des listes d'attente pour certaines spécialités, les attentes interminables dans les services d'urgence, et la hausse du prix d'interventions spécifiques, achèvent de convaincre l'observateur sur les

⁵⁶⁶ « L'évolution du tourisme au Canada » www2.deloitte.com [consulté le 15/12/2016] P6

pannes du système de soins canadien. La dentisterie, l'ophtalmologie et l'orthopédie, notamment sur les remplacements de hanche, sont des soins pour lesquels les patients canadiens doivent souscrire à une assurance complémentaire. Ces difficultés poussent une part croissante des malades, notamment des retraitées, à se déplacer vers les destinations de l'Asie, d'Amérique du Sud et des Caraïbes pour des soins. En 2013, 52.000 patients canadiens, ont choisi les soins délocalisés qui reviennent de 50 à 60% moins chers que les prix pratiqués dans leurs pays. L'ensemble des dépenses consenties par les patients canadiens à l'étranger se situent autour de 447 millions de dollars⁵⁶⁷.

Cependant le Canada sur le marché des soins délocalisés agit aussi en tant que pays récepteur d'une patientèle étrangère. Certes nous avons évoqué les dysfonctionnements du système de santé au Canada. Cependant, cela ne doit pas occulter les succès enregistré dans la prise en charge globale des patients dans ce pays. En effet, le système de santé au Canada est organisé selon le principe de l'égalité et de l'universalité de l'accès aux soins. L'un des progrès en matière hospitalière initié au Canada et qui s'est ensuite propagé dans d'autres pays, concerne une méthode innovante. Celle-ci touche la hiérarchisation des soins, la mise en place de politique de qualité en matière hospitalière, et la promotion des soins en ambulatoire⁵⁶⁸. Il faut ajouter que dans ce pays, l'esprit qui prévaut dans sa politique de santé est celui d'une population locale à préserver. C'est cette conception de la santé qui oriente les choix politiques afférant. Cette idée des soins est en opposition à une conception qui ne cesse de se répandre dans de nombreux pays, celle de l'hôpital-entreprise. Ainsi en proposant des soins à destination des patients étrangers, c'est le savoir-faire de ses praticiens et la qualité de son système de santé que le Canada met à leur disposition. Dans ce pays, c'est le secteur public qui pourvoie de manière quasi monopolistique aux besoins de santé. L'émergence depuis quelques années d'un secteur des soins privés, vient compléter l'offre publique hospitalière. Cependant l'activité des cliniques se limite à certaines spécialités qui sont l'ophtalmologie, la radiologie, la chirurgie de confort, et enfin à certains soins pratiqués en ambulatoire.

Chaque organisme public hospitalier au Canada possède une fondation à laquelle la population fait des dons. Grâce à ces résultats intéressants et en dépit des difficultés du système, le Canada reçoit sa part de patients venus de l'étranger. Certes les prix au Canada

⁵⁶⁷Jean Michel Gagnon : «Le tourisme médical, un remède de plus en plus populaire » [2015] www.lapresse.ca [Consulté le 13/03/2017]

⁵⁶⁸Frédéric Spinhirny : « Entretien avec Pauline Maisini, Directrice de la planification et du développement stratégique, CHU de Montréal » in Revue Gestion hospitalières n°518, juin/Juillet 2012 P331

sont plus élevés en comparaison des autres pays médico-touristiques. Mais ce pays a tiré de l'accueil des patients étrangers des revenus qui s'élèvent à près de 150 millions de dollars en 2013. L'atout principal du Canada en matière de soins délocalisés est sa proximité géographique, voire culturelle, et l'absence de visa entre ce pays et les USA. La proximité culturelle implique aussi une analogie des pratiques médicales et de l'équipement technologique. Ces éléments créent les conditions favorables qui permettent de compter dans la patientèle canadienne une part significative de patients originaires des USA. Ensuite la deuxième « filière d'approvisionnement » du Canada pour le secteur médico-touristique, est le tourisme intra-frontalier. On observe au Canada le déplacement de patients originaires de certaines provinces vers des régions dans lesquelles la prise en charge de certaines pathologies est mieux assurée. Ce type de déplacements peut-il être qualifié en actes médico-touristiques ? Du point de vue de l'épistémologie, on peut estimer que la réévaluation en acte de tourisme médical, pour ce type de voyage tient de la distance parcourue par les patients. C'est donc l'importance des distances parcourues, qui assoit le caractère médico-touristique de ces voyages. (P122-124). Le chiffre des patients canadiens qui se déplacent à l'intérieur des frontières du pays est de 2%, de la population totale. Sur une population d'environ 36 millions d'habitants, cela représente un peu plus de 7200 malades. Ces déplacements à l'intérieur du Canada, sont motivés par la réglementation relative à une catégorie d'actes médicaux dans les régions d'origine des patients. Les disparités observées d'une région à une autre, dans les moyens thérapeutiques mis en œuvre pour le traitement de certaines pathologies, motivent aussi les déplacements intra-frontaliers⁵⁶⁹.

Au Canada, la politique de santé se décline sous deux angles. Il y a en premier lieu et dans une vision globale, l'action du gouvernement Fédéral. Son rôle consiste à garantir l'accès aux soins à tous les Canadiens et aux personnes résidant sur le territoire national. Cependant, c'est aux provinces de piloter la politique de santé dans leurs zones administratives. Ainsi l'obligation pour les habitants d'être couverts s'organise à l'échelle de chaque territoire. Il en résulte des disparités, plus au moins flagrantes en fonction des provinces. Ces différences de l'ordre de la prise en charge, sont à mettre en lien avec les mécanismes de financement de la santé au Canada, soumis aux incertitudes de la philanthropie. Les gouvernements de l'Ontario et de la Colombie britannique s'en sortent mieux que ceux des autres Provinces. Pour exemple ils ont entrepris de remboursement intégral du « Zepatier », un traitement à 28.000€ contre l'Hépatite C. Ainsi, certaines provinces sont mieux préparées pour recevoir les patients venus d'autres contrées. Outre les patients originaires des autres territoires canadiens, ces provinces accueillent aussi chaque année de nombreux patients venus des USA, et d'autres pays plus éloignés comme le Koweït.

⁵⁶⁹ Maïté Levasseur op.cit. ,2008

En 2013 le Québec a conclu un accord avec le gouvernement koweïtien. Ce partenariat stipule la fourniture de soins à des patients koweïtiens pour un montant de 86 millions d'euros. À Toronto, Dans la province de l'Ontario, les soins aux étrangers ont rapporté au réseau universitaire de santé (RUS), qui regroupe l'hôpital de Toronto et l'Institut Ontarien du Cancer, des revenus de 50 millions de dollars en 2011⁵⁷⁰. Ces revenus additionnels sont utiles pour permettre aux systèmes de santé provinciaux de surmonter les tensions budgétaires. Cependant de nombreux canadiens sont réticents face au développement du tourisme médical⁵⁷¹. Ces réserves apparaissent d'autant plus légitimes, lorsque l'on prend en compte le financement du système de santé basé sur la philanthropie des habitants que nous avons évoqué plus haut. Il y a chez certains canadiens vis-à-vis du tourisme médical, le sentiment d'un nouvel écueil dans leur accès aux soins. Ces contestataires sont aussi composés de professionnels de santé, qui craignent que les frais de promotion du tourisme médical soient supportés par les dons des canadiens. Par contre la partie de l'opinion publique qui est en faveur du tourisme médical voit, dans l'exigence de qualité qui doit accompagner ce type de prestation, une opportunité pour l'amélioration globale du niveau des prestations médicales. Certains espèrent également que les nouvelles ressources tirées de ce secteur profitent *in fine* aux patients canadiens. D'ailleurs pour donner une nouvelle impulsion au secteur médico-touristique, des rencontres entre professionnels de la filière sont organisées⁵⁷². Tous les acteurs y sont représentés. Autant certains travaillant à l'interne que d'autres opérant à l'externe. Le salon du tourisme médical était en 2016 à sa deuxième édition à Ottawa, après celle de 2015 à Montréal.

L'activité du tourisme médical au Canada, est portée par une patientèle intra-frontalière et en une part significative de patients en provenance des Etats-Unis. En dépit des récentes réformes de l'assurance-santé aux USA, la part transfrontalière de la patientèle canadienne constitue le noyau dur des étrangers venant se soigner dans le pays. En 2013, les projections économiques pour l'arrivée de patients nord-américains s'élevaient à plus de 5 milliards de dollars. Cependant, en dehors de la patientèle américaine, le Canada a beaucoup de peine à asseoir une vraie réputation sur le marché des soins délocalisés. La faute sans doute au coût plus élevé de la main-d'œuvre hospitalière, en comparaison de celle de pays

⁵⁷⁰ « Rejeter le tourisme médical afin de protéger l'assurance-maladie » [2013] www.cnc-aiic.ca [Consulté le 11/03/2017]

⁵⁷¹ Matthew B. Stanbrook, John Fletcher MB, « Attirer des touristes médicaux au Canada : une expérience risquée » [2014] www.cmaj.ca [consulté le 07/03/2017]

⁵⁷² Pierre Couture « De plus en plus de québécois se font soigner les dents ailleurs » [2016] journalduquebec.com [consulté le 28/11/2016]

concurrents immédiats tels Cuba, ou le Costa Rica à quelques heures d'avions. La méthode idéale pour le développement du segment médico-touristique au Canada doit consister dans le renforcement de l'axe des mobilités thérapeutiques transfrontalières, notamment celles originaires des USA. Dans un deuxième temps, il faut un nécessaire équilibre de la balance des paiements au niveau du secteur de la santé. Certes l'envoi d'assurés canadiens pour des soins à l'étranger est une solution pour résoudre la question des listes d'attente. Cependant cette méthode à un coût et comporte des inconvénients en terme de suivi post-opératoire. Ainsi, la hausse du niveau de la qualité dans la prise en charge des patients locaux, aura pour conséquence de freiner le départ de patients canadiens vers l'étranger. Les USA qui, nous l'avons souligné, pourvoient en grande partie à la patientèle internationale du Canada, connaissent aussi sur leur sol des mobilités liées à la santé. L'analyse du segment médico-touristes aux Etats-Unis va constituer le second exemple de notre réflexion sur le tourisme médical en Amérique du nord.

- Le tourisme médical aux Etats-Unis d'Amérique

Les chiffres du tourisme médical au niveau mondial attestent de l'importance du contingent de patients originaires des USA dans la composition de la patientèle internationale. En 2016, environ 1,4 millions d'américains ont quitté les USA pour des soins à destination d'autres pays la Thaïlande, l'Inde, Singapour⁵⁷³. Ces flux de patients en provenance des Etats-Unis s'expliquent par l'importance des sommes à déboursier par les américains moyens en cas de problème majeur de santé⁵⁷⁴. La faute sans doute au fait, qu'au pays de l'oncle Sam, ce pan important de la vie des individus, que représente la santé, n'ait pas été pensé à la fondation du pays et par la suite comme un bien collectif. La latitude a été laissée à chaque américain de trouver les moyens pour subvenir à ces besoins de santé. Cependant en faveur de la santé de tous et notamment des plus vulnérables, l'Etat fédéral a favorisé l'éclosion des hôpitaux privés à but non lucratif. Cette conception du centre hospitalier fut à l'origine de l'apparition de grands ensembles architecturaux dédiés à l'accueil des malades. On trouve dans ce premier phénomène, l'une des origines du tourisme médical. Car la plupart des structures médico-touristiques dans le monde s'inspirent de

⁵⁷³Jane Sarasohn-Khan « Medical Tourism - A Growing Retail Health Strategy » [2016] www.huffingtonpost.com [Consulté le 12/03/2017]

⁵⁷⁴Maité Levasseur « Tourisme médical : opportunités et controverses » [2008] www.veilletourisme.ca

[Consulté le 11/03/2017]

l'architecture et de la gestion proposées dans le modèle américain. Durant les années 1980, les Etats-Unis et certains pays d'Europe (Angleterre, Allemagne et France) sont les principales destinations médico-touristiques (P133). Aujourd'hui la mondialisation confronte ces anciens pays du tourisme médical à la concurrence des pays émergents. Avec le handicap que constitue le coût de l'accès aux soins dans ce pays, et la barrière des formalités d'émigration, les USA continuent à mener des activités d'accueil de patients étrangers. Selon une étude du Cabinet Deloitte datant de 2008, les Etats-Unis ont accueilli près de 400.000 malades étrangers⁵⁷⁵. Ces chiffres intéressants nous emmènent à nous interroger sur l'activité de l'accueil des patients non-résidents, telle qu'elle est pratiquée aux Etats-Unis, ce pays continent. Nous allons tenter ici d'y apporter quelques éléments de réponse, à partir de la « Mayo Clinic » de Rochester, dans le Minnesota, et de la « Cleveland Clinic » dans l'Ohio.

La Mayo Clinic et la Cleveland Clinic sont classées parmi les 10 meilleurs hôpitaux aux USA. Comme son voisin du nord, le Canada, le tourisme médical aux USA attire d'abord une patientèle domestique, nous ramenant une fois de plus à la querelle sur la validité épistémologique du concept. Au demeurant, à la Mayo Clinic, 85% de la patientèle provient d'un rayon de 800 km⁵⁷⁶. Ainsi de nombreux patients américains se déplacent à l'intérieur d'un même Etat, ou bien quittent leurs lieux de vie habituelle, pour se rendre dans d'autres contrées pour des soins. Une deuxième catégorie de malades, qui se rendent aux Etats-Unis du fait de la qualité de la médecine américaine, est composée de patients venus de l'étranger. Certes le pourcentage de ces malades étrangers ne représente que 4% de la totalité des malades reçus dans les hôpitaux américains. Cependant le nombre des patients originaires de l'étranger s'est réduit suite aux attentats du 11 septembre 2001. Cette donnée géopolitique est importante à considérer sur le plan financier, quand on sait que les patients des Emirats Arabes-Unis et d'Arabie Saoudite ont la réputation de dépenser sans compter. Partant de ces riches patients arabes, vont se décliner les grandes lignes du patient international aux USA. Il s'agit généralement de malades fortunés ou bien de personnes accueillies grâce à la philanthropie de gens riches.

La plupart des grands hôpitaux américains ont le statut d'établissement privé à but non lucratif. C'est le cas de l'hôpital Johns Hopkins, le plus important centre de soins aux

⁵⁷⁵ « Soins reçus à l'étranger et réforme santé aux Etats-Unis » [2010] www.patientssansfrontieres.fr [consulté le 12 juillet 2015]

⁵⁷⁶ « Dr Fred Nobrega : « La gestion médicale de la Mayo clinic » Revue Hospitalisation Nouvelle Union hospitalière privée » février 1990 »

USA, mais aussi de la Mayo Clinic et de la Cleveland Clinic. Ces établissements ont des activités d'hospitalisations et d'enseignements⁵⁷⁷. Ces grands centres hospitaliers concentrent 87% des formations médicales aux USA. Leur profil est très proche de celui des CHU en France. La conception de l'hôpital aux USA, dans son architecture et dans sa gestion, est la principale source d'inspiration des cliniques qui mènent des activités médico-touristiques, (*le Bumrungrad hospital en Thaïlande, les cliniques du groupe Appolo en Inde, l'hôpital Albert Einstein au Brésil, etc...*). En outre, des franchises des meilleurs centres hospitaliers américains ne cessent d'éclorre dans d'autres pays étrangers, depuis le début des années 2000 (*Angleterre, Emirats Arabes Unis, Canada etc...*). Des avantages fiscaux, dont des exonérations d'impôts sur le bénéfice et sur le foncier, sont accordés aux hôpitaux américains pour leur permettre de consacrer ces sommes aux activités de recherche. C'est une des raisons de leur avance en matière de technologie médicale.⁵⁷⁸

Avec une population estimée à 100.000 personnes en 2015, la ville de Rochester dans le Minnesota, à deux heures de Minneapolis, compte deux entreprises qui sont des piliers de son économie. Il s'agit de la firme informatique IBM et de la « Mayo Clinic »⁵⁷⁹. Cet établissement hospitalier, qui jouit d'une renommée mondiale, reçoit chaque année plus de 1,5 million de patients. Son chiffre d'affaires en 2013 était de 9,4 milliards de dollars⁵⁸⁰. A la Mayo Clinic, la qualité provient des conditions de la prise en charge médicale, et de la valeur des installations. En effet, ce centre est équipé des dernières technologies, et la fonction hôtelière dans l'hospitalisation se réalise avec des services dignes des grands hôtels. En plus la sécurité des patients y est une préoccupation centrale. On peut estimer que la lutte contre les maladies nosocomiales est dans « l'ADN » de cet établissement. Au niveau de la recherche, ce centre s'est spécialisé dans la chirurgie cardiaque, les interventions en orthopédie, la neurochirurgie et enfin dans la chirurgie de l'appareil digestif. Le groupe Mayo Clinic a su s'attacher les services de plus de 53.000 employés sur la totalité de ces sites, (Floride, Arizona), dont 4000 médecins et chercheurs.

La présence de patients venus de l'étranger est un segment qui se développe dans cet établissement. Pour cette activité, la célèbre clinique de Rochester mobilise près de 70

⁵⁷⁷Philippe Manière, Denise Silber : « Hôpital, le modèle Invisible » 2005 P31-32

⁵⁷⁸«Soins reçus à l'étranger et réforme santé aux Etats-Unis » www.patientsansfrontieres.fr ,op.cit. ,2015

⁵⁷⁹ Dr Fred Nobrega, op.cit. ,1990 P55

⁵⁸⁰Guillaume Bayre : « la Mayo clinic met l'Amérique en bonne santé » [2014] www.lefigaro.fr [Consulté le 17 juillet 2015]

traducteurs en 30 langues. En vue de renforcer la position de la « Mayo Clinic », sur l'échiquier du tourisme médical aux USA et dans le monde, un projet tripartite de développement d'une ville biomédicale, dénommé « P3 », porté par la « Mayo Clinic », la municipalité de Rochester, et par les autorités du Minnesota a été lancé. Ce projet dont l'exécution s'étale sur une période de 20 ans, coûtera près de 6,5 milliards de dollars. Son plan vise à organiser les aménagements urbains et la vie à Rochester, autour du pôle central qu'est la Clinic Mayo⁵⁸¹. Ce programme est porteur de nouvelles opportunités d'emplois qui s'évaluent entre 25.000 et 45.000 postes dans divers corps de métiers, notamment dans l'hôtellerie, le transport, et le commerce de luxe. En outre les revenus attendus de l'arrivée de touristes médicaux devraient permettre d'effectuer de nouveaux investissements pour améliorer le cadre de vie de la population locale. Cependant les mécanismes de financement du projet « P3 », assis à la fois sur la participation d'investisseurs privés et sur des financements publics, soulève des inquiétudes chez certains habitants. Certes, les autorités du Minnesota, et de celles de Rochester, ont fait appel à des investisseurs saoudiens, Emiratis, vénézuéliens, et indiens. Pour autant une part de la population cache mal ses réserves devant cette entreprise. Elle craint d'une part une hausse des impôts mais aussi une urbanisation accélérée à laquelle la ville de Rochester n'est pas préparée.

Le deuxième établissement qui va servir d'exemple dans notre observation du segment médico-touristique aux Etats-Unis est la « Cleveland Clinic ». Elle est située dans la ville éponyme de l'Etat de l'Ohio. Cette clinique couvre une région habitée par une population de 6 millions de personnes. La renommée de ce centre a franchi les frontières de l'Amérique. Ainsi environ 4% des malades reçus sont originaires de 125 pays dans le monde. En l'an 2000, cela représentait près de 4100 patients originaires d'autres pays⁵⁸². Pour accueillir cette catégorie de patients, une unité de spéciale « Global patient services », y a été ouverte. Le principal atout de la Cleveland Clinic est la qualité de ses praticiens et de ses installations. Cela se traduit en termes de projets et de moyens de recherche. L'établissement est à la pointe dans ses interventions chirurgicales. En cardiologie par exemple, les premières angioplasties (1958) et les chirurgies mini-invasives de la valve (1996) au monde se sont déroulées dans la célèbre clinique de l'Ohio. De même qu'en matière de soins digestifs et en urologie, la Cleveland clinic est pionnière pour les progrès réalisés dans ces spécialités. Enfin ce fût aussi le premier établissement au monde à pratiquer une greffe réussie du visage en

⁵⁸¹Neal Ungerleider « The \$6.5 Billion, 20-Year Plan To Transform An American City » [2015] www.fastcompany.com [Consulté le 12/03/2017]

⁵⁸²Robin Respaud : « Cleveland Clinic exports marquee Ohio Brand to Abu Dhabi » [2014] www.reuters.com [Consulté le 14/03/2017]

2008⁵⁸³. Pour la gestion des dossiers médicaux, l'établissement fait partie des premiers à être passé au système dématérialisé, et son site internet permet aux patients de pouvoir prendre leurs RDV en ligne.

Cependant les secousses liées aux attentats du 11 septembre et la récente réforme du système de santé américain, sous la présidence de Barack Obama, ont accentué les difficultés des établissements hospitaliers américains à but non lucratif. En Amérique aussi, l'institution hospitalière est en crise. Et il importe de trouver de nouvelles sources de revenus. La Cleveland Clinic pour surmonter la crise a opté pour une stratégie qui se décline en deux volets. Un partenariat avec d'autres cliniques et hôpitaux dans le monde a été initié. Dans ce cadre les praticiens de la clinique font des consultations à distance, pour des hôpitaux partenaires, grâce aux vertus de la télémédecine. Ensuite depuis quelques années, la Cleveland clinique est devenue une marque. On voit s'ouvrir aux USA et à l'étranger des cliniques avec cette enseigne. Des établissements ont été ouverts en Floride, en Arizona. Hors des USA, le Canada, l'Angleterre (Londres), Abu Dhabi, accueillent des succursales du groupe hospitalier de l'Ohio⁵⁸⁴. A Abu Dhabi, les salaires des employés affectés par la maison-mère américaine, sont pris en charge par les partenaires émiratis. Cela permet de réduire les risques financiers liés à l'opération d'extension.

Globalement on peut estimer que l'Obamacare est une bonne nouvelle pour la santé de l'américain moyen. Cependant cette loi en offrant une couverture maladie à une part plus importante de la population américaine, dégarnit par la même occasion le lot des adhérents aux compagnies d'assurances traditionnelles. En conséquence, les services des assureurs traditionnels sont moins sollicités, et ils envoient pour cette raison moins de patients vers ces grandes cliniques. Ce qui entraîne pour ces hôpitaux une baisse significative de revenus⁵⁸⁵. D'où la nouvelle tendance pour ces groupes hospitaliers à s'implanter à l'étranger. Cependant la stratégie de délocalisation de ces grands hôpitaux est en train de montrer ses limites. En effet, les patients dans ces pays étrangers n'ont pas toujours les moyens de recourir à ces établissements hospitaliers. Ces derniers restent relativement chers. En effet pour tirer profit de cette méthode, tout en conservant la qualité des prestations, il importe de recevoir un

⁵⁸³ Louis Onmes : « Du coté de la Cleveland Clinic, what's else ? » Revue Gestion Hospitalière n°515 avril 2012 P205

⁵⁸⁴ Jane Sarasohn-Khan, *op.cit.*, 2016

⁵⁸⁵ Robin Respaut, *op.cit.*, 2014

volume important de malades. Or le nombre de malades accueillis dans ces succursales ne suffit pas toujours à dégager des marges bénéficiaires. Pour le développement du segment médico-touristique aux USA, les efforts de ces établissements doivent continuer à être axés sur l'atout que représente leur avance technologique, dans un contexte de compétition internationale. Les Etats-Unis dans le domaine médico-touristique sont confrontés à la fois à la concurrence des pays émergents, mais aussi à celle des pays européens, dont certains portent aussi l'origine du tourisme médical. Nous allons à présent tenter d'analyser le segment médico-touristique en Europe. Cette partie de notre réflexion se fera selon un découpage en deux zones. D'abord une première partie qui concerne l'Europe de l'Ouest, avec les cas de l'Allemagne et de l'Espagne. La seconde zone de l'Europe sera celle de l'Europe de l'Est avec pour sujets d'observation, la Hongrie et la République Tchèque. Dans ces pays du vieux continent, le tourisme médical au-delà des permanences, présente aussi des éléments propres à chaque pays.

- Le Tourisme médical en Europe de l'Ouest
- Le cas de l'Allemagne

Les mobilités médico-touristiques en Allemagne sont à double sens. L'Allemagne est à la fois un pays émetteur et récepteur d'une partie de la patientèle internationale. Dans le sens des départs, de nombreux allemands quittent leur pays en direction de la Pologne, de la Hongrie, de la Thaïlande chaque année. Ils vont y recevoir des soins de chirurgie esthétique, de dentisterie ou de chirurgie plastique. Pour autant, c'est surtout en tant que pays récepteur de touristes médicaux que l'expérience germanique nous intéresse à ce niveau de notre analyse. Cette destination est classée 6eme sur 41, pour le tourisme médical selon le MTI⁵⁸⁶ en 2016. Ces performances s'expliquent par les vertus d'un secteur médical national, qui jouit d'une excellente réputation au niveau international. Ainsi en 2012, près de 224000 patients originaires de différents endroits de la planète se sont rendus en Allemagne pour y être soignés⁵⁸⁷. Ce segment qui rapporte près de 1,2 milliards d'euros⁵⁸⁸, nous donne par son poids économique des raisons de nous interroger sur ses tenants. En Allemagne, les performances de la médecine sont en lien directe avec l'histoire de la protection sociale. Mondialement,

⁵⁸⁶ « Medical Tourism Index », promu par l'Organisme Américain à but non-lucratif CIRH

⁵⁸⁷ Vor allem, Russen nutzen Angebot, «Medizintourismus in Deutschland» [2014] www.expat-news.com [Consulté le 16/01/2017]

⁵⁸⁸ Von Andrea, Justin Westhoff « Medizintourismus in Deutschland » [2016] www.deutschlandfunktur » [consulté le 16/01/2017]

l'Allemagne est reconnue comme la terre d'origine de la protection sociale. C'est le pionnier dans le domaine de l'assurance santé universelle. L'obédience bismarckienne de certains régimes d'assurance santé, s'inspire des premières expériences en la matière menées par l'Allemagne, sous le pouvoir du Chancelier Von Bismarck. En 1883, l'action du Chancelier a consisté à organiser la multitude de caisses professionnelles qui existaient grâce au principe de l'entraide intra sectorielle.⁵⁸⁹ Pour l'heure, nous allons observer le phénomène médico-touristique en Allemagne dans ses résultats et dans les stratégies qui permettent de les obtenir.

Au niveau touristique l'Allemagne est mondialement reconnue pour être l'un des plus grands émetteurs de touristes. Mais ce pays reçoit aussi de nombreux touristes internationaux à l'image des autres pays de la sphère occidentale qui concentre l'essentiel de l'activité touristique mondiale. En 2014 l'Allemagne a enregistré le chiffre record de 75 millions de nuitées étrangères tous segments confondus. L'origine du tourisme médical qui date des années 80, est occidentale avec les Etats-Unis et certains pays européens, dont l'Allemagne. Nous l'avons mentionné précédemment.

L'activité médico-touristique en Allemagne émerge d'un contexte de crise des finances publiques dont les effets touchent aussi le secteur de la santé. L'accueil d'une patientèle internationale obéit en Allemagne comme ailleurs à la nécessité de trouver des ressources additionnelles, afin de maintenir les équilibres financiers du système sanitaire. Cependant, l'activité médico-touristique en Allemagne ne peut être cernée que par le biais d'une analyse globale, prenant en compte d'une part le système de la santé en lui-même, et d'autre part les mécanismes de protection sociale dont est consubstantielle la production de soins en général. L'assurance maladie universelle en Allemagne comme ailleurs, favorise l'économie de la santé et améliore le niveau de la prise en charge sanitaire sur le territoire. Le système de protection sociale en Allemagne est de type « bismarckien », c'est-à-dire à caractère corporatiste-conservateur. Les notions de corporatisme et de conservatisme renvoient pour la première au statut professionnel de l'individu et au financement des organismes d'assurances, qui s'effectue par branche professionnelle. Quant à la notion de conservatisme, elle se traduit par une couverture de la famille qui découle de l'emploi du « *pater familias* »⁵⁹⁰. En 1889, le chancelier Von Bismarck a décidé de contraindre les

⁵⁸⁹ Dominique Polton : « Les systèmes de santé occidentaux et leurs évolutions » in Cahiers français N°369 2012 P17

⁵⁹⁰ Frédéric Pierru « La sante un enjeu de société, Comparaison de quatre systèmes de santé : Allemagne, Grande-Bretagne, France, Etats-Unis » 2010, P248

employeurs à assurer les travailleurs de l'industrie contre les risques d'accidents du travail. Progressivement cette couverture va s'étendre à la protection contre la maladie pour ces travailleurs aux revenus faibles, et plus tard à l'invalidité vieillesse⁵⁹¹. Ces faits consacrent l'évolution de ce que l'on appellera la « *Sozialpolitik* » allemande. Son organisation est aussi calquée sur le modèle administratif régionalisé. C'est au niveau des « *länder* » que sont apportées les réponses aux besoins des populations vivant sur chaque territoire.

Pour couvrir leurs dépenses de santé, les allemands sont obligés d'être affiliés à l'une des caisses publiques concurrentes. Tout habitant, dont les revenus sont inférieurs à 46800€ par an, doit être rattaché à une caisse publique d'assurance. Chacun des organismes d'assurance publique détermine un taux personnalisé pour les prélèvements. Ce pourcentage réajusté chaque année, se situe entre 8,5 et 17% du salaire⁵⁹². On arrive à un taux de couverture de la population proche des 90%. Le reste des 10% d'habitants est libre de choisir soit une caisse publique, soit une caisse privée⁵⁹³. Nous sommes passés de 1994 à 2012, de 1150 caisses d'assurances à 150 actuellement. Les organisations de médecins et les représentants des hôpitaux sont les interlocuteurs privilégiés de ces assurances régionales publiques. Les négociations entre les caisses d'assurances et les organisations de médecins se déroulent autour des procédures administratives, et des grilles tarifaires. C'est dans ce cadre de concertation que se négocient les modalités de l'exercice de l'activité, notamment celle des médecins traitants, qui assurent au quotidien le suivi de la population. C'est cette proximité entre les médecins traitants et les malades, se traduisant par un suivi personnalisé, qui permet au système de santé Outre-Rhin de produire des résultats intéressants. Pour preuve de l'efficacité de la méthode, l'espérance de vie en Allemagne en 2013 était de 81.04 ans. Voici ici énoncés quelques points sur l'organisation sanitaire germanique. L'attrait de la destination Allemande en matière de soins délocalisés est donc fondé sur la performance de son système de soins. L'activité médico touristique a rapporté à l'économie germanique un milliard d'euros en 2012⁵⁹⁴.

En Allemagne, le segment médico-touristique est d'abord alimenté par des mobilités transfrontalières. Cette partie de la patientèle étrangère dans le pays est composée des voisins belges, français, hollandais, suisses. En Suisse par exemple, certains organismes d'assurance-santé donnent la possibilité à leurs adhérents de pouvoir se rendre en Allemagne pour des

⁵⁹¹ Jean Magnadias, « Histoire de la Sécurité Sociale », « conférence présentée le 9 octobre 2003 à l'Institut CGT d'Histoire Sociale » www.ihs.cgt.fr [consulté le 19/08/2014]

⁵⁹² Dominique Polton, op.cit., 2012 P16

⁵⁹³ Ariel Beresniak, Gérard Duru, op.cit., 2008 P7

⁵⁹⁴ Vor allem, Russen nutzen Angebot, op.cit., [2014]

interventions d'orthopédie ou de neurologie. C'est une solution pour réduire la facture de leurs interventions en faveur de certains assurés⁵⁹⁵. Mais l'Allemagne reçoit aussi un nombre croissant de malades en provenance de la Chine, des pays du Golfe, d'Afrique, de Russie. La croissance du nombre de patients originaires des pays du Golfe, fait suite aux attentats du 11 septembre 2001 et aux restrictions émises à l'encontre des voyageurs originaires de certains pays arabo-musulmans, contenues dans le « Patriot Act ». Ces patients arabes se détournent des USA et s'orientent vers certains pays asiatiques ou européens dont le pays de Madame Merkel. Les patients étrangers viennent en Allemagne pour des soins en cardiologie, des soins dentaires, de la chirurgie esthétique, des check up, des interventions en neurologie. L'Allemagne présente une originalité, celle de s'être spécialisée dans un domaine rare, la chirurgie reconstructive pour les blessés de guerre.

Dans la composition de sa patientèle internationale en Allemagne, la filière russe connaît depuis quelques années un réel essor. Les malades Russes devancent aujourd'hui ceux en provenance des pays voisins, Belgique, France et Pays-Bas. Cet état de fait résulte d'une stratégie globale pour le développement du segment médico-touristique, mise en place par les autorités allemandes. La méthode germanique peut se décliner en plusieurs points. Certes le tourisme médical est d'abord une activité qui se déroule dans les grandes agglomérations. Les villes de Berlin et de Munich jouent dans ce cadre leurs partitions. Cependant une part importante de cette activité en Allemagne se concentre dans la région de la Rhénanie du Nord Westphalie, au nord-ouest du pays. C'est un territoire sur lequel se sont développées de nombreuses activités du secteur de la médecine et de la santé. On y rencontre des entreprises spécialisées dans la télémédecine, dans l'industrie pharmaceutique, et aussi de nombreux hôpitaux. L'ensemble de cette région compte près de 90 hôpitaux, pour une capacité d'accueil de quelques 25.000 lits. En outre, de nombreuses entreprises opérant dans le secteur de la pharmacie y sont implantées. Les agglomérations de Bonn, Cologne, et Düsseldorf, sont les grands ensembles urbains de la région. Concomitamment, ce territoire présente de la vitalité dans son activité de tourisme classique. En 2015 cette région qui compte trois aéroports internationaux, de nombreux hôtels de toutes catégories, des centres culturels, a reçu plus de 9,4 millions de visiteurs⁵⁹⁶.

En s'appuyant sur ses atouts touristiques et son savoir-faire dans le domaine de la santé, un projet portant sur le développement de l'accueil de patients étrangers, dénommé « Destination Rhénanie », a été lancé courant 2009. Il est financé par l'Union européenne qui travaille à l'établissement de pôles de santé dans certains territoires frontaliers afin

⁵⁹⁵Dr Patrick A. Bouvier Op.cit., 2008 P200

⁵⁹⁶« Rhénanie Palatinat » [www. www.granderegion.net](http://www.granderegion.net) [Consulté le 18/01/2017]

d'accueillir des patients vivant de part et d'autre de ces régions. C'est le cas en Catalogne avec l'hôpital Franco-espagnol de Puigcerdá, aux frontières de la Catalogne espagnol du sud, et de la Catalogne française au nord. La Rhénanie, région frontalière de la Belgique et des Pays-Bas, représente aussi un bel exemple de coopération transfrontalière dans le domaine de la santé. Ce territoire accueille chaque année, près de 70.000 patients étrangers.⁵⁹⁷ Au-delà de la vision communautaire pour les soins dans l'Union Européenne, le projet « Santé Destination Rhénanie », comporte un autre axe prioritaire. Il s'agit de faire la promotion de ce pôle régionale de santé, en direction des pays de l'ex Union Soviétique, la Russie, l'Ukraine, le Kazakhstan, et des pays du Golfe.

Le deuxième point de la stratégie germanique consiste en une assurance juridique, proposée aux malades étrangers afin de les protéger des risques iatrogènes. Toujours dans le but d'apporter plus de sérénité aux patients, un observatoire de l'activité médico-touristique a été mis en place. Des contrôles sont régulièrement effectués. Environ 140 dossiers sont adressés à l'instance de surveillance chaque mois. Enfin, pour terminer sur la méthode germanique, signalons la prépondérance du segment des soins privés dans l'organisation de l'activité médico-touristique⁵⁹⁸. La majorité des hôpitaux Outre-Rhin n'ont pas de budget de fonctionnement. Les fonds qui leur sont alloués sont issus du remboursement effectués par les organismes d'assurances maladies, suite aux activités hospitalières. Pour accroître leurs ressources, ces établissements publics doivent parfois volontairement prolonger le séjour des patients. Ainsi, ce mécanisme de financement conduit à un ralentissement des investissements pour l'acquisition d'équipements modernes. A contrario, les établissements sanitaires privés à but lucratif s'équipent de matériels récents. Ils sont ainsi les plus performants dans la prise en charge des malades en comparaison de leurs homologues du secteur public. C'est naturellement que la patientèle internationale s'oriente vers ce type de structures⁵⁹⁹.

Pour clore cette brève analyse de l'activité médico-touristique en Allemagne, on peut affirmer qu'elle devrait croître dans les années à venir. Les autorités allemandes ont cerné l'impact du tourisme médical pour leur économie touristique, et de ses implications sur l'économie de manière globale. La politique de formation mise en place s'adresse ainsi à plusieurs catégories d'intervenants : aux professionnels du secteur touristique, au corps médical, aux gestionnaires d'hôpitaux, aux commerçants, ainsi qu'aux métiers qui entrent en

⁵⁹⁷ « Le tourisme médical » www.health-region.de [Consulté le 16/01/2017]

⁵⁹⁸ Von Andrea, Justin Westhoff, op.cit., [2016]

⁵⁹⁹ Frederik Cyrus Roeder « Le secteur privé dans un système de santé public : l'exemple allemand » [2012] www.iedm.org [consulté le 18/01/2017]

interaction avec les malades étrangers. Du fait de l'importance de la patientèle russophone des partenariats sont établis entre les autorités sanitaires des deux pays. On note notamment une augmentation des personnes formées à la traduction entre ces deux langues.

- L'activité du tourisme médical en Espagne

Autre pays sur le continent européen spécialisé dans l'accueil de la patientèle internationale, l'Espagne dont le chiffre des malades étrangers croît d'une année sur l'autre. Chaque année, ce pays reçoit entre 20.000 et 50.000 patients de plus. Les principaux atouts espagnols sur le segment médico-touristique sont la qualité des ses infrastructures touristiques, qui permettent à l'Espagnol d'occuper la quatrième place au niveau du tourisme international. Avec près de 70.000 millions de touristes chaque année, le segment du tourisme classique en Espagne représente un des points forts de son économie. Ici aussi, le terrain pour le développement du secteur du tourisme médical est précédé de bonnes performances dans le secteur touristique⁶⁰⁰. La quiétude et le bien-être dont est globalement faite la vie des espagnols, attirent de nombreux malades étrangers. En outre l'Espagne détient des praticiens de grande valeur, qui assurent une prise en charge de qualité. Sur le marché des soins délocalisés, les praticiens espagnols ont fait le choix de certaines spécialités médicales parmi les plus recherchées. Les tarifs intéressants auxquels sont disponibles ces prestations sont un autre avantage dans l'essor de l'activité médico-touristique. Ainsi depuis quelques années, le tourisme médical est une composante de l'offre touristique ibérique. Nous allons ici observer quelques ressorts de cette activité dans ce pays.

Le segment du tourisme de la santé a engendré près de 280 millions d'euros pour l'économie espagnole en 2016⁶⁰¹. Cette offre médicale se présente sous trois aspects. En premier, l'offre de tourisme de santé (spa et thermalisme). Une économie du bien-être s'est développée à partir des nombreuses sources thermales que compte l'Espagne. En 2007, on dénombre 88 stations thermales où se pratiquent des cures contre les rhumatismes, les affections digestives et métaboliques, pour des soins de dermatologie, d'ORL, etc... En 2004,

⁶⁰⁰ «L'Espagne attire plus de 20.000 touristes de la santé chaque année » www.lecourrier.es [mis en ligne le 29/10/2013] consulté le 15/10/2015

⁶⁰¹ Sandrine More : « L'Espagne mise sur le tourisme de la santé » [2016] www.lemonde.fr [consulté le 23/01/2017]

la destination ibérique a accueilli plus de 600.000 curistes dans ses stations thermales. Sa capacité d'accueil était à l'époque de 130.000 lits⁶⁰².

Ensuite, une nouvelle demande de soins émane de la présence de retraités de la communauté européenne ayant élu domicile sur les côtes espagnoles pour des raisons héliotropiques. La douceur du climat espagnol crée de l'attrait pour ce type de personnes. De cette présence découle une demande supplémentaire de soins qui exacerbe une partie de l'opinion nationale. De nombreux espagnols ont parfois le sentiment de payer pour les autres membres de la communauté européenne qui viennent s'installer dans leurs pays. Le profil général du touriste hospitalier, notamment en ce qui concerne l'âge des individus, peut se confondre avec celui du retraité originaire de la communauté européenne qui a décidé de se retirer sur les côtes espagnoles. Cette distinction subtile n'est souvent pas perçue par les autochtones. Il n'empêche, le nombre de touristes médicaux sur la destination ibérique croît chaque année d'environ 20%. Pour les endroits recevant cette patientèle internationale en Espagne, il y a bien entendu les grandes agglomérations, telles Madrid et Barcelone. Mais il y a aussi les villes situées en bord de mer, comme Alicante, et les îles canaries.

La compétence santé dans l'administration espagnole est partagée entre le gouvernement central et les 17 communautés autonomes. La protection sociale y est organisée selon un schéma régional⁶⁰³. Mais c'est pour le caractère universel de son mécanisme de couverture santé, qu'il est intéressant d'évoquer ici la sécurité sociale en Espagne. Tous les travailleurs employés ou indépendants cotisent à la sécurité sociale. En effet l'assurance maladie en Espagne est au croisement des deux principaux systèmes de santé. Il respecte le principe des 3 « U », universalité, unicité, uniformité, qui fonde le système « *beveridgien* ». Les subventions qui alimentent aussi les caisses, réaffirment l'option « *beveridgienne* » du système. Vu sous un autre angle, le système de protection espagnol possède aussi un caractère bismarckien. Car le mécanisme utilisé pour la captation des ressources est aussi assis sur des cotisations salariales et patronales. Ensuite sa couverture s'étend à tous les ayants droits du salarié. Ces derniers sont rattachés à la carte du père, jusqu'à l'âge de 16 ans.⁶⁰⁴ Chaque assuré doit choisir un médecin traitant qui fait office de « porte d'entrée » dans le parcours de soins. Une visite chez le spécialiste, ou bien toute intervention, hors urgences, s'effectue sur prescription du médecin traitant. La première

⁶⁰² Dr Juan Carlos San José : « Le thermalisme en Espagne » [Press Therm Climat 2007, N°144] www.jimcontent.com .[Consulté le 25/01/2017]

⁶⁰³ « Espagne un système de santé plus cher pour les patients » [2013] www.lesechos.fr [Consulté le 05/01/2017]

⁶⁰⁴ « Espagne : santé et protection sociale » www.france-expatries.com [consulté le 24/01/2017]

règle qui prévaut pour le choix du médecin personnel, est celle de la proximité géographique entre le lieu d'exercice des consultations, et le domicile de l'assuré. Les consultations et les soins sont gratuits pour toutes personnes résidant en Espagne. Il existe en complément du système universel d'assurance, des assurances privées. L'existence de mécanismes privés et publics de soins a permis au secteur de la santé espagnol d'atteindre un niveau de performance et de technicité, égal à ceux de nombreux pays développés. L'espérance de vie y était en 2015 de 83 ans. Dans le dispositif hospitalier espagnol, le segment des soins privés est celui qui porte l'essentiel de l'activité médico-touristique. Et la concurrence entre les cliniques privées est intense. Les spécialités développées en Espagne, pour les patients étrangers sont celles communément désignées comme « spécialités de prestige » : oncologie, chirurgie cardiaque, chirurgie esthétique, odontologie, médecine reproductive. Pour cette dernière spécialité, L'Espagne et la Belgique mentionnée précédemment, (CF P196-197), appartiennent à la liste restreinte des pays européens qui proposent une législation plus souple en matière de PMA. L'offre espagnole de PMA est de qualité, et elle fonde en grande partie la réputation de la destination ibérique dans le domaine médico-touristique. On dénombre environ 200 cliniques pour des soins de médecine de reproduction. En principe le don de gamètes y est anonyme et gratuit. La réglementation autour de la PMA autorise les femmes seules, de même que celles ayant dépassé l'âge limite (43 ans en France), et les couples de même sexe à avoir accès aux technologies de la médecine reproductive⁶⁰⁵. Pour exemple du contexte favorable de la PMA en Espagne, prenons le cas de la conception post-mortem. Une affaire jugée par le Conseil d'Etat en France en 2015-2016, permet de mettre en lumière le caractère moins rigoriste de la loi espagnole. Cette juridiction a eu à statuer sur la demande d'une jeune femme espagnole, de récupérer les gamètes de son compagnon décédé pour se faire inséminer en Espagne, son pays d'origine. En France, la loi stipule clairement que les deux parents demandeurs de la PMA soient vivants au moment de l'insémination. En effet, après la mort de son compagnon des suites d'un cancer, elle a rejoint sa famille en Espagne. Au préalable, le couple avait conservé à la banque de sperme de Tenon, des gamètes du compagnon, que la chimiothérapie à engager exposait à des risques d'infertilité. Après avoir essuyé le refus de la banque de sperme de mettre à sa disposition les gamètes, une fois le compagnon décédé, cette femme a saisi le Conseil d'Etat, qui a statué sur le dossier en référé liberté. Le tribunal a autorisé la requérante à aller dans son pays pour se faire inséminer. En France les réticences concernant la PMA post-mortem, s'appuie sur une obligation de protéger l'enfant à naître de troubles psychologiques liés à ce « deuil congénital ». La plaignante a pu bénéficier de la réglementation plus favorable dans son pays,

⁶⁰⁵ « L'Espagne, Eldorado de la procréation médicalement assistée » [2015] www.leparisien.fr [Consulté le 02/02/2017]

qui autorise la PMA post-mortem, durant les 12 mois suivant le décès du propriétaire des gamètes.⁶⁰⁶ Outre cette question juridique, il n'existe aucune limite concernant les tentatives de FIV. Ainsi près de 80% des remboursements effectués par la sécurité Sociale en France pour des soins de procréation médicalement assistée à l'étranger, concernent la destination ibérique. Cette politique en faveur de la PMA s'accompagne aussi de tarifs avantageux. La FIV coûte en Espagne environ 3000€, contre 7000€ en France et 13.000€ en Angleterre. La patientèle internationale y est majoritairement originaire des pays européens, l'Allemagne, la France, l'Angleterre, les Pays-Bas, la Suède, etc.

Au sujet de la stratégie mise en place pour le développement du segment médico-touristique, les autorités espagnoles ont créé la marque « Spaincares ». Ce consortium est composé d'entreprises aux compétences diverses, impliquées dans l'activité d'accueil de la patientèle internationale. Nous avons la FNCP (*la fédération nationale des cliniques privées*), la CEAV (*Confédération espagnole des agents de voyages*), Anbal, (*Association nationale Spa*), L'EDF, (*organisme espagnol de protection sociale*), et le CEHAT (*la confédération espagnole des agences de voyages*)⁶⁰⁷. Ce bureau est chargé de piloter et de promouvoir les activités pour le développement d'activités qui contribuent à renforcer la réputation de l'Espagne en matière de soins délocalisés. Pour parvenir à cet objectif, Spaincares a mis en place une méthode dont nous reprendrons ici quatre points. Le principal écueil pour l'arrivée de la patientèle étrangère, est selon les conclusions d'une enquête menée auprès des représentations diplomatiques espagnoles à l'étranger, l'obtention du visa. En effet, cette exigence administrative décourage de nombreux candidats. Naturellement Spaincares a fait la proposition de l'assouplissement des conditions d'obtention du sésame⁶⁰⁸. En matière de communication, un guide à destination de 46 pays a été créé. Ensuite un site internet a été réalisé. Son objectif est d'aider les malades étrangers dans leurs recherches. Il reprend donc toute l'offre médicale disponible en Espagne. On y trouve autant des centres de remises en formes, qu'une large palette d'interventions en chirurgie et de soins pratiqués dans le pays. Pour aller plus loin dans la mise à dispositions de services, il a été créé un réseau d'opérateurs dans le transport, et dans le service l'accompagnement, pour faciliter le séjour de la patientèle internationale. D'autres prestataires, qui opèrent dans le domaine de la culture y ont été associés. Autre point à signaler, il concerne les orientations des efforts de

⁶⁰⁶ Camilla Haboudi : « Transfert de Gamètes dans un pays étranger : le conseil d'Etat relativise la loi » Revue droit, Déontologie & soin, N°16, 2016 P304

⁶⁰⁷ Isabel Fernández Morales «Iniciativas para potenciar el turismo de salud en España» [2015]

www.envejecimientioenrend.wordpress.com [consulté le 23/01/2017]

⁶⁰⁸ Jesùs Arroyo « Espagno presenta una guia para atraer al turismo médico de 46 païses » [2017] [consulté le 17 juillet 2017]

communication en faveur de nouveaux pays. Dans ce cadre, les campagnes de promotion s'orientent vers les anciens pays de l'Union soviétique, ceux du Golf, et les USA. Enfin pour le renforcement de l'offre des soins délocalisés, spaincares travaille à une croissance des partenariats public-privé, afin d'augmenter la capacité d'accueil espagnole.

La crise économique de 2012 continue à exacerber les tensions budgétaires pour l'ensemble de l'économie espagnole. Le secteur de la santé a lui aussi dû faire face à ces secousses. Certes la gratuité des soins a été maintenue, au nom du principe de la démocratie sanitaire. Cependant pour réaliser des économies, un ticket modérateur sur les produits pharmaceutiques a été instauré. Cette mesure s'accompagne d'une hausse de la prescription de produits génériques⁶⁰⁹. Le tourisme médical, représente pour l'économie de la santé, et par delà pour toute l'économie espagnole, une source d'entrée d'importantes devises. On estime globalement qu'un touriste médical dépense 8% de plus qu'un touriste ordinaire. La moyenne des dépenses du second, se situe autour de 924€⁶¹⁰. Il est prévu pour 2020, l'arrivée de près de 200.000 visiteurs qui se rendront en Espagne pour des voyages sanitaires⁶¹¹. Ce chiffre est ambitieux, devant la forte concurrence mondiale et européenne que l'Espagne doit affronter. En Europe de l'Est, les principaux concurrents de la destination ibérique sont la Pologne, la République Tchèque, et la Hongrie. Depuis la chute de l'empire soviétique, ces pays se sont ouverts au tourisme international, et compte au nombre des pays pratiquant le tourisme hospitalier. Notre regard sur l'activité médico-touristique dans cette partie de l'Europe, passera par la Hongrie et par la République Tchèque. Tel sera l'objet de notre prochain propos.

⁶⁰⁹ « Espagne un système de santé plus cher pour les patients » www.lesechos.fr, op.cit [2013]

⁶¹⁰ Sandrine more, op.cit, [2016]

⁶¹¹ Isabel Fernández, op.cit, [2015]

- Le tourisme médical en Europe de l'Est
- La situation de la Hongrie

Avec la chute du mur de Berlin et l'éclatement de l'empire soviétique, les pays du bloc communistes ont retrouvé une forme d'autonomie. En se libérant de l'emprise idéologique de Moscou et de sa doctrine socialiste, les huit pays de l'Est de l'Europe se sont ouverts à l'économie de marché, et donc au tourisme international. La Pologne, la Roumanie la Hongrie, la République Tchèque sont devenus des destinations touristiques très en vogue. En plus ils détiennent aujourd'hui avec le tourisme médical, une nouvelle opportunité dans leurs offres touristiques. Dans cette sous-région de l'Europe, la réputation de la Hongrie et de la République Tchèque sur le segment médico-touristique ne cesse de croître sur le plan international. Ces deux pays présentent des similarités en tant que membres de l'ancien bloc soviétique. Notamment dans l'histoire et dans l'actualité de leur système de santé. Issus du modèle Semakho, ces systèmes de santé vont évoluer vers le modèle bismarckien. Cependant sur le segment médico-touristique, la Hongrie conserve l'avantage de l'antériorité, puisque les migrations thérapeutiques transfrontalières entre ce pays et ses voisins allemand et autrichien datent des années 1970. Durant les années 1990 et dans le sillage des transformations sociales et économiques qui ont suivi la chute de l'Empire soviétique, le tourisme et le tourisme médical vont s'y développer. Alors que la Hongrie renforce sa réputation de destination de soins dentaires, la renommée de la République Tchèque se construit autour de la chirurgie esthétique et de la médecine de reproduction. Ainsi pour saisir les contours de la pratique du tourisme médical dans cette partie de l'Europe, nous nous intéresserons à ces deux destinations.

En 2013, la Hongrie a enregistré 8,8 millions de nuitées hôtelières. Fait marquant, les chiffres entre tourisme international et tourisme domestique s'équilibrent. Près de 4,5 millions des nuitées sont le fait de clients Hongrois. Les autres 4,3 millions de nuitées sont le fait de touristes internationaux. La Hongrie, notamment la capitale Budapest, figure en bonne place dans les calepins des touristes internationaux pour la découverte des grandes villes européennes, devenue une tendance forte dans la production de voyage⁶¹². Il est possible de rejoindre la capitale Budapest à partir des principaux aéroports européens, en moins de trois heures. La Hongrie a construit son offre touristique autour d'atouts, dont son architecture et ses nombreux musées. En outre, les rives du Danube sont classées au

⁶¹² Hongrie : chiffres du tourisme 20013 [2013] www.veilleinfotourisme.fr [consulté le 26/08/2017]

patrimoine mondial de l'Unesco. En matière de soins le pays magyar présente une offre qui réunit tourisme de santé avec sa culture des bains, et le segment émergent qu'est le tourisme médical.

L'offre médico-touristique en Hongrie s'appuie aussi sur un secteur de la santé performant. Dans ce domaine, la Hongrie et son voisin tchèque partagent des similarités dans l'organisation de leur système d'assurance santé universel, et de type bismarckien. Historiquement, ces deux Etats ont fonctionné jusqu'à la chute de l'Empire soviétique, avec un système de santé de type « Semashko » marqué par son caractère vertical et centralisé⁶¹³. Le caractère d'administration étatique et universel du modèle « Semashko » avait jusque dans les années 1970, permis d'obtenir une prise en charge médicale satisfaisante pour l'ensemble de la population. Cependant, l'arrivée de nouvelles technologies médicales dans les années 1970 fut l'occasion pour l'Union Soviétique et ses Etats satellites de connaître leurs premiers retards en matière de santé, en comparaison des pays d'Europe de l'ouest. Ce retard s'est traduit en Hongrie par une faiblesse des principaux indicateurs de santé. Une espérance de vie de 65 ans pour les hommes et de 73 ans pour les femmes, avec un taux de mortalité infantile à l'époque de 15,7 pour 1000⁶¹⁴. Ces résultats sont le fait de négligences dans la prise en charge des maladies chroniques, de l'alcoolisme et des accidents de la voie publique, auxquels était exposée la population. Cette situation se prolongeât jusqu'à la chute de l'empire soviétique.

En Hongrie, en République Tchèque, et dans les autres pays satellites de la défunte Union Soviétique, les années qui suivirent la chute du communisme, furent l'occasion de profondes mutations sociales et économiques. Ces réformes touchèrent aussi le secteur de la santé. A partir des années 1990, sur recommandation de la Banque Mondiale, le secteur de la santé a connu de nombreux changements. Ces deux Etats vont abandonner le modèle communiste centralisé de gestion de leur système de santé, pour un modèle de type bismarckien. En Hongrie, ces réformes porteront en premier lieu sur l'administration de la santé. Ces changements vont aller dans le sens d'une décentralisation des soins, (primaires, hospitaliers, ambulatoires), en confiant l'administration des établissements de santé aux collectivités locales. Le rôle de ces pouvoirs locaux sera d'assurer les investissements, l'équipement et la gestion des centres de santé.⁶¹⁵ La deuxième réforme concerne l'organisation de l'activité des praticiens. A ce niveau, si l'activité des médecins au sein des

⁶¹³Marc Duriez, Diane Lequet-Slama : « Les systèmes de santé des pays de l'Est » Revue adsp n°48 septembre 2004 P9

⁶¹⁴Pierre Vincent : « Hongrie : la réforme du système de santé privilégie le rôle du médecin de famille » in Revue le Quotidien du médecin N° 5400 mardi 26 avril 1994 P1

⁶¹⁵Imre Boncz « un aperçu du système de santé hongrois » Revue Hospital, 08/2005P41

centres de santé publics, héritage de l'époque communiste, a été conservée, la réforme va consister à instituer au même niveau de service, le médecin de famille. Cette nouvelle disposition va rapprocher l'institution sanitaire des patients et renforcer le suivi médical. L'architecture des soins de santé primaire va s'en trouver modifiée. La médecine de ville se pratique depuis lors, dans un système à trois branches : enfants, adultes, ou mixte. Le patient est libre de choisir un généraliste. Cette profession a désormais le droit de s'installer à son propre compte. Ensuite, pour le financement des soins, la Hongrie va renforcer son système d'assurance maladie, initié depuis 1988, et porté par différentes caisses d'assurance. Ce système d'assurance d'inspiration bismarckienne va évoluer en 1993, à la faveur de la chute du communisme, d'une multiplicité des caisses à une caisse unique. Aujourd'hui en Hongrie, les honoraires pour les généralistes sont assurés à la capitation, par le Fonds National d'assurance Maladie (NHIFA). Ce mécanisme de rémunération prend en compte le lieu d'activité du médecin, (Capitale, grandes agglomérations, ville de province, etc.). A cette première rémunération, s'ajoute un revenu issu des paiements à l'acte. Les honoraires sont établis en fonction du type de soins et de l'âge du patient. La NHIFA assure aussi la prise en charge financière des hospitalisations et des soins en ambulatoire. Les sommes versées aux hôpitaux sont calculées selon le diagnostic de chaque patient, et représentent la principale source de revenus des établissements hospitaliers. Ce qui engage les gestionnaires des hôpitaux dans une course à la performance et rehausse ainsi la qualité des soins. L'assurance maladie en Hongrie couvre une part significative de la patientèle locale, bien que son mode de financement de type bismarckien en écarte les personnes en situation de chômage. Pour les personnes couvertes par le NHIFA, cela évite les paiements directs, ce qui facilite le recours aux praticiens en cas de problèmes de santé.⁶¹⁶ Enfin terminons cette batterie de mesure par l'émergence du segment des soins privés, qui opèrent surtout dans le domaine des spécialités médicales.

L'ensemble de ces décisions a permis au système de santé hongrois d'investir dans du matériel médical, d'acquérir des nouveaux équipements, notamment pour les dialyses, d'informatiser la gestion des dossiers médicaux, etc. Ces réformes ont produit des résultats notables, dont une nette amélioration des principaux indicateurs de santé. De 1990 à 2003, l'espérance de vie pour les hommes est passée de 65,1 ans à 68,3 ans. Les femmes ont gagné 4 années de vie supplémentaires, pour une espérance de vie passée de 73,7 ans à 76,5 ans sur la même période⁶¹⁷. Parallèlement à ces performances dans le secteur de la santé, la Hongrie qui

⁶¹⁶ Marc Duriez, Diane Lequet-Slama : « Les systèmes de santé des pays de l'Est » Revue adsp n°48 septembre 2004 P10-13

⁶¹⁷ « Dr Lajos Ari : « Restructuration du système Hospitalier hongrois » Revue Hospital, 08/2005 P44

s'est ouverte au tourisme international dans la période post-soviétique, a renforcé son la position de ce secteur avec l'arrivée des compagnies low cost. La conjonction de ces facteurs a conduit au développement de l'activité des soins délocalisés.

L'offre de santé en Hongrie se compose de deux produits, à savoir le thermalisme et les interventions médicales pratiquées dans le cadre de soins délocalisés. En effet on trouve sur le sol hongrois de multiples sources thermales et médicinales (près de 500). Cela a permis de développer une économie florissante autour des nombreux bains et spas. Budapest, la capitale, compte plus d'une centaine de sources thermales. Pour le segment concurrentiel des soins délocalisés qui nous intéresse ici, la Hongrie peut faire valoir ses principaux atouts, dont son appartenance à la communauté européenne. En effet, le statut de pays européen qui implique une proximité culturelle entre les Etats, impose aussi des normes de qualité en matière de pratique de soins. La Hongrie possède un autre avantage, la formation de son personnel de santé dont la valeur est internationalement reconnue. Enfin d'un point de vue commercial, il y a le coût des interventions. En 2008, la fréquentation de la patientèle internationale en Hongrie a connu un pic. Cette année là, entre 80 à 110.000 étrangers se sont rendus sur la destination magyar⁶¹⁸. L'importance de la fréquentation médico-touristique durant cette période est un effet collatéral de la crise des subprimes, qui a entraîné une baisse du pouvoir d'achat des ménages en Europe occidentale⁶¹⁹. Les sommes dépensées par cette patientèle sont estimées à près de 200 millions d'euros, rien que pour le secteur des soins dentaires. En effet, en matière de soins délocalisés, la Hongrie a bâti sa réputation sur son offre de dentisterie⁶²⁰. Dans cette spécialité, la destination magyare offre une large palette de soins, des bridges aux couronnes, en passant par la pose de facette, le blanchiment dentaire, etc. Toutes ces interventions sont proposées à des prix low cost, soit près de 50 à 70% moins cher qu'en France, en Autriche, en Suisse. Par exemple, le scanner s'offre à 350€ dans l'Hexagone, alors qu'en Hongrie il se négocie 76€. Les couronnes coutent 200€, au lieu de 900€ en France, et les implants 300€ pour un prix compris entre 2000 à 3000 € en France.⁶²¹

La plupart des cliniques, qui reçoivent des patients internationaux en Hongrie, sont situées à Budapest. Cependant la spécificité hongroise dans l'accueil des patients étrangers a renforcé

⁶¹⁸ « Le tourisme de la santé peut prendre un nouvel élan » [2009] www.portfolio.hu [consulté le 25/08/2017]

⁶¹⁹ « Guide ultime pour le tourisme dentaire » www.mdentalclinic.de [consulté le 10/10/2016]

⁶²⁰ « Tourisme dentaire : la destination la plus populaire la Hongrie » [2009] www.portfolio.hu [Consulté le 22/07/2017]

⁶²¹ Walid Ben Sghaier « Le développement du tourisme médical » [2013] www.memoireonline.com consulté le 17/12/2015

l'axe des mobilités thérapeutiques transfrontalières. Pour cela une forte activité économique autour de la dentisterie s'est développée dans la ville de Sopron, à l'extrême ouest du pays. Cette région comptabilise près de 1400 dentistes pour une population de 60.000 habitants. Cela témoigne du caractère commercial imprimé à cette activité sur ce territoire frontalier. La stratégie hongroise pour le tourisme médical s'est aussi élaborée grâce à certaines mesures prises pour favoriser cette activité. D'abord, il y a la baisse des prélèvements obligatoires sur les salaires des professionnels de la filière dentaire. Ensuite, il y a pour ces acteurs un assouplissement des conditions d'accès à des locaux d'activité, et des tarifs spéciaux sur l'électricité. Sur le plan de la promotion, les canaux sollicités dans ce cadre sont d'abord internet, mais aussi la publicité dans les magazines à grand tirage issus des pays dont proviennent la plupart des patients qui se rendent en Hongrie. On compte sur ce point, l'Autriche, la Suisse, l'Allemagne, l'Angleterre, l'Irlande, et les Etats-Unis⁶²².

Les soins dentaires bien qu'étant les plus populaires dans le panier des soins délocalisés en Hongrie, ils n'en sont pas moins exposés à de nombreux problèmes. En effet ce type de soins nécessitent souvent plusieurs visites chez les praticiens. Dans le cadre de soins délocalisés, cela est bien souvent un inconvénient qui pousse de nombreux potentiels patients à vraiment peser le pour et le contre avant de contracter ce type de soins à l'étranger.

- Le tourisme médical en République Tchèque

Le second pays, qui nous servira d'exemple dans notre analyse du segment médico-touristique en Europe de L'Est, est la République Tchèque. Nous avons pu noter que les systèmes de santé tchèque et hongrois ont historiquement subi l'influence de l'Union soviétique, avec le système Semakho comme modèle de référence, jusqu'à la chute du communisme. Pour rappel, ce système était marqué par une gestion étatique opérant de manière verticale, pour pourvoir aux besoins des populations en matière de santé. Cependant, on a pu observer quelques éléments montrant les limites de ce système. Il y a par exemple le fait que ce système portait plus sur la thérapeutique au détriment de la prophylaxie⁶²³. La Hongrie et la Tchéquie ont été soumis aux mêmes transformations économiques et sociales après la période du communisme. L'ouverture à l'économie de

⁶²² « A l'Est les nouvelles dents sont moins chers » [2004] www.haritzacd.com [Consulté le 14/05/ 2013]

⁶²³ Marc Duriez, Diane Lequet-Slama , « Les systèmes de santé des pays de l'Est » Revue adsp n°48 septembre 2004 P9

marché qui consacre la fin de cette époque, se traduit aussi par l'essor du tourisme international et de façon subséquente, par le développement du tourisme médical. Depuis le début des années 2000, la fréquentation touristique de la République Tchèque ne cesse de croître. Le secteur touristique est devenu aujourd'hui une des mamelles de l'économie de la République Tchèque, et c'est dans son sillage que se sont développées les activités de soins *offshore*.

Durant les trois premiers trimestres de l'année 2016, le secteur touristique a rapporté près de 113 milliards de couronnes, l'équivalent de 4 milliards d'euros. Pour cette même année, la fréquentation touristique a cru de 7% par rapport à 2015, ce qui porte le nombre de touristes étrangers à 9 millions⁶²⁴. Les touristes en République Tchèque sont dans un ordre d'importance les allemands, les Polonais, les Slovaques, les Russes, les Américains, et des Chinois. Il importe cependant de préciser que le tourisme domestique y est très développé. Près de 80% d'une population d'un peu plus de 10 millions d'habitants s'est déplacée pour des raisons de villégiature à l'intérieur des frontières nationales. La Tchéquie possède une offre touristique des plus riches, avec une architecture exceptionnelle qui allie classicisme et modernisme. Le pays propose de nombreux sites classés au patrimoine mondial de l'Unesco, telle la vieille ville de Prague⁶²⁵. La visite de Prague est devenue incontournable dans les nouvelles configurations des voyages, avec la tendance des « city break ». En matière d'itinérance cette pratique consiste à visiter plusieurs grandes villes européennes au cours d'un même périple. Les touristes ne passent ainsi que deux ou trois jours dans chaque grande ville. Et l'étape de Prague est l'une des plus attendues par les voyageurs. La visite de cette ville offre un concentré de la culture tchèque qui a aujourd'hui la tête dans le capitalisme, mais où les vestiges de l'époque du communisme sont encore visibles. Le visiteur de Prague a la possibilité de se balader dans le quartier juif, découvrir le musée de Franz Kafka, goûter aux bières tchèques dont la réputation dépasse les frontières du pays. Il fait bon vivre en Tchéquie, un pays classé parmi les plus sûrs au monde, et on y vit longtemps. En 2015, l'espérance de vie y était de 75,9 années pour les hommes et de 81,6 années pour les femmes⁶²⁶.

⁶²⁴ Alzbeta Ruschková : « Bilan touristique 2016 : la Tchéquie, une destination de plus en plus attrayante » [2016] www.radiocz [Consulté le 30/08/2017]

⁶²⁵ Jana Claverie, Alena Kubová : « Prague » 2002 P178

⁶²⁶ « La présentation de la République Tchèque : données générales » [2017] www.diplomatie.gouv.fr [consulté le 30/08/2017]

Au-delà de l'art de vie des Tchèques, de la sécurité et la sûreté qui caractérisent ce pays, le premier élément qui contribue à produire ces indicateurs performants en matière de développement humain, c'est d'abord le système de santé. Dans ce domaine, la Tchéquie partage avec son voisin hongrois, dont nous avons fait l'observation du segment médico-touristique plus haut, de nombreux points d'analogie. Cependant en dépit des similitudes, il existe aussi des différences dans la gestion de ces deux systèmes de soins. Le premier point de convergence entre ces deux systèmes de santé concerne l'administration des institutions sanitaires. Pour la République Tchèque, comme pour la Hongrie, il s'agit de changements qui s'inscrivent dans un processus de décentralisation des soins. Les compétences en matière de santé ont été transférées de l'Etat vers les institutions régionales et locales. En outre, dans le cadre de l'ouverture à l'économie marchée, la République Tchèque a initié d'autres réformes dans son secteur de la santé. Il s'agit à l'image du voisin hongrois de l'institution d'une caisse d'assurance maladie de type bismarckien⁶²⁷. Depuis sa création, ce mécanisme finance 82% du système de soins, alors qu'auparavant l'Etat prenait en charge près de 90% du budget de la santé. L'adhésion à cette assurance santé universelle est fonction du statut de salariée de l'individu, et son financement est assuré par des prélèvements sociaux. Le montant des cotisations dédiées à la sécurité sociale est de 3,3% du salaire de l'employé. Quant au salarié, il reverse 1,1% de son salaire à la sécurité sociale, via son employeur. Pour les catégories de personnes qui n'ont pas les moyens de cotiser, au nombre desquelles les étudiants, les femmes en congés de maternité, ou les appelés militaires, l'Etat se substitue aux employeurs. En outre, comme chez le voisin hongrois, le principe du médecin traitant a aussi été instauré. Grâce à cette nouvelle règle, le suivi global et régulier en matière de santé pour la population locale est mieux assuré. Enfin, pour terminer cette série de points communs entre la Hongrie et la République Tchèque au niveau de leurs systèmes de santé, le marché de la santé a été ouvert à des entrepreneurs privés pour accélérer la modernisation du secteur.

Cependant il existe des divergences entre les deux systèmes de santé respectifs de ces pays. Chronologiquement le système de santé tchèque vu sous l'aspect universel se place avant celui de la Hongrie. Catherine Monroy (1991) mentionne une gestion de la santé dans la défunte Tchécoslovaquie, qui fut la trame à partir de laquelle s'est construit le fameux NHS anglais en 1946⁶²⁸. Toutefois, l'adoption de l'actuel modèle dans la gestion de la santé en Tchéquie date de 1991, suite à la chute du communisme. Dans ce pays et à la différence de son voisin Hongrois, de nombreuses caisses privées d'assurance opèrent dans le champ de la santé.

⁶²⁸Catherine Monroy : «la santé en République Tchèque » in Le Monde sciences et Médecine 11/12/1991 P10

Les sommes consacrées au secteur de la santé en République Tchèque sont légèrement supérieures à celles dédiées au secteur de la santé chez le voisin hongrois. Par exemple, la Tchéquie consacre au secteur de la santé environ 4 milliards d'euros, soit 7% de son PIB qui s'élève à 174,45 milliards d'euros. La république Tchèque est capable de produire des soins au-delà de ses besoins, ce qui lui permet de s'inscrire sur la liste des pays européens qui participent au marché de la santé à des prix low cost. Dans ce domaine, cette destination se classe à la 13eme place, sur 35 destinations en Europe, devant l'Angleterre et l'Italie⁶²⁹. Le tourisme médical pour l'économie Tchèque représente une opportunité. En effet un touriste hospitalier dépense près de 7000 couronnes par jour, soit environ 270€, près du triple des dépenses effectuées par un touriste ordinaire.⁶³⁰ En général, les séjours médico-touristiques durent plus longtemps que les séjours de découverte classique. La fréquentation de la Tchéquie par la patientèle internationale croît de 10 à 15% d'une année sur l'autre. Durant l'année 2015, près de 100.000 patients venus de l'étranger se sont rendus en République Tchèque⁶³¹. D'un point de vue financier, l'activité des soins délocalisés a rapporté à l'économie tchèque environ un demi milliard de couronnes en 2015, soit près de 19 millions €. ⁶³² L'offre de soins pour la patientèle étrangère se structure autour des forces représentées par la qualité des praticiens tchèques, la rigueur sur la question de la sécurité des soins, et la compétitivité des prix. Pour exemple des prix abordables auxquels se négocient les interventions médicales en République Tchèque, une pose de prothèse mammaire sera facturée 200.000 couronnes en Allemagne, quand la même intervention dans un clinique de Prague coûtera 100.000 couronnes, soit près de 3900 €. ⁶³³ La notion de qualité touche également aux conditions d'accueil des patients étrangers. En cela, la pratique par le personnel soignant des langues d'origine de cette catégorie de patients est un plus.

Comme pour le voisin hongrois, les pratiques thérapeutiques en Tchéquie se déclinent autour du tourisme de bien-être avec les spas, et d'interventions dans plusieurs autres spécialités médicales. Pour le tourisme de bien-être, la destination tchèque a accueilli en 2016 près de 350.000 étrangers de nationalité allemande, autrichienne, russe, britannique, venus pour le thermalisme et les soins de bien-être. En ce qui concerne le tourisme médical, les domaines médicaux qui composent l'offre de soins en Tchéquie sont la chirurgie esthétique,

⁶²⁹ « Le tourisme médical en République Tchèque peut atteindre 15% » [2016] www.zdravi.euro.cz [consulté le 30/08/2017]

⁶³⁰ « Le tourisme de santé en République tchèque » [2016] www.zdravi.euro.cz [Consulté le 29/08/2017]

⁶³² « Le tourisme de santé en République tchèque » [2016] www.zdravi.euro.cz [Consulté le 29/08/2017]

⁶³³ « Le tourisme médical en République Tchèque peut atteindre 15% » [2016] www.zdravi.euro.cz [consulté le 30/08/2017]

avec la mammoplastie, la chirurgie bariatrique, la dentisterie, la médecine reproductive, l'ophtalmologie, la chirurgie orthopédique.

Cependant L'analyse du segment médico touristique tchèque, montre des faiblesses pour le développement de cette l'activité. En matière de communication, on a pu noter quelques dysfonctionnements. En effet jusqu'en 2016, la publicité autour de l'offre des soins délocalisés se limitait à des sites internet et à de la réclame dans les magazines à grand tirage diffusés dans certains pays, dont sont originaires de nombreux patients étrangers (Allemagne, Russie, Grande Bretagne etc.). C'est en 2016, que l'organisme « Czech Tourism », en charge du développement du tourisme dans le pays, a communiqué pour la première fois à l'étranger sur l'offre de santé tchèque. La prise en charge véritable du segment médico-touristique en Tchéquie par « Czech Tourism », a révélé un déficit de collaboration entre les cliniques opérant dans la filière médico touristique et les compagnies d'assurances des pays d'origine de sa patientèle étrangère. En effet, ce type de partenariat permettrait à ces maisons d'assurance étrangères de proposer des soins délocalisés à leurs patients en République Tchèque. Ce serait pour ces assureurs une occasion de faire des économies pour les frais déboursés en faveur de leurs adhérents à traiter pour certaines spécialités médicales⁶³⁴. Cuba, nous avons pu le noter, (P241-246) s'est lancé dans ce type de collaboration avec les assureurs canadiens. Autre problème, la récente décision des autorités de ce pays d'augmenter la TVA de 15% sur les soins reçus par la patientèle étrangère s'inscrit de manière plus large dans la recherche de solutions face à la raréfaction des ressources consacrées au domaine de la santé, et à l'accroissement du coût du matériel de technologie médicale. Cependant cette majoration du prix des interventions médico-touristiques peut constituer une entrave à la compétitivité de l'offre tchèque de soins délocalisés. C'est un nouvel obstacle qui s'ajoute aux difficultés inhérentes aux soins *offshore*, notamment pour certaines interventions (dentisterie et médecine reproductive) qui nécessitent un traitement sur la durée, et donc plusieurs aller et retour entre le pays du malade et celui dans lequel le traitement a lieu. Ainsi une augmentation de la TVA sur les soins médicaux pour les étrangers peut à la longue s'avérer contre-productive pour l'économie médico-touristique de la République Tchèque, dans les arbitrages financiers à opérer par les patients pour le choix d'une destination de soins.

Les projections du segment médico-touristique en Hongrie et en République Tchèque sont intéressantes, puisque le nombre de patients étrangers augmente chaque année. Pour la Hongrie, on estime à 35% le potentiel de croissance de la patientèle originaire des pays de

⁶³⁴ « Le tourisme de santé en République tchèque » [2016] www.zdravi.euro.cz [consulté le 29/08/2017]

l'Union Européenne⁶³⁵. La fréquentation de la destination tchèque pour des raisons thérapeutiques devrait elle aussi croître dans les prochaines années. La directive européenne (2011/24/UE), prise en faveur du remboursement des frais de soins engagés par un patient européen dans un pays de l'Union, est une bonne nouvelle pour le tourisme médical. Les sommes dépensées par les patients pour les soins dans un autre pays de l'union, devront être remboursés par la compagnie d'assurance du patient dans son pays d'origine. La compétitivité et la qualité de la dentisterie hongroise placent ainsi ce pays en pôle position en matière de tourisme dentaire. En ce qui concerne la République Tchèque, elle peut avoir confiance en l'avenir pour son segment médico-touristique grâce à la qualité et aux coûts de ces interventions qui, en dépit des récents réajustements fiscaux, devraient rester compétitifs. Cependant la crise des ressources humaines et la faiblesse des salaires des professionnels de santé, notamment en Hongrie, poussent de nombreux professionnels à emprunter le chemin de l'exil pour se diriger vers les pays de l'Ouest. En Tchéquie, l'une des solutions envisagées par les autorités pour résoudre la crise du secteur de la santé, est l'instauration d'une franchise de 3,5€ par consultation pour les autochtones. Cette décision fut l'objet de vives contestations au sein de l'opinion⁶³⁶. L'arrivée massive d'une patientèle étrangère fait courir le risque d'une remise en cause de la cohésion nationale.

⁶³⁵Natacha Tatu : « La roulette hongroise : article sur le tourisme médical »
www.carrefourfrancehongr.forumactif.org/ [2009] [consulté le 10/10/2016]

⁶³⁶Christine Dupré « La libéralisation des soins, une pilule amère pour les tchèques » la tribune 02/05/2008P4

- Le tourisme médical dans le Maghreb
- Le cas de la Tunisie

Au Maghreb, le Maroc et la Tunisie sont très actifs sur le segment médico-touristique. Dans ce domaine, ces deux pays sont devenus des références au niveau mondial. Leur proximité géographique les met en concurrence directe, aussi bien pour le tourisme ordinaire que pour le tourisme médical. S'agissant du Maroc, ce pays est déjà apparu dans notre réflexion pour soutenir notre argumentaire autour des permanences sur lesquelles l'activité médico-touristique s'appuie pour son existence. Dans ces invariants, nous avons mentionné une activité de tourisme classique, de même qu'un mécanisme de prise en charge collective de la maladie. C'est d'ailleurs une des idées fortes de cette réflexion. Pour satisfaire aux exigences de l'ancrage territorial de cette hypothèse principale, le Royaume chérifien a été mis en parallèle avec la Thaïlande (P157-162). Notre tour du monde des principales destinations médico-touristiques a globalement confirmé cette hypothèse, à l'exception du cas des USA et de la Chine, dans une certaine mesure. Dans cette partie de notre réflexion et en ce qui concerne l'Afrique du Nord, nous nous consacrerons à l'observation du tourisme médical en Tunisie. Des exemples en provenance de ce pays de 168.000 km², bordé par la mer Méditerranée, ont été évoqués pour illustrer un certain nombre de problématiques liées à l'activité des soins délocalisés. Il s'agit, par exemple, du savoir-faire des praticiens tunisiens dont 8500 d'entre eux ont été formés dans les universités occidentales (P178). De même, la Tunisie a servi de modèle dans cette étude pour mettre en évidence certaines facilités accordées aux entrepreneurs médico-touristique (baisse de TVA de 6% sur le prix des prestations, concessions de terrains à bâtir etc. (P185). C'est donc le modèle d'un pays reconnu comme le pionnier sur le segment médico-touristique au Maghreb, que nous nous proposons d'observer ici.

La Tunisie a une grande tradition de l'accueil. Le développement du tourisme, et plus tard du tourisme médical, en sont les illustrations. Ce pays qui s'est positionné comme une destination bon marché, a fait de l'activité touristique un des piliers de son économie. Le tourisme est un pourvoyeur d'emplois pour les individus et de devises pour l'Etat. On estime qu'*«un tunisien sur huit, vit du tourisme »*,⁶³⁷ un secteur qui pèse 7% du PIB national. Cette destination s'est construite depuis le début des années 1970 sous la houlette du Président Bourguiba qui, pour palier l'absence de ressources pétrolières, a misé sur le tourisme. Le

⁶³⁷Walid Ben Sghaier op.cit., 2013

voyageur en terre carthaginoise peut découvrir son riche patrimoine historique, archéologique, culturel et balnéaire. L'offre touristique de la Tunisie est donc diversifiée. Sa composition se décline en tourisme de plaisance, tourisme d'affaires, de congrès, et de tourisme résidentiel. En tant que lieu de retraite de nombreux travailleurs occidentaux, le tourisme médical devient une offre quasi naturelle, qui complète l'offre de tourisme résidentiel.

Cependant la grave crise qu'a connue le pays, avec le printemps arabe et la « révolution des jasmins », a freiné son activité touristique. Les chiffres de la fréquentation sont ainsi passés de 6,9 millions de visiteurs en 2011, à 4,8 millions en 2012, soit une baisse de près de 40%. Les points culminants de cette période d'instabilité sociale et politique furent, sans nul doute, les attaques terroristes de Sousse qui firent 38 victimes et du musée Bardo avec un bilan de 21 personnes tuées⁶³⁸. Le secteur du tourisme touché de plein fouet par ces événements, redécoule progressivement. Selon Christophe Paliere du Journal « Les échos », la Tunisie a enregistré une hausse de sa fréquentation touristique de 6,8% entre 2014 et 2015. Cela porte le nombre de touristes étrangers à 5,72 millions⁶³⁹.

Dans ce contexte de tensions, le tourisme médical, qui pour les voyageurs étrangers n'obéit pas aux mêmes motifs qu'une villégiature classique, peut servir de produit refuge pour passer la période de turbulences amorcée depuis les événements du printemps arabe. L'offre de tourisme médical sur la destination carthaginoise, résulte de réels progrès effectués dans le domaine de la santé. En effet, selon l'OMS et la Banque Mondiale, les indicateurs de santé de la Tunisie sont satisfaisants, en comparaison de nombreux pays de la sous région nord-africaine, et de ceux d'Afrique noire. Après la période de l'indépendance, des efforts en vue de l'éducation des habitants, de l'amélioration de leurs conditions de vie, ont été faits. Entre les débuts de l'autonomie du pays en 1960, et 2013, l'espérance de vie globale est passée de 42 ans à 75 ans⁶⁴⁰.

Les débuts du tourisme médical en Tunisie datent de la fin des années 1980. C'est en accueillant des patients libyens qui se déplaçaient dans le cadre de mobilités thérapeutiques transfrontalières, que la Tunisie a reçu ses premiers touristes hospitaliers au sens moderne

⁶³⁸ Camille Belsoeur : « La question du tourisme en Tunisie est plus compliquée que quelques slogans sur le web » [2015] www.slate.fr [consulté le 02/09/2017]

⁶³⁹ Christophe Paliere : « La reprise s'esquisse enfin pour le tourisme tunisien » [2017] www.lesechos.fr [09/09/2017]

⁶⁴⁰ Dr Lofti Benmosbah « Qualité des soins en Tunisie état des lieux et perspectives » Revue Techniques Hospitalières mars-Avril 2015 P10.

du terme. Cette activité de soins en faveur des patients étrangers va connaître au début des années 2000 un nouvel essor. En se spécialisant dans la chirurgie esthétique, ce pays s'ouvrait ainsi au marché international des soins délocalisés. Les patients en demande de chirurgie esthétique sont arrivés des pays européens. Ils furent suivis par des patients d'Afrique noire francophone pour le traitement de certaines pathologies lourdes. Ces patients originaires d'Afrique sub-saharienne, de classe aisée pour la plupart, étaient contraints de trouver une nouvelle destination face aux premières restrictions pour le séjour des étrangers dans les pays européens. Selon les chiffres émanant de la Banque Africaine de Développement, 380.000 voyageurs étrangers sont venus en Tunisie en 2013 pour des soins. Le segment des soins délocalisés a rapporté à ce pays près d'un milliard de dinars, soit l'équivalent de 450 millions d'euros⁶⁴¹.

Le développement du tourisme médical dans ce pays n'a été possible que grâce à l'efficacité perceptible dans son approche populationnelle de la santé. Cela se traduit par une série de mesures dont la plus emblématique est la mise en place d'un mécanisme collectif pour le financement des soins. Ainsi donc, il existe dans ce pays un système de sécurité sociale administrée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Ce mécanisme obligatoire et de type bismarckien couvre toute la population vivant sur le territoire national⁶⁴². Dans un contexte de croissance de l'espérance de vie, les autorités tunisiennes sont confrontées à de nouvelles pathologies, notamment les maladies chroniques. Il importe donc de faire preuve d'originalité afin que tout tunisien participe à l'effort national en faveur de la santé pour tous. La situation particulière du pays en matière d'emploi, avec une part importante du secteur informel, implique d'adapter le mode de financement de cette caisse à cette spécificité. Ainsi, pour pouvoir être couvert par l'assurance maladie, les tunisiens qui ne peuvent justifier d'un revenu régulier, du fait de la difficulté à les rattacher à un employeur, doivent apporter des preuves d'une activité professionnelle d'une durée d'un minimum de 50 jours pour les deux derniers trimestres de l'année, ou de 80 jours sur les quatre derniers trimestres. Afin de rehausser le niveau des prestations médicales dans le pays, les autorités tunisiennes ont créé courant 2012 un organisme nationale d'accréditations, dénommée INA (Instance Nationale d'Accréditation en santé)⁶⁴³.

L'offre de santé dans ce pays émane du secteur public et du secteur privé. Le second concentre l'essentiel des spécialistes (dentisterie, ophtalmologie, etc). Toutefois, la majorité

⁶⁴¹Christophe Palierse, op.cit., 2017

⁶⁴²« L'organisation du système de santé en Tunisie » [2012] www.fr.april-international.com [09/09/2017]

⁶⁴³Dr Lofti Benmosbah « Qualité des soins en Tunisie état des lieux et perspectives » Revue Techniques Hospitalières mars-Avril 2015 P9

des habitants se font traiter gratuitement dans les structures publiques. Les patients locaux peuvent se rendre dans les institutions de soins privés, et les frais sont pris en charge par l'assurance maladie sous certaines conditions. En effet, il importe que les soins au malade tunisien, qui se rend dans une clinique, fassent l'objet d'une convention avec la sécurité sociale. En outre, les tunisiens traités dans les institutions privées, le sont sur la base du caractère grave ou chronique de leur pathologie. Autrement, c'est une patientèle composée à près de 60% de malades venus de l'étranger que fonctionnent les cliniques privées. Pour attirer cette catégorie de patients, la destination tunisienne met en avant sa position géographique, sa proximité de l'Europe, la pratique du français et le coût abordable des interventions. Selon l'exemple d'une opération pratiquée à un prix avantageux, la pose de prothèses mammaires qui coûte en France près de 6000€ revient à 2600€ à la patiente qui se rend en Tunisie.⁶⁴⁴

L'offre de santé en Tunisie est composée de deux branches. Il y a d'une part le tourisme de santé, avec la thalassothérapie, et le tourisme médical, qui offre aux patients étrangers une large palette d'interventions médicales. Au niveau de ses activités d'hydrothérapie, la Tunisie est la deuxième destination la plus fréquentée au monde après la France. D'ailleurs l'hydrothérapie, par le biais du thermalisme, est le premier produit de l'offre touristique tunisienne. Ainsi de nombreux efforts ont été déployés pour le renforcement de la branche bien-être de l'offre touristique tunisienne. Abdelkarim Gribi, administrateur de l'Onem (Office national des eaux thermales), soutient qu'une vingtaine de projets, portés par des entrepreneurs privés, sont programmés pour renforcer les capacités tunisiennes en matière de thermalisme. Il y a donc en Tunisie le tourisme de bien-être, mais il y a également le segment des soins délocalisés. Dans ce second domaine, le pays a bâti sa réputation autour de spécialités précises : la chirurgie esthétique, la greffe de cheveux, les soins dentaires, la chirurgie bariatrique, certaines pathologies lourdes (hépatite, cancer, greffe, etc...)⁶⁴⁵. La patientèle étrangère sur cette destination vient en majorité de pays européens, soit une part importante de Français mais aussi des Allemands, des Espagnols, des Italiens, des Anglais et des patients d'Afrique sub-saharienne, que nous avons mentionnés plus haut⁶⁴⁶.

⁶⁴⁴Walid Ben Sghaier op.cit., 2013

⁶⁴⁵« Amor Dehissy Directeur Général d'Estetika Tour » [2010] www.mille-et-une-tunisie.com [consulté le 30 mars 2017]

⁶⁴⁶Jérôme Mageiste « Medico-touristiques » in Frontières et santé Genèse et Maillage des réseaux Transfrontaliers. (2010) P185

Le développement du tourisme en général en Tunisie est lié aux conditions politiques et sociales. Il est nécessaire que pour le repositionnement de cette destination sur le marché international, le pays renoue avec une vraie stabilité politique. Le tourisme médical devrait profiter de cette reprise. Cependant le segment de l'offre des soins délocalisés est aussi globalement lié aux conditions de prise en charge des patients locaux. Dans ce domaine le constat fait en Tunisie, en matière des contrôles de la qualité des soins, laisse apparaître de nombreux efforts à réaliser. Selon le Dr Lofti Benmosbah, il est important que la destination carthaginoise fasse des efforts pour relever le défi de la qualité des prestations médicales⁶⁴⁷. En outre, le pays doit encore travailler sur sa communication en matière de tourisme médical. Le caractère mondialisé du tourisme médical et la concurrence internationale qui le caractérise, notamment avec son voisin direct le Maroc, obligent la Tunisie à rehausser le niveau de ses prestations médicales. C'est en remplissant les exigences de paix sociale, de qualité du système local de santé, et de promotion de son offre de soins délocalisés, que la Tunisie pourra maintenir sa place de première destination médico-touristique au Maghreb, et faire oublier les récentes crises politiques et les actes terroristes, dont ce pays a été le théâtre dans un proche passé.

L'enjeu de cette analyse des principales destinations médico-touristiques sur chaque continent était de faire un benchmarking du segment de l'offre de soins au niveau mondial. Il en ressort de profondes similitudes dans les stratégies sollicitées, avec quelques différences ici et là. Dans les pays émergents, il s'agit de proposer des soins de qualité à des prix low cost. Ce modèle est valable aussi pour les pays de l'Europe l'Est, d'Amérique du Sud et du Maghreb. Cependant les pays d'Europe de l'Ouest, le Canada, et les USA jouent chacun leur partition sur l'échiquier du tourisme médical, en mettant en avant leur avance au niveau de la technologie médicale et de la recherche. Le tourisme médical, comme le tourisme classique, est en passe de devenir un effet de mode et un axe de communication privilégié de la part des politiques. Avant de nous pencher sur l'offre hexagonale en matière de tourisme médical, ce qui va constituer la prochaine étape de cette réflexion, il convient de souligner que de nombreux pays souhaitent mettre en place une activité de soins délocalisés en leur sein. Or il se trouve que devant le projet ambitieux de devenir une destination médico-touristique, ces destinations n'arrivent pas préalablement à satisfaire aux exigences de qualité pour leur propre système de soins. L'essor du tourisme médical dans un pays est précédé de

⁶⁴⁷Dr Lofti Benmosbah « Qualité des soins en Tunisie état des lieux et perspectives » Revue Techniques Hospitalières mars-Avril 2015 P9

performances locales en matière de santé. Et les systèmes d'assurance maladie locaux aident grandement dans l'atteinte de cet objectif. Pour des raisons affectives personnelles, et pour donner sens aux propos contenus dans le préambule de notre réflexion, nous nous servirons de l'exemple de la Côte d'Ivoire. En effet les autorités actuelles ont manifesté le vœu de développer une activité médico-touristique en terre ivoirienne, sans réellement satisfaire à l'une des exigences essentielles qui conditionne ce projet d'accueil d'une patientèle sous-régionale. Il s'agit donc d'analyser le projet de couverture maladie universelle, tel que formulé par le gouvernement du Premier Ministre Daniel Kablan Duncan en 2013 dans ses limites, et de proposer une formule permettant de remplir l'exigence que représente la qualité des soins pour les patients ivoiriens. En effet, au regard des insuffisances en quantité et en qualité notées dans le plateau technique (4 CHU pour une population de 22 millions d'habitants), celle-ci ne saurait remplir ses missions de services aux populations que grâce à un mécanisme collectif efficient pour de financements des soins. Une fois la nécessité d'une couverture maladie universelle comblée, les autorités ivoiriennes pourront lancer un réel projet de hub sanitaire sous régional, dans ce pays d'Afrique de l'ouest, afin de passer de l'acte de communication politique à une réalité concrète.

- Proposition d'un Modèle de développement d'un système d'assurance santé universelle, en Côte d'Ivoire pour le développement d'un hub sous régional de santé

Dans le flux de la patientèle internationale, il convient de reconnaître que hormis l'Afrique du Sud, l'Afrique Sub-saharienne est en marge du mouvement mondial qu'est le tourisme médical. L'Afrique est un continent émetteur d'une patientèle internationale qui se dirige vers l'Europe, les USA, le Maghreb. L'absence des pays africains, en tant que récepteurs de la patientèle internationale, s'explique par la faiblesse de leurs plateaux techniques. Il est possible de relier la non-participation des pays d'Afrique sub-saharienne, à l'absence de systèmes d'assurance-santé efficaces, dont l'existence fertilise le secteur de la santé. Toutefois, la tendance générale aujourd'hui dans de nombreux pays en voie de développement est à la multiplication d'initiatives pour la mise en place de systèmes d'assurance maladie, par le biais de différents acteurs : Etats, Agences de développement, société civile. L'idée de la protection sociale et plus précisément de la couverture maladie universelle est au centre des préoccupations, avec des méthodes et des fortunes diverses. En Côte d'Ivoire par exemple, les autorités ont récemment affiché leur volonté de développer un

hub sanitaire sous régional. Parallèlement à cela, elles travaillent à l'amélioration de l'offre globale de soin, en tentant de remettre en selle l'idée d'une couverture maladie universelle initiée par le Président Laurent Gbagbo en 2004. Cependant, ce système d'assurance-maladie universelle, tel que promu par le gouvernement du Premier Ministre Kablan Duncan, présente des faiblesses susceptibles de compromettre le succès de l'opération. L'équation à résoudre est de savoir comment assurer l'efficacité des prélèvements dans un contexte de chômage exacerbé, et une économie dans laquelle l'importance du secteur informel rend difficilement quantifiable les gains des personnes opérant dans cette branche de l'économie. En conséquence près de 17 millions de personnes, au chômage ou exerçant divers petits métiers, sont de facto exclues de la couverture santé universelle telle que pensée par le gouvernement du premier Ministre Daniel Kablan Duncan. Or nous l'avons abondamment relaté au cours de cette réflexion, le tourisme médical s'appuie pour son développement sur l'existence d'un secteur touristique efficace, et sur un secteur de la santé financièrement irrigué par un mécanisme universel d'assurance-santé. Dans cette partie de notre réflexion, nous proposons un modèle de couverture santé universelle dont la caisse devra être alimentée par des prélèvements individuels sur la taxation des communications téléphoniques de chaque abonné au réseau GSM. Une fois l'étape de l'efficacité du système d'assurance-santé satisfaite, il deviendra possible d'aborder avec plus de sérénité le projet de hub sanitaire qu'entendent mettre en place les autorités d'Abidjan, sans provoquer des ressentiments de la population locale envers des étrangers qui viendraient se soigner dans leur pays, alors que la population autochtone n'a pas un plein accès aux soins.

Les initiatives prises par le gouvernement ivoirien en faveur de la Couverture Maladie Universelle laisse toutefois apparaître certains manques à même de compromettre ce projet. Conséquemment, cela remet en question le projet de Hub sanitaire. Car le projet de couverture maladie universelle, obligatoire selon le principe, stipule cependant que la contribution est volontaire. A ce propos, l'impasse est faite sur les moyens donnés à l'organisme chargé de recueillir les cotisations en cas de non-paiement par les assurés. Or l'efficacité et la pérennité du système sont liées à la régularité des cotisations. La principale question à se poser dans ce contexte est de savoir, comment s'assurer de la régularité des paiements, et par conséquent de la viabilité du système.

Les limites du système de la couverture universelle santé promue par le gouvernement Duncan 2 et la méthode d'innovation pour le financement efficace de la CMU ivoirienne

Une réflexion autour de l'assurance santé en création en Côte D'Ivoire, ne peut être dissociée de celle du secteur de la santé en général pour lequel des critiques peuvent être émises. En observant l'indice essentiel qu'est l'espérance de vie, on note que l'on vit moins longtemps en Afrique sub-saharienne, donc en Côte d'Ivoire aussi, en comparaison des autres endroits du globe. L'espérance de vie en Côte d'Ivoire, se situe autour de 50 ans, alors que la vie se prolonge jusqu'à 80 ans en suède, 72 ans au Brésil, et 63 ans en Inde⁶⁴⁸. La faiblesse de cet indicateur s'explique par les risques pathologiques liés au climat tropical, peu favorables aux organismes. Ensuite, il y a l'absence de politiques publiques efficaces qui confinent la population dans la pauvreté, la malnutrition, et un habitat dans lequel les conditions d'hygiène essentielles dans une approche tant populationnelle qu'individuelle du concept de la santé sont négligées⁶⁴⁹. L'exemple du paludisme qui sévit encore grandement en Afrique, alors qu'il a disparu en Europe et dans les Dom Tom⁶⁵⁰, finit de nous convaincre sur l'importance des mesures d'hygiène et de salubrité pour la santé publique. Ces éléments amenuisent l'espérance de vie.

En l'absence d'une couverture maladie pour tous, les mécanismes traditionnels d'entraide, basés sur la solidarité intergénérationnelle, c'est-à-dire la prise en charge des ascendants par les progénitures en âge de travailler, la solidarité familiale dans le contexte africain, qui s'élargit à la parenté lignagère, ont montré leurs limites. En cas de maladie, les plus démunis se tournent vers une pratique syncrétique de la médecine, fait d'un mélange de pratiques biomédicales et de médecine traditionnelle. La pratique de l'automédication avec les « pharmacies par terre », terme qui désigne la vente de médicaments à ciel ouvert avec tous les risques liés à la contrefaçon et à la conservation de ces produits pharmaceutiques, entérine le constat sur les dangers des solutions thérapeutiques vers lesquelles se dirigent la majorité de la population en Afrique sub-saharienne en cas de maladie. Ainsi dans la majorité des pays d'Afrique noire, contre la maladie et les accidents de la vie, il n'existe pas de réel filet de protection pour la majorité de la population. Cette remarque est valable pour la Côte d'Ivoire. Dans ce pays, seulement 10 à 15% de la population bénéficie d'une couverture maladie. Celle-ci se limite aux fonctionnaires et agents de l'Etat, aux salariés du privé et

⁶⁴⁸ Ousmane Ndiaye in « Politique de santé et problématique d'accès aux soins au Sénégal : le cas du Ferlo » in « le soin sociomorphe » 2010 P86

⁶⁴⁹ Abidjan devenue poubelle à ciel ouvert : Par L. Zohoré Journal Jeunes Afrique spécial Villes Edition 2013

⁶⁵⁰ Antoine Falhaut, Patrick Zylberman « Des Epidémies et des Hommes », 2008 P124

d'autres entreprises qui payent des cotisations sociales pour leurs employés. De facto 75 à 80% de la population totale est exclue de la protection sociale et donc de l'assurance maladie.

La Côte d'Ivoire tente l'expérience de couverture maladie universelle, en prônant une cotisation obligatoire pour toute la population, dont la contribution individuelle est fixée à 1000CFA par mois pour les 12 mois de l'année.⁶⁵¹ Cependant le caractère volontaire de ce type de mécanisme est en contradiction avec le fonctionnement d'un mécanisme d'assurance maladie qui se veut universel. En effet, selon l'avis des experts, « *aucun pays au monde n'est jamais parvenu à une véritable CSU (Couverture santé universelle) en s'appuyant sur un système d'assurance volontaire* »⁶⁵² Kwabena Nyarko Otoo et Clara Osei-Boateng, soulignent que « *dans le secteur formel, il est relativement facile et moins onéreux d'appliquer une sécurité sociale obligatoire et contributive puisque les entreprises sont enregistrées et aisément identifiables. Dans le secteur informel, la situation est différente et le respect des obligations en matière de sécurité sociale ne peut pas être facilement imposé* ».⁶⁵³

Il est donc évident en tenant compte de l'importance du secteur informel, que sans mesure de contraintes, la caisse chargée de recueillir les cotisations ne pourra entrer en possession des sommes attendues pour faire fonctionner ce mécanisme de solidarité. Ce qui contribue à maintenir près de 16 millions d'ivoiriens parmi les populations les plus vulnérables, dans une réelle situation de précarité en l'absence de système de protection sociale et de couverture maladie. Ensuite, deuxième critique à l'encontre du système d'assurance-santé qui doit être un élément de la protection sociale dans son appréciation globale, les risques sociaux, tels le chômage et l'invalidité ne sont pas couverts.⁶⁵⁴ Enfin *last but not least*, le périmètre des interventions de cette assurance santé ne couvre pas les affections de longues durées que sont le diabète, les insuffisances rénales, les rhumatismes etc. Cette exclusion des maladies chroniques du mécanisme d'assurance-santé universelle est une disposition qui ne permet pas à ce mécanisme de jouer pleinement son rôle. Ousmane Ndiaye (2010) soutient que l'organisation d'un système de santé pour être performant, doit prendre en compte les éléments essentiels que représentent les conditions d'accès aux soins des assurés, la justice

⁶⁵¹Article : « un faible taux de couverture », (Daniel Kablan Duncan 1^{er} Ministre), consulté le 04/06/2013 www.abidjan.net

⁶⁵²« Couverture santé Universelle ; pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés pour compte des régimes d'assurance maladie » [2013] www.oxfam.org [consulté le 16 novembre 2016] P3

⁶⁵³ Kwabena Nyarko Otoo et Clara Osei-Boateng « Défis des systèmes de protection sociale en Afrique » in *Alternatives sud Volumes 21, 2014* P96

⁶⁵⁴ « Protection sociale en Côte d'Ivoire « un faible taux de couverture », (Daniel Kablan Duncan 1^{er} Ministre), consulté le 04/06/2013 www.abidjan.net

et l'égalité de traitement pour tous, et la pérennité de ce système. ⁶⁵⁵ En dépit de ces manques, les premières cotisations ont été lancées en décembre 2015. Ainsi, en est-il de la nouvelle assurance-santé universelle, telle que pensée par le gouvernement de Monsieur Duncan, pour laquelle la principale critique est l'absence d'une stratégie au niveau institutionnel et législatif, qui permettrait d'englober de facto la quasi-totalité de la population. En matière d'assurance-santé cette stratégie respecte le principe de l'unicité mais, cependant, sa méthode de financement basée sur le volontariat pour les cotisations écarte involontairement la majorité de la population. Elle contrevient aux deux autres principes de base qui fondent la bonne marche d'un mécanisme d'assurance santé pour tous, ceux de l'uniformité et de l'universalité.

Cependant, comment en dépit de ce contexte à priori défavorable, mettre en place un système d'assurance maladie efficient, c'est-à-dire couvrant la totalité de la population et pérenne, tout en contournant les difficultés structurelles de l'économie ivoirienne dans laquelle le statut de salarié est aujourd'hui encore un privilège ? Sur ce fait, il convient de s'interroger sur une stratégie qui permet d'incorporer la majorité de la population en identifiant clairement les individus, nationaux et résidents et qui peut, par la même occasion, donner une idée claire à minima du revenu de chaque habitant pour établir une base de prélèvement précise, en fonction du pouvoir d'achat de chaque individu vivant sur le territoire national. En la matière, les nouvelles technologies de l'information par le biais de la téléphonie mobile offrent une belle opportunité pour résoudre l'équation de l'identification des individus et de leurs revenus. La Côte d'Ivoire compte aujourd'hui 19 millions d'abonnés au téléphone portable soit 86% d'une population de 22 millions d'habitants. Lorsque l'on en fait une utilisation normale, logiquement à chaque individu correspond un numéro de téléphone. D'ailleurs en France, pour éviter les engorgements dans ses espaces d'attente, la Caisse d'Allocations familiale, dans sa nouvelle organisation, a mis en place des bornes sur lesquelles l'allocataire saisit son numéro de téléphone, comme moyen d'identification, afin d'être par la suite reçu par les conseillers, si le rendez a été préalablement programmé. En Côte d'Ivoire, comme dans de nombreux pays, les opérateurs de téléphonies proposent deux types de lignes téléphoniques. Il y a les lignes qui sont l'objet d'un abonnement mensuel, donc rattachées de facto à un revenu régulier, et une autre catégorie de lignes. Il s'agit des raccordements pour lesquels la pérennité du numéro est liée à des recharges ponctuelles. Joseph Schumpeter estime que *« le domaine des faits économiques a donc pour frontière le concept d'activité économique. Chacun doit nécessairement au moins d'une manière*

⁶⁵⁵ Ousmane Ndiaye in « Politique de santé et problématique d'accès aux soins au Sénégal : le cas du Ferko » in « le soin sociomorphe » 2010 P75

*accessoire, avoir une activité économique. Chacun doit ou bien être « un agent économique » (Wirtschaftssubjekt) ou dépendre d'un agent économique »*⁶⁵⁶. On peut donc considérer que si chaque habitant du pays, national ou non, est un agent économique au sens où l'entend Joseph Schumpeter, il dépense une part de ses revenus réguliers, ou irréguliers, y compris ceux tirés d'une activité informelle en téléphonie mobile. La fréquence des consommations téléphoniques, issues d'abonnements ou de recharges, pour chaque abonné, en l'état actuel des connaissances en matière de téléphonie mobile, est clairement identifiable pour chaque habitant du pays. Cette donnée s'applique autant au salarié, à l'étudiant, à l'opérateur du secteur informel, qu'au chômeur. C'est un élément qui offre l'opportunité d'une innovation en faveur de la santé, en servant de point d'appui dans l'identification des revenus des habitants. Ce fait donne la possibilité à l'Etat d'asseoir un impôt sur les communications téléphoniques, en fonction du statut de chaque abonné, pour alimenter de manière individualisée et personnelle les caisses de l'Assurance Maladie Universelle. Sur cette base, il devient possible de glisser du numéro de téléphone portable vers un compte de sécurité sociale. Cette stratégie s'inscrit pleinement dans les propos de Pierre Laroque, initiateur du modèle français de la sécurité sociale qui soutient qu' « *Un plan de sécurité sociale, ne peut atteindre pleinement son but que s'il repose sur une solidarité nationale aussi large que possible autrement dit, s'il englobe dans une organisation d'ensemble tous les éléments de la population et tous les aspects des efforts sociaux entrepris* »⁶⁵⁷

La méthode proposée à la vertu de régler deux questions fondamentales. Il s'agit en premier lieu de l'enrôlement des assurés, puisque selon le modèle que nous concevons, tous les détenteurs d'une ligne téléphonique sont de facto affiliés à la sécurité sociale. Ensuite la deuxième réponse apportée par cette méthode est de permettre un prélèvement efficace des cotisations. Ainsi, par le biais d'un compte sécurité social, joint au numéro de téléphone portable de l'assuré, on pourra arriver à récupérer la somme de 12.000 FCFA annuelle demandée à chaque assuré comme contribution à la caisse d'assurance-maladie. Cette méthode a l'avantage d'être individualisé et de rassembler la majorité de la population, composée autant de « *personnes productives et des personnes improductives* »⁶⁵⁸, autour d'un projet de société sur des critères à la fois individuels et économiques, sans pour autant que la question de l'emploi des assurés et celle du contrôle des revenus par l'Etat soit un handicap. Ce mécanisme proposé ici permet d'élargir la base des contributeurs en y associant

⁶⁵⁶ Joseph Schumpeter : « Théorie de l'évolution économique » 1999 P2

⁶⁵⁷ « Pierre Laroque, in préface in Henry C. Galant « Histoire politique de la sécurité sociale française, 1945-1952 » 2004 P

⁶⁵⁸ Ariel Beresniak, Gérard Duru, in « Economie de la santé » 2008 P52

autant les personnes au chômage, les étudiants, certains travailleurs du secteur informel, qui disposent de revenus parfois supérieurs à ceux du secteur formel, mais qui n'ont pas le réflexe de contracter une assurance maladie, comme le font observer Kwabena Nyarko Otoo et Clara Osei-Boateng (2014), dans certains pays africains⁶⁵⁹. Ce mécanisme se présente comme une porte d'entrée à l'assurance-maladie, pour les catégories les plus vulnérables de la population. Bien entendu cette stratégie englobe et complète aussi le mécanisme d'assurance maladie pour le secteur formel, tel qu'il existe actuellement. Nous avons évoqué dans notre analyse sur le tourisme médical à Cuba, pays avec lequel le Gabon a récemment noué un partenariat avec les autorités de la Havane pour bénéficier de l'expertise cubaine en matière de santé (P244). Pour le développement de son secteur de la santé, le Gabon a créé un impôt sur les communications GSM. Cette nouvelle fiscalité, a permis à l'Etat Gabonais de ramener dans ses caisses près de 30 millions de dollars au cours de l'année 2009, à consacrer au secteur de la santé⁶⁶⁰.

Assurément un tel procédé est envisageable, d'abord d'un point de vue technique, selon le point de développement du secteur de la téléphonie mobile dans une côte d'Ivoire où la l'usage du téléphone portable est entré dans les habitudes des populations. Bien plus, aujourd'hui, la pratique du transfert d'argent via le téléphone portable est une réalité dans ce pays. Ce qui laisse présager du prolongement et de la formalisation par le biais du mécanisme que nous proposons, des « *arrangements informels de sécurité sociale* » selon la formule de François Polet.⁶⁶¹ Ce concept résume simplement l'habitude de la sollicitation financière, en Afrique et en Côte d'Ivoire de parents et d'amis, pour les frais de santé en cas de besoin.

Cependant, ce nouveau procédé pour alimenter la caisse d'assurance-maladie en Côte d'Ivoire devra faire l'objet de nécessaires mesures d'accompagnement. Il est évident qu'un système d'assurance-maladie, s'appuyant sur le réseau GSM, va déboucher sur des réticences de la part des opérateurs de téléphonie mobile, et des abonnés qui jugent les prix de ces prestataires déjà bien élevés⁶⁶². C'est la raison pour laquelle les opérateurs du secteur de la téléphonie mobile doivent être étroitement associés à cette entreprise. Ainsi il s'agira pour

⁶⁵⁹ « Kwabena Nyarko Otoo et Clara Osei-Boateng « Défis des systèmes de protection sociale en Afrique » in Alternatives sud Volumes 21, 2014 P99

⁶⁶⁰ Laura Bigard « La couverture sociale universelle au Costa Rica » www.iwpar.org [consulté le 29/11/2016] P5

⁶⁶¹ « François Polet Etendre la protection sociale au sud : Défis et dérives d'un nouvel élan Alternatives sud Volumes 21, 2014 Editorial P14

⁶⁶² Jean-Michel Huet : « Les TIC en Côte d'Ivoire : un levier de développement pour un pays en pleine reconstruction » www.journal.net.com [2014] Consulté le 31/08/2015

l'Etat de leur proposer des mesures fiscales incitatives, mais aussi de créer les conditions techniques en vue d'une optimisation de la couverture téléphonique sur le territoire national. L'autre entrave importante à la mise en place de ce projet provient du nombre élevé de sociétés qui opèrent dans le domaine de la téléphonie. Sur les sept opérateurs, quatre connaissent des problèmes de gestion. Le gouvernement a déjà proposé à ces quatre sociétés, en vue de rehausser la qualité des prestations, d'aller vers une fusion⁶⁶³. Dans une perspective plus large de sécurisation de l'environnement de la téléphonie mobile, mais aussi de Sûreté de l'Etat, la réalisation d'un annuaire général des abonnés est en cours. Ainsi, près de 11 millions personnes se sont fait identifier sur un total de 18 millions d'abonnés à la téléphonie mobile. Le nombre d'abonnés identifiés, rapporté à la population locale, représente près de 50% des habitants du pays⁶⁶⁴. L'efficacité à mi-parcours du recensement des abonnés à la téléphonie mobile provient sans doute de la menace de suspension de ligne que l'Etat fait planer sur les abonnés récalcitrants. Il y a là l'exemple d'une mesure efficace pour l'identification des abonnés à la téléphonie mobile, qui peut servir à l'enrôlement de la population pour l'assurance maladie. Car le réseau GSM partage avec la conception d'une assurance maladie universelle, des points d'analogie que sont l'universalité, uniformité, et l'unicité, tout en conservant un caractère personnel pour chaque abonné, et chaque assuré.

Nous avons abondamment montré dans cette réflexion autour du tourisme médical, la force du lien entre ce phénomène qui se nourrit, d'un point de vue économique, de la vitalité des systèmes d'assurance-maladie universelle mis en place dans la majorité des pays qui ont développé cette activité. L'assurance-maladie universelle permet de financer le secteur de la santé et de générer une qualité dans la pratique médicale qui est en premier lieu à destination de la population locale. Son existence permet de dégager des capacités de production supplémentaires en matière de santé, qui peuvent être proposées par la suite à une patientèle étrangère. En l'état actuel de la prise en charge globale sanitaire en Côte d'Ivoire, le projet de hub sanitaire, donc de tourisme médical, pensé par les autorités ivoiriennes, se dirige vers un échec. Le nouveau procédé que nous proposons pour rendre l'assurance maladie plus performante en Côte d'Ivoire et par ricochet le système de santé, sera une façon d'intégrer les TIC, au développement humain et social. Il permettra d'améliorer l'état de santé de la population, avec la participation effective de chaque individu, en validant les critères, d'universalité, d'unicité, et d'uniformité, triptyque des

⁶⁶³ « Le nombre d'abonnés à la téléphonie mobile a atteint 22 millions en Côte d'Ivoire (Ministre) www.abidjan.net [Consulté le 04/06/2014]

⁶⁶⁴ « Côte d'Ivoire : « 18 millions d'abonnés 11.40 millions d'identifiés » www.koaci.com Consulté le 10 juillet 2015 »

systemes d'assurance santé qui fonctionnent. Autre point important, il permet de contourner les entraves qui, ici comme dans bien d'autres pays, sont l'identification des personnes qui opèrent dans l'informel, et le manque de données relatives aux revenus de chaque habitant. De façon indirecte c'est la participation réelle de chaque habitant à l'économie qui se révèle ainsi. Cependant sa vitalité, puisqu'il est assis sur un poste de « *l'économie des ménages* », « *le budget communication* » dépend d'une politique soutenue pour l'emploi. L'objectif étant de transformer les lignes qui auparavant, fonctionnaient à base de recharges, en ligne à abonnement, preuve pour l'individu d'un rattachement à une nouvelle condition salariale, pour laquelle l'identification des ressources ne pose aucun problème. Le processus pour la création d'une sécurité sociale moderne s'accompagne aussi de profondes mutations sociétales. Ainsi au-delà de la fourniture de services publics aux populations, eau, électricité, la question de l'éducation de la population à l'hygiène, participe aussi à ce nouveau défi. L'objectif de ce système est de corriger l'inégalité sociale qu'est la discrimination économique des individus devant l'accès aux soins, avec pour enjeu majeur la cohésion sociale. L'utilité de cette proposition dans une réflexion autour du tourisme médical est de poser les bases pour le projet d'accueil d'une patientèle sous régionale, que souhaite lancer Abidjan.⁶⁶⁵ Ici encore et pour terminer par ce mot de Catherine Halphen, « *la question de la santé engage d'importants choix de société* », prend tout son sens.⁶⁶⁶

⁶⁶⁵ « Forum économique ivoiro-marocain : la Ministre Raymonde Goudou présente le système sanitaire ivoirien aux investisseurs marocains » « Service communication du Ministère de la santé et de lutte contre le sida » www.gouv.ci [2014] [consulté le 17/06/2015]

⁶⁶⁶ Catherine Halphen in Introduction, op.cit 2010 P7

Chapitre X

- La double position de la France sur le segment du tourisme médical
- La France en tant que pays émetteur de patients internationaux

La destination France est apparue pour servir de point d'ancrage dans notre analyse du tourisme médical. Elle a été mise en comparaison avec les USA pour aborder la question du dysfonctionnement global dans les mécanismes de prise en charge de la maladie, dans chacun de ces deux pays (P136). En France pour l'année 2015, le CNSE (Centre national de soins à l'étranger) estime à près de 300.000 le nombre de patients qui ont effectué des demandes de remboursement pour des soins contractés à l'étranger⁶⁶⁷. Ce chiffre prend en compte les soins prodigués aux expatriés, aux vacanciers dont le séjour à l'étranger a comporté une séquence médicale, mais aussi les soins contractés dans le cadre de déplacements sanitaires transfrontaliers, et les touristes médicaux. Le remboursement effectué en faveur des patients ayant reçu des soins à l'étranger représentent 0,1% de la totalité des remboursements effectués par la CPAM. Le caractère marginal de ces chiffres révèle cependant une réalité flatteuse pour le système de santé français. C'est un indicateur de la qualité de la prise en charge médicale dans l'Hexagone. Pour autant sur le segment médico-touristique, la France tient une double position. Elle est à la fois un pays d'origine et de destination dans la composition de la patientèle internationale. Une analyse de la France en tant que pays d'accueil d'une patientèle internationale suivra celle que nous consacrons ici à sa situation de pays d'origine des patients internationaux. A cet effet, rappelons les propos concernant les spécialités qui motivent le départ de certains patients français à l'étranger. (CF. P146). Il s'agit globalement de soins de chirurgie esthétique, d'implantologie et d'optique.⁶⁶⁸ Nous traiterons ici, parmi ces spécialités deux d'entre elles. Ce sont, hormis la PMA, les plus demandées à l'étranger par les touristes médicaux au départ de l'hexagone. Les soins de chirurgie esthétique et de dentisterie, sont deux catégories d'interventions reconnues pour leurs coûts élevés. En effet, la chirurgie esthétique sauf pour les cas soumis à une autorisation préalable, n'est pas remboursée par la sécurité sociale. De même que les soins d'implantologie, sont faiblement couverts par l'assurance maladie et les assurances complémentaires. Le besoin de ce type de services médicaux conduit de nombreux français à rechercher des solutions en dehors des frontières nationales.

⁶⁶⁷ www.66millionsdimpatients.org [consulté le 18/06/2016]

Dans le cadre du tourisme médical au départ de la France vers l'étranger, et au regard de deux spécialités parmi les plus sollicitées, à savoir la chirurgie esthétique et la dentisterie, il importe de replacer les motivations des candidats au tourisme médical dans le contexte d'une société du culte du corps et de l'apparence. En effet le nombre des déplacements à l'étranger pour des soins dans ces deux domaines est en croissance. La chirurgie esthétique et la dentisterie, font chacune l'objet d'un traitement spécifique dans leur prise en compte par l'Assurance Maladie. Dans notre tentative de définition du profil du touriste médical, nous avons abordé dans le cadre de la chirurgie l'aspect psychologique des candidats à l'expérience médico-touristique. (CF P152-155). A ce propos, nous avons tenté de mettre en lumière les questions du rapport au corps qui motivent pour certains patients la démarche médico-touristique. Françoise Millet-Bartoli fait observer que 83% des patients de la chirurgie esthétique reconnaissent avoir eu des rapports complexes avec leurs parents. Pour ces patients, cela réagit en un manque de confiance et d'estime de soi. Sur ce sujet, les études ont d'ailleurs montré que la fragilité identitaire est plus prononcée chez les hommes, que chez les femmes⁶⁶⁹. Cette première réflexion nous emmène à « sexuer » l'analyse dans le cadre des interventions dans le domaine de la chirurgie esthétique. Globalement pour les interventions de chirurgie esthétique, la demande provient à la fois d'hommes et de femmes. Les interventions pour les hommes sont en général la rhinoplastie, la lipoaspiration pour le ventre et les poignées d'amour, ainsi que des interventions pour des oreilles décollées. En matière de rhinoplastie le rapport entre hommes et femmes est passé en trente ans de 1 pour 16,5 à 1 pour 6,5. La demande masculine en rhinoplastie émane de patients dont l'âge varie entre 18 et 30 ans. On y retrouve aussi des enseignants du secondaire ou de l'université qui, pour le complexe qu'ils se font de leur nez, ont du mal à soutenir le regard des élèves et étudiants⁶⁷⁰.

Les interventions en chirurgie esthétique sollicitées par les femmes varient. Elles partagent avec les hommes la rhinoplastie, des interventions pour les oreilles décollées, et les lipoaspirations. Cependant pour les liposuccions, le corps des femmes peut être aspiré à différents endroits (bas-ventre, fesses, cuisses). Il y a aussi des autres interventions liées à la chirurgie du visage (lifting, piqûre de botox) et, pour terminer la mammoplastie. A la différence des hommes pour lesquels la chirurgie esthétique participe d'une conquête

⁶⁶⁸ Aïssa Khelifa, op.cit., 2013 P9

⁶⁶⁹ Françoise Millet-Bartoli « La beauté sur mesure ; psychologie et chirurgie esthétique » 2008 P128-129

⁶⁷⁰ Dr Jean-Claude Hagège, Dr Philippe Bellity « La chirurgie et la médecine esthétique, tout savoir avant » P59

d'estime de soi, les femmes conçoivent ce type interventions comme un moyen de se sentir plus belles⁶⁷¹.

La prise en charge des soins de chirurgie esthétique au niveau de la sécurité sociale varie en fonction des cas de chaque patient. Un accord de la CPAM dans ce type d'interventions repose sur une évaluation des nuisances au quotidien pour le problème que la chirurgie esthétique vient corriger⁶⁷². Les mammoplasties après ablation du sein dans les cas de cancer, sont systématiquement prises en charge. La pose d'implants mammaire selon le cas peut être prise en charge, suite à un accord préalable. De même certaines rhinoplasties, pour corriger une gêne respiratoire ou pour réparer une commotion au nez, sont soumises à une analyse au cas par cas, et peuvent faire l'objet d'une éventuelle prise en charge. Il en est de même pour des patients qui présentent certaines difformités congénitales. Hormis ces quelques exceptions, les soins de chirurgie esthétique sont totalement exclus de la nomenclature de la sécurité sociale. Et pour cause, la position de l'assurance maladie sur le remboursement des frais de chirurgie esthétique peut se résumer par ce propos de Patrick Lang : « *dans le cas de la chirurgie esthétique, des individus désirent se dépouiller de leur apparence individuelle dans la quête illusoire d'une normalité....* ». ⁶⁷³ Pour l'assurance maladie, la chirurgie esthétique n'a pas de fonction thérapeutique. Pour l'organisme d'assurance, ces personnes ne sont pas malades. Elles veulent être simplement conformes au diktat de la mode et de la beauté. Pour concrétiser ces corps rêvés, de nombreux français se rendent en Tunisie, au Maroc, en République Tchèque ou en Espagne, pour y subir des interventions délocalisées de chirurgie esthétique. En France la pose de prothèse mammaire coûte 6 000€, alors que la même intervention est facturée 2 600€ en Tunisie, frais de transport et d'hospitalisation compris⁶⁷⁴.

La deuxième spécialité qui pousse de nombreux français à entreprendre des démarches de soins à l'étranger, est la dentisterie, et particulièrement l'implantologie. Selon l'ordre des chirurgiens dentistes, le chiffre des français à l'étranger dans le cadre du tourisme dentaire est en hausse de 16% en 2014 par rapport à 2013. La région Ile-de-France avec 1935 patients est classée première pour les demandes de remboursement pour ce type de soins,

⁶⁷¹ Dr Jean-Claude Hagège, Dr Philippe Bellity, op.cit., P19

⁶⁷² Dr Cédric Kron « La Chirurgie esthétique-médecine esthétique, chirurgie plastique et reconstructrice, microchirurgie et chirurgie de la main » www.dr-kron-chirurgie-esthetique.com [consulté le 16/11/2017]

⁶⁷³ Patrick Lang « La chirurgie esthétique féminine- Approche éthique » « Revue Profession sage-femme N°204, P31

⁶⁷⁴ Walid Ben Sghaier op.cit., 2013

soit 37,7% de ces requêtes. Elle est suivie de la Région-Rhône Alpes-Auvergne avec 8,3%, la région PACA (7,5%) et l'Alsace (6,2%)⁶⁷⁵.

Avec le Docteur Bernard Guillaume (2011), nous apprenons les complexes et les difficultés d'intégration sociale qu'éprouvent les personnes souffrant d'une mauvaise dentition⁶⁷⁶. La pose de couronnes et d'implants sont les principales motivations des départs de patients français vers d'autres pays. Dans les cabinets dentaires de l'Hexagone, le prix des soins d'implantologie est réputé pour être élevé. En effet, l'activité d'implantologie au sein d'un cabinet nécessite certains investissements. Le prix d'acquisition d'un plateau technique de base, se situe entre 140.000 et 180.000€. Rajouter une activité d'implantologie à un cabinet dentaire exige des locaux adaptés, un bloc opératoire, le respect de nouvelles normes d'hygiène et de stérilisation élevées à un niveau supérieur. En outre la judiciarisation de la santé contraint les praticiens à souscrire une police d'assurance professionnelle, dont le montant annuel oscille entre 50.000 à 80.000€. Ajoutons à cela le système de gestion des soins d'implantologie par l'Assurance maladie. Les implants sont faiblement couverts par l'assurance maladie, de même que par les mutuelles complémentaires. Par exemple, pour une couronne dont le prix moyen est de 800€, la sécurité sociale rembourse moins de 100€⁶⁷⁷. La prise en charge par les mutuelles est, elle aussi alignée sur les tarifs de la sécurité sociale. Les dépassements d'honoraires obéissent donc à un souci d'équilibre financier. Ils comptent pour 50% des revenus des cabinets dentaires. Or, sans l'activité d'implantologie, les cabinets dentaires doivent faire face à un déficit annuel de 85.000€ en moyenne. Ces éléments expliquent la faible fréquence des soins d'implantologie sur le volume des activités des cabinets. En matière de production, il est établi que produire fréquemment permet de faire baisser les coûts.⁶⁷⁸ La France pour le nombre de soins en implantologie se classe largement derrière ses voisins. Pour exemple, le ratio en 2010 des implants en France était de 1850 implants pour 1 millions d'habitants. Ce même rapport, la même année, était de 4200 en Espagne, 7052 en Italie et 8357 en Suisse, pour 1 millions d'habitants. La convergence des facteurs que nous venons d'énumérer, explique la cherté des soins prothétiques dans l'activité des cabinets dentaires de l'Hexagone. Pour une mise en parallèle, rappelons ici l'organisation des cabinets dentaires sur les destinations médico-touristiques. Dans ces pays, les obligations sociales des cabinets sont favorables aux entrepreneurs du secteur. En outre, les praticiens

⁶⁷⁵ « Forte poussée du tourisme médical en 2014 » [2015] www.ordre-chirurgical-dentistes.fr [consulté le 19/10/2017]

⁶⁷⁶ Docteur Bernard Guillaume : « Les implants dentaires » 2011 P151

⁶⁷⁷ Solveig Godeluck « Prothèse dentaires : la transparence fait peur aux dentistes » [...] www.lesechos.fr [consulté le 16/09/2017]

⁶⁷⁸ « Le marché du dentaire et de l'implantologie » www.lesechos-etudes.fr [consulté le 17/09/2017]

dans ces cliniques dentaires sont des salariés. L'exercice de leur activité au quotidien se limite à l'implantologie, éliminant du coup les soins bucco-dentaires courants, peu rémunérateurs. C'est grâce à ce type de stratégie qu'il est possible de proposer des interventions aussi lourdes à des prix *low cost*. Des soins qui en France coûteraient 10.000 euros sont proposés sur les destinations de tourisme dentaire à des prix deux à trois fois inférieurs. On peut déduire de l'observation de la gestion des soins dentaires au niveau de l'Assurance Maladie, qu'elle n'est pas orientée en faveur des patients. Et pourtant, dans les cas d'édentation, il s'agit de redonner le goût de la vie à de nombreux patients pour qui la santé bucco-dentaire est un obstacle au quotidien. Le caractère inesthétique d'une dentition et son aspect social en cachent un autre, celui du confort que procurent des dents saines pour mastiquer les aliments. Une bonne digestion passe par une bonne mastication. L'implantologie est donc liée à la santé en général.

Selon les chiffres de la sécurité sociale, la Hongrie est le pays pour lequel on rencontre le plus de demandes de remboursement en dentisterie. Pour le CNSE, 1 547 patients français ont été remboursés des sommes engagées dans le cadre du tourisme dentaire en Hongrie pour l'année 2011⁶⁷⁹. En effet, lorsque l'on compare les prix pratiqués en matière de soins dentaires en France et dans ces pays, le choix si l'on s'en tient simplement au sujet du tarif, se fait sans hésitation lorsque le patient doit se faire poser au moins deux implants, ou au moins trois couronnes. La somme à dépenser par un patient français en Hongrie pour des soins concernant la pose de trois couronnes par exemple, sera située entre 900 et 1 500€⁶⁸⁰. Hormis la Hongrie, la République tchèque, la Roumanie, l'Espagne, la Tunisie et le Maroc accueillent des patients français pour des soins dentaires.

En mai 2005, l'UE a pris une mesure concernant le remboursement des soins contractés par des citoyens européens dans un pays membre de l'Union. Les nombreuses restrictions mises en place pour tenter de faire des économies au niveau de l'assurance, devraient aboutir en un renchérissement de la part à payer pour les patients, quel que soit le type d'intervention. Cette donnée va assurément modifier le tableau, en encourageant le départ de français vers l'étranger pour des soins délocalisés. Cependant l'importance du tourisme dentaire dans l'analyse globale des soins remboursés par la sécurité sociale reste marginale. Il s'agit à peine de 0,10% des sommes rétrocédées pour l'ensemble des soins dentaires par l'Assurance maladie en 2013. Pour autant, il est conseillé à tous les ressortissants français, qui souhaitent entreprendre une démarche médico-touristique, de prendre certaines précautions, afin de trouver des voies de recours en cas de problème. Ainsi

⁶⁷⁹ www.cnsd.fr [consulté le 20/09/2017]

⁶⁸⁰ «Le tourisme médical, ce business juteux » [2017]www.bfmbusiness.bfmtv.com [consulté le 16/07/2017]

en passant par un intermédiaire reconnu dans la profession, le candidat à l'expérience médico-touristique, autant pour la chirurgie esthétique que pour des soins dentaires, s'assure l'indispensable interlocuteur en cas de problème. La question des problèmes post-opératoires a précédemment fait l'objet d'une analyse approfondie (CF P199-200) mais ce type d'inconvénients reste marginal, puisque le système de santé français par sa qualité réussit à contenir la croissance des départs de ses patients vers d'autres pays. A ce propos, l'objectif affiché par les autorités françaises est de repositionner le pays sur le marché des soins délocalisés. C'est de la situation de la France en tant que pays récepteur de patients étrangers que nous allons traiter dans la toute prochaine partie de notre analyse.

- La France en tant que pays récepteur de patients touristes médicaux

La France représente avec d'autres pays européens, (Allemagne, Suisse, Angleterre), d'une part et d'autre part, les Etats-Unis et le Canada dans les années 80, les lieux d'origine du tourisme médical (P132). Cependant il importe de noter que la destination hexagonale est depuis quelques années en décrochage dans le classement des pays qui ont investi le domaine médico-touristique. On observe notamment que ce pays est de loin devancé par les pays émergents, (Brésil, Thaïlande, Singapour), et par certains pays de l'Europe de l'Est (République Tchèque, Hongrie). Sur le marché de la santé en France, l'accueil des patients non-résidents se subdivise en deux branches. Il s'agit de la branche du thermalisme, secteur pour lequel la France est la première destination mondiale, avec ses 580.000 curistes pour l'année 2014, devant la Tunisie(P132). Ensuite, nous avons la prise en charge de malades étrangers pour les cas inopinés de personnes qui, au cours d'un séjour touristique, sont prises en charge pour les caractères urgents ou aigus de leur mal. Enfin, il y a l'activité des soins délocalisés dans le pays. Cette dernière catégorie concerne les patients qui s'inscrivent dans la définition du touriste hospitalier, pour laquelle nous rappellerons ici deux points importants. Administrativement, il s'agit de patients de nationalité étrangère, dont la résidence se trouve hors des frontières du territoire national. Cela a été évoqué précédemment, (P153), sur la base des propos de Marie bonnet (2000), et nous a été utile dans notre tentative d'élaboration d'un profil pour le touriste hospitalier. Sur la base des critères cliniques, de résidence, et de la programmation des soins, on estime à 43.243 le nombre d'étrangers accueillis dans les établissements de santé français en 2011. Ce segment de patients étrangers, se divise entre deux catégories d'individus. Ainsi nous avons d'un côté les malades membres de la communauté européenne. De l'autre il s'agit de malades dont le pays d'origine se situe en dehors de l'espace communautaire. Ces deux types de patients arrivent dans les

établissements de soins français dans le cadre d'un voyage qui conserve un caractère international. En 2011, près de 585 millions d'euros ont été facturés aux structures d'assurances santé des pays d'origine de la patientèle internationale. Ce chiffre est monté à 625 millions en 2012. Les bénéfices du segment des soins délocalisés représentent un total de 120 millions d'euros pour la France en 2015⁶⁸¹. Notre analyse du segment médico-touristique dans l'Hexagone aura en premier, pour objet, les patients originaires de la communauté européenne. Ici aussi, le tourisme médical est grandement nourri par des mobilités transfrontalières. Dans ce cadre, et sur la base de critères de représentativité, nous observerons l'arrivée en France des patients belges, anglais, et allemands qui, dans le groupe des patients européens, viennent en tête pour l'accueil de citoyens issus de l'espace communautaire, dans les hôpitaux français. Pour les patients possédant le statut d'étranger à la communauté européenne, leur arrivée en France passe par l'obtention d'un visa sanitaire. Notre analyse s'appuiera sur les conditions de l'accueil des Algériens, des Marocains, sur la base de critères d'affluence. Nous verrons aussi la prise en charge des américains. L'enjeu des sujets traités ici est de saisir la stratégie mise en place pour permettre à la France de participer à ce vaste mouvement mondial que représente le segment médico-touristique. Dans ce cadre, certaines agglomérations sont représentatives de l'activité médico-touristique dans l'Hexagone. Par le biais des villes de Paris, de Marseille et de Lyon, nous rapprocherons l'activité médico-touristique de la France des territoires.

Selon l'OMS, le système de santé français est l'un des meilleurs au monde. En l'an 2000, il était classé premier pour la qualité de la prise en charge. Pour aborder le sujet de la gestion du secteur de la santé en France, nous ferons appel à Ariel Beresniak et Gérard Duru (2005), pour deux notions qu'ils développent et qui permettent de mieux appréhender la prise en charge médicale dans l'hexagone. Ces auteurs définissent les paramètres d'évaluation des systèmes de santé. Deux critères sont à prendre en compte, il s'agit de l'efficacité et de l'équité⁶⁸². Ainsi la valeur d'un système de soins découle de sa qualité et de son accessibilité à tous les habitants d'un pays, avec au cœur du mécanisme, le maillon central qu'est le médecin traitant. Nos deux économistes de la santé évoquent alors la notion de « L'efficacité productive ». Ce terme emprunté au domaine de la thermodynamique a été étendu au champ de la santé. Dans son domaine d'origine, il fait référence à la capacité d'un mécanisme de production de parvenir à une production maximale, tout en sollicitant dans ses capacités minimales l'outil de production. Dans le même domaine et dans une autre articulation, ce concept désigne la capacité d'un outil de production à atteindre le plus haut

⁶⁸¹Sébastien Cossenet, Olivier Lacoste : « Les perspectives du tourisme médical en France » www.veilleinfotourisme.fr [2015] [consulté le 16/06/2017] P5

⁶⁸²Ariel Beresniak, Gérard Duru « Economie de la santé » 2008 P43

niveau de performances, en n'usant que des moyens dont il dispose. Au regard de ses résultats, on peut estimer que la production de soins dans l'Hexagone a atteint « l'efficience productive ». Les pratiques thérapeutiques y sont plus efficaces que dans la plupart des pays de la planète. Au-delà des polémiques liées au financement des soins en France, et aux équilibres comptables, la France a su se construire au niveau international une solide réputation en matière de santé.

Cette reconnaissance mondiale est le fruit de résultats enregistrés depuis de longues années en matière de recherche médicale et pharmaceutique. La renommée de la France dans le domaine médical s'appuie autant sur la qualité des ressources humaines, grâce à une formation adéquate, que sur l'organisation de son système hospitalier. Gérard Jorland (2010), nous apprend que c'est dans l'Hexagone qu'en 1803, la médecine et la chirurgie ont été associées pour la première fois, permettant ainsi de « *déplacer l'apprentissage et la recherche du chevet du malade au lit de l'hôpital* »⁶⁸³. La création de la médecine hospitalo-universitaire, les CHU fers de lance de la recherche médicale française, contribuent grandement à asseoir la renommée internationale de ce pays. Les établissements français comptent en leur sein de nombreux chercheurs et sommités du monde médical. Rappelons à ce sujet quelques prix Nobels de médecine : En 1956, André Cournand, qui travaille aux USA, est primé avec ses collègues américains pour la recherche sur le cathétérisme cardiaque. En 1965, Jacques Monod, François Jacob, et André Lwoff sont primés pour leurs recherches en biologie cellulaire. Enfin, plus proche de nous, Luc Montagnier et Françoise Barré-Sinoussi ont reçu la plus populaire des distinctions en matière de santé, le prix Nobel, pour la découverte de l'agent transmetteur du Sida. La tradition d'excellence de la médecine française se poursuit, avec de grands spécialistes, et des chercheurs que l'on retrouve dans la quasi-totalité des grandes métropoles françaises. Chaque année de nouvelles molécules et procédés thérapeutiques sortent des laboratoires français. Pour exemple en 2013, ont eu lieu dans la cité phocéenne, les premières séances de vaccination thérapeutique contre le sida. Le vaccin thérapeutique contre cette pathologie a été développé par le Docteur Erwann Loret et son équipe, au centre d'investigation clinique, de l'hôpital de la Conception. Le nouveau vaccin contre le Sida, et de nouveaux traitements pour d'autres pathologies, contribuent à construire la réputation de la France dans le domaine des soins et génèrent de l'attractivité autant pour les professionnels de santé que pour les malades. Dans le prolongement de ces succès, et pour preuve de cet attrait médical de la France à l'échelle de l'Europe et dans le monde, Marie Bonnet (2000) estime que près de 10% des interventions menées en

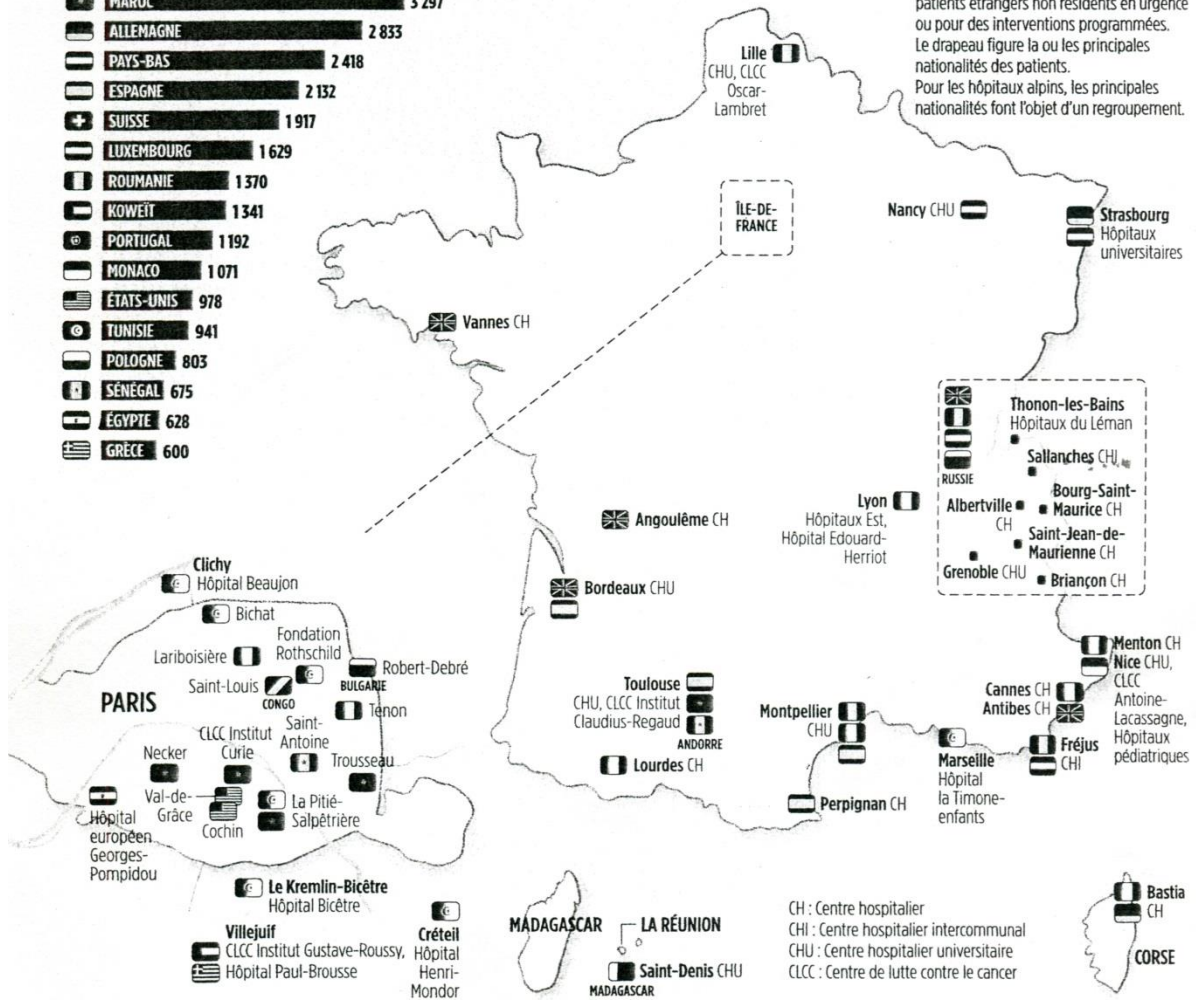
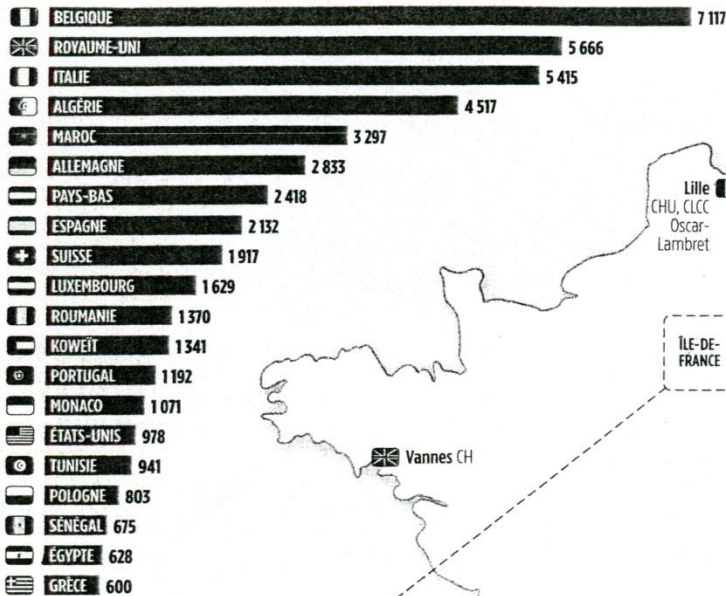
⁶⁸³Gérard Jorland « Une Société à Soigner. « Hygiène et Salubrité Publique en France au XIX siècle » 2010 P27.

cardiologie utilisant la technique de la circulation extracorporelle sont réalisées sur des patients non-résidents⁶⁸⁴. Pour cette spécialité et pour bien d'autres, la carte ci-après définit les principaux axes de l'accueil des étrangers en France.

⁶⁸⁴Marie Bonnet « L'admission des patients venus de l'étranger dans les hôpitaux de Paris » « Mémoire de l'Ecole Nationale de la santé Publique » sous la direction de Lucille Tallineau » 2000 P33.

D'où viennent les patients étrangers ?

Nombre de séjours dans les cliniques et hôpitaux français selon le pays de provenance

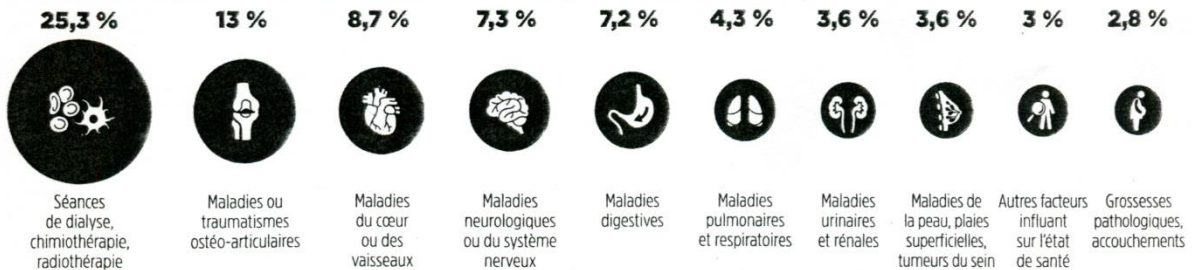


Où se font-ils soigner ?

Comment lire cette carte :

Sur celle-ci figurent les 50 hôpitaux ayant accueilli, en 2011, le plus grand nombre de patients étrangers non résidents en urgence ou pour des interventions programmées. Le drapeau figure la ou les principales nationalités des patients. Pour les hôpitaux alpins, les principales nationalités font l'objet d'un regroupement.

Leurs dix premières causes d'hospitalisation



Source : PMSI 2011 (Programme médicalisé des systèmes d'information).

Quels enseignements peut-on tirer de l'observation de la présente carte ?

* Cette carte de la France nous indique les principaux hôpitaux et cliniques qui accueillent la clientèle internationale pour des soins programmés. Ces établissements de soins, au nombre de 50, sont répartis sur l'ensemble du territoire national avec une présence marquée dans les grandes agglomérations, en majorité des capitales régionales. Y figurent globalement des hôpitaux publics qui accueillent près de 93% de l'ensemble de cette clientèle étrangère⁶⁸⁵.

* A l'extrême gauche, figure un graphique comportant deux indications principales, la nationalité des patients ainsi que leur nombre, identifiables par le chiffre au bout de chaque bande horizontale. L'addition du nombre de patients par pays d'origine, donne un total de 43243 personnes pour l'année 2011.

* Ce croquis nous renseigne sur l'attractivité de la médecine française au niveau international. Les patients non-résidents proviennent autant de zones très éloignées (USA, Sénégal, Congo) que de pays voisins, (Belgique, Espagne, Italie, etc...)

* Quatrième remarque qui découle de l'analyse du schéma : en dépit de la réputation mondiale, l'attrait de la France sur le segment des soins délocalisés se cantonne principalement à l'Europe, à certains pays du Maghreb, et à des pays d'Afrique noire appartenant en majorité à l'espace francophone (Sénégal, Congo). Il y a une totale absence des pays sud-américains et de ceux d'Asie du sud-est. En Europe de L'Est, hormis la Roumanie et la Pologne, très peu de patients de l'ancien bloc soviétique se rendent en France à des fins thérapeutiques. Pour exemple, les patients russes sont absents du diagramme des nationalités en 2011. Dans le domaine du tourisme médical, la clientèle russe est en voie d'émergence. Cependant l'arrivée des patients russes pour des soins est sans commune mesure avec leurs arrivées en ce qui concerne le tourisme classique. L'arrivée des clients russes pour le tourisme classique est en hausse en 2016 de 17% par rapport à 2015, ce qui représente près de 600.000 touristes russes.

* cinquième remarque, en tête de liste des pays d'origine de la clientèle internationale dans l'Hexagone, il y a deux pays voisins la Belgique en premier, et l'Angleterre après, ce en dépit de la frontière maritime. Cette donnée révèle un fait marquant, celle de la priorité accordée aux zones de proximité lors des déplacements à but sanitaire. Ce constat permet d'inscrire le phénomène médico-touristique dans le sillon des continuités territoriales, transfrontalières ou sous- régionales. Cela se vérifie dans le cas des patients russes qui se rendent en

⁶⁸⁵ « Hôpital, la marque France » Le point du 22 août 2013 P118

République Tchèque et en Hongrie, et pour la patientèle des Etats-Unis qui choisit le Costa Rica, le Mexique ou le Canada comme destination de soins. Dans les DOM-TOM, l'île de la Réunion attirent les patients de l'Océan Indien.

* sixième point, il existe une dizaine de spécialités qui attirent les patients étrangers dans l'Hexagone. Celles-ci sont globalement représentées dans un ordre d'importance par les dialyses, les chimiothérapies (25,3%), les maladies ostéo-articulaires (13%), les maladies cardio-vasculaires (8,7%), les maladies neurologiques (7,3%). La liste se termine par les grossesses pathologiques (2,8%). Dans l'ensemble, l'arrivée de patients étrangers est motivée par le traitement de pathologies lourdes, prises en charge grâce à un haut niveau d'expertise.

* septième point, en ce qui concerne l'arrivée de patients internationaux sur le territoire métropolitain, ces flux proviennent de tous les pays voisins sans exception. Ainsi, outre la Belgique et l'Angleterre, l'Allemagne, l'Italie, la Suisse, l'Espagne ont des patients qui viennent en France. Environ 55% de la patientèle internationale provient ainsi des pays frontaliers⁶⁸⁶. Considérons pour les besoins de l'analyse, les cas de la Belgique et de l'Angleterre pour leur représentativité, afin d'en dégager les grands axes. Ensuite nous analyserons le cas des Allemands pour le statut de concurrent de la France sur le segment des soins délocalisés.

La proximité géographique et culturelle entre la Belgique et la France correspond à une attractivité naturelle de certains patients originaires de ce pays pour la France. Sur ce fait, un accord de coopération transfrontalier a été signé par l'OFBS (l'observatoire Franco-belge de la santé) et l'Agence régionale de l'hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais au mois de décembre 2009. Son objectif est de mettre en place des projets en faveur de la santé des populations vivant dans ces régions frontalières. Dans ce cadre, une ZOAST (zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers) a été créée, qui réunit le CHRU lillois et l'hôpital AZ Groeninge de la ville de Courtaix. La question du tourisme médical est donc au cœur des problématiques abordées dans ce cadre.⁶⁸⁷ Les patients belges se rendent principalement dans les hôpitaux situés dans la région du nord, notamment dans les villes de Lille, de Roubaix et de Valenciennes.

Pour les anglais, l'héliotropisme commence à la sortie du tunnel sous la Manche. Nombreux sont les retraités anglais qui passent leurs vieux jours dans la région du Nord-Pas-de-Calais. De longue date, certains anglais ont choisi de vivre en France, et leur présence est

⁶⁸⁶ « Hôpital, la marque France » Le Point du 22 août 2013 P118-120

⁶⁸⁷ « Les coopérations transfrontalières » www.chru-lille.fr [2017] [consulté le 22/09/2017]

plus visible dans certaines régions spécifiques, (La Côte d'Azur, la région de Bordeaux, Périgueux, aux alentours d'Angoulême). La présence dans ces villes d'une communauté anglaise, composée majoritairement de personnes du troisième âge, engendre une demande de soins. Elle génère aussi l'arrivée d'autres anglais, dont le motif principal de séjour est thérapeutique. Une deuxième partie de la patientèle anglaise arrive dans la région Hauts-de-France et la Bretagne (villes de Calais, Berck-sur-mer, Vannes). Il est ici utile de rappeler la rareté des spécialistes en Angleterre qui n'exercent que dans les hôpitaux publics. Cela entraîne de longues files d'attente pour ce type de service sanitaire⁶⁸⁸. Par exemple, le temps d'attente dans les hôpitaux de Kent, la région du sud de l'Angleterre, pour l'enlèvement d'une vésicule biliaire, est de 18 semaines. Dans les hôpitaux du nord, le délai pour la même opération est de deux à trois semaines⁶⁸⁹. Les interventions les plus recherchées par les patients britanniques sont la chirurgie orthopédique pour les prothèses de hanches, et l'ophtalmologie pour les opérations de la cataracte. (P144). A ce propos le NHS, l'homologue britannique de la « Sécu » française, encourage par le biais d'accords de coopération, le départ de patients anglais vers les hôpitaux situés dans les régions du nord de la France. L'objectif des autorités du Kent en 2014, visait à planifier des soins en France pour 400 de leurs concitoyens. Cela leur permet de réduire les files d'attente chez les spécialistes, et par la même occasion de faire des économies. Le coût des soins en France étant plus avantageux pour les patients anglais, ce fait ouvre pour les hôpitaux de la région du nord de nouvelles possibilités d'entrées de devises. Pour la ville de Calais, l'arrivée des patients britanniques est l'occasion de faire évoluer son image dans l'opinion publique anglaise, qui l'assimile aux flux migratoires en attente sur les côtes françaises, et menaçant d'envahir son territoire. Cependant l'initiative du transfèrement de patients anglais vers la France est critiquée par l'opposition politique et une partie de l'opinion. De l'avis des opposants à cette stratégie de délocalisation des soins de l'Angleterre vers la France, cette politique est la preuve de l'incapacité du gouvernement anglais de trouver de vraies solutions aux problèmes que rencontrent les populations face à leur système de santé. En outre le nouveau contexte du Brexit va mettre en situation d'exclusion de soins les nombreux retraités, qui passent leurs vieux jours dans les pays européens. On en recense près de 310.000 en Espagne et en France. Toutes ces problématiques sont à évaluer dans le tourisme médical de l'Angleterre vers la France.

⁶⁸⁸ Jean-François Nys in « Tourisme médical, un phénomène en expansion » in Journal soins Cadres de santé-supplément au n°62 www.em-consulte.com consulté le 15/02/2014 P7

⁶⁸⁹ « Britons treated in northern french hospitals in new deal » www.thelocal.fr » [Consulté le 20/09/2017]

L'occurrence des patients allemands dans cette partie de notre analyse se justifie par la position de concurrent de la France de la destination germanique. Cette dernière est reconnue internationalement pour son activité médico-touristique. Cependant à la différence de la France qui majore ses prestations médicales pour les malades non-résidents, étrangers à la communauté européenne, en Allemagne il existe un tarif unique pour tous⁶⁹⁰. Le système de santé allemand étant globalement de bonne qualité, les soins programmés de malades originaires d'outre-Rhin sont soumis à certaines conditions. L'impossibilité de contracter en Allemagne les soins requis par l'état du patient doit être avérée. Ensuite le patient doit s'acquitter d'un supplément pour les frais liés au traitement administratif de ce type de dossiers. Ces frais s'appliquent y compris pour les cas dans lesquels l'autorisation préalable est délivrée. Les accords pour des soins en France sont fonctions de la longueur des délais d'attente en Allemagne. Des permissions peuvent aussi être accordées dans les cas de certaines maladies rares, pour lesquelles l'offre de soins en France présente les meilleures thérapies en comparaison de l'Allemagne. Les allemands sont ainsi 2833 à être venus se faire soigner en France en 2011. Ils se rendent principalement dans les CHU et les cliniques de Strasbourg et de Nancy. L'arrivée des patients allemands dans l'hexagone s'inscrit principalement dans le cadre de projets européens pour le développement des soins transfrontaliers, visant la défense des intérêts des populations qui vivent dans les régions frontalières⁶⁹¹.

Hormis le segment des soins transfrontaliers, il y a les étrangers malades dont le pays se situe en dehors de l'espace européen. Dans le cadre de ce type de déplacements, la principale motivation est la qualité des soins en France, et le savoir-faire des spécialistes. Bien souvent, le choix de la destination France obéit à une proximité historique et culturelle, entre les pays d'origine de cette catégorie de la patientèle qui sont souvent d'anciennes colonies⁶⁹². Dans le prolongement de ces relations historiques, de nombreux accords de coopération sanitaire permettent aux patients de ces anciennes colonies d'être accueillis en France. Nous avons mentionné, l'envoi de patients algériens par leur Etat, et par des certaines entreprises privées. (P153).

⁶⁹⁰Sébastien Cossenet, Olivier Lacoste, op.cit., [2015] P5

⁶⁹¹Klaus Körnich « Rhéna-Klinik nimmt auch deutsche patienten auf »www.bo.de [consulté le 18/06/2017]

⁶⁹²Loïc Menvielle, William Menvielle « Le tourisme médical, une nouvelle façon de voyager » Teoros, vol 29, n°1, 2010, P116

*Le schéma de la page 298, atteste de l'importance des patients en provenance de l'Algérie, qui sont en tête de la patientèle extra communautaire. Ils sont au nombre de 4517 en 2011. Chaque grande agglomération de France reçoit sa part de patients en provenance de l'Algérie. Sur cette carte, on note que ces flux s'orientent en général vers la région parisienne, et vers les agglomérations marseillaise et toulousaine. Cette importance des patients algériens s'explique par des conventions internationales de sécurité sociale qui réunissent les deux pays.

*la deuxième origine des patients étrangers en France hors union européenne est marocaine. Les malades en provenance du Royaume chérifien sont au nombre de 3927. Les marocains se rendent globalement en Île de-France et dans la région de Toulouse.

*L'exemple du Sénégal sert pour l'Afrique sub-saharienne. Les Sénégalais sont au nombre de 675 patients en 2011. On peut expliquer la faiblesse du chiffre des patients sénégalais et par ricochet celui des patients d'Afrique sub-saharienne, par les conditions de délivrance du visa. Les autorisations de pénétrer sur le territoire pour raisons de santé concernent tous les voyageurs non membres de communauté européenne, ou des ressortissants de pays pour lesquels un visa d'entrée sur le territoire est requis. Les critères de délivrance du visa sanitaire sont cliniques et financiers. Toutes les chancelleries françaises dans les pays d'Afrique (Cotonou, Tananarive, Douala, Rabat), obéissent aux mêmes règles dans la délivrance des visas sanitaires. Nous citerons ici quatre éléments exigés aux demandeurs d'un visa sanitaire. En premier lieu, il s'agit de documents relatifs à l'état clinique du demandeur. Puis le dossier médical du patient doit comporter des certificats médicaux qui décrivent l'évolution récente de la maladie. Ensuite il est exigé un accord écrit des responsables de la structure française de soins qui doit prendre le malade en charge. Enfin il est demandé un document émanant des autorités sanitaires du pays d'origine, stipulant l'impossibilité du malade à être pris en charge sur place. Les raisons produites pour justifier l'incapacité de prise en charge doivent rendre compte de l'inadaptation de l'équipement local pour la thérapie recherchée, ou bien faire la preuve de l'absence de traitements appropriés. Au niveau financier le patient qui souhaite avoir un visa sanitaire, doit apporter les preuves du prépaiement des frais de séjours, effectué auprès de l'établissement de soins français où il doit se rendre. Pour terminer, le requérant doit s'acquitter d'une assurance voyage et de rapatriement couvrant tous les préjudices à hauteur de 20.000 millions de francs CFA minimum, soit environ 30.000€. Ces exigences financières relatives à l'admission en France pour raisons thérapeutiques permettent de lever un coin de voile sur les catégories socio-professionnelles dont se compose cette patientèle. Il s'agit globalement des patients africains fortunés.

L'analyse de la patientèle américaine dans l'hexagone obéit à la nécessité de comprendre le positionnement de la France dans son offre à l'endroit des patients originaires des USA, pays dont les malades sont les plus nombreux dans les hôpitaux et cliniques des principales destinations médico-touristique. Les grandes villes d'Europe attirent des résidents originaires du monde entier. De nombreux américains vivent à Paris depuis de longues années. En 1906, un hôpital avait été créé pour eux à Neuilly-sur-Seine. Aujourd'hui cet établissement non conventionné par la sécurité sociale, accueille une patientèle fortunée, dans laquelle on retrouve des américains non-résidents, mais aussi des malades d'autres nationalités. *France surgery*, entreprise spécialisée dans le tourisme médical, sert d'intermédiaire entre les praticiens français et les malades américains pour orienter ces derniers. La ville de Toulouse est aussi une destination qui enregistre des patients en provenance des USA. La présence de l'avionneur *Airbus*, qui attire des compétences aéronautiques du monde entier, participe de la présence d'une communauté américaine relativement importante dans la ville, et ouvre ainsi la voie à l'arrivée de patients en provenance des USA.

Selon un constat de l'OCDE, la part des exportations des services de santé est très faible dans les économies de ces pays membres et singulièrement dans ceux de l'Union Européenne. La situation de la France sur le segment médico-touristique s'inscrit dans cette logique. C'est remarque se justifie dans l'observation de l'activité des soins délocalisés dans l'Hexagone, en comparaison des pays émergents⁶⁹³. La volonté de développement du segment médico-touristique obéit donc en premier à une logique économique. En effet, dans un contexte de tensions budgétaires des hôpitaux, ajouté aux problèmes de trésorerie de la sécurité sociale, la crise des finances en matière de santé est devenue chronique. La recherche de nouvelles sources de financement est aujourd'hui un impératif. Le domaine de la santé possède des atouts pour la croissance économique. Ce secteur est source de devises, d'emplois dans les domaines de la médecine et de la pharmacie⁶⁹⁴. Selon l'économiste de la santé Jean de Kervasdoué le chiffre d'affaire du tourisme médical en France, devrait atteindre deux milliards de dollars et générer près de 30 mille emplois d'ici cinq ans⁶⁹⁵.

⁶⁹³ Sébastien Cossenet, Olivier Lacoste : « Les perspectives du tourisme médical en France » www.veilleinfotourisme.fr [2015] [consulté le 16/06/2017] P1

⁶⁹⁴ Laure Martin : « La France face à l'internationalisation de l'offre de soins » www.tout-prevoir.gpm.fr [consulté le 16/07/2016]

⁶⁹⁵ Véronique Julia : « les patients étrangers : remède aux déficits des hôpitaux » [2017] www.franceinter.fr [consulté le 16/09/2017]

Le plan pour le développement de l'activité médico-touristique pour lequel les ministères des affaires étrangères et celui de la santé travaillent en étroite collaboration, a pour but de donner plus de visibilité et d'attractivité à l'offre de soins en France à l'échelle internationale. Cependant cette arrivée de la patientèle internationale en France doit préserver la règle de l'égalité d'accès aux soins pour tous⁶⁹⁶. Ce plan s'inscrit dans une perspective globale de la valorisation à l'international de l'expertise française en matière médicale. La loi Macron que nous avons évoqué au cours de cette réflexion (P182), donne dans son article 42, le pouvoir aux hôpitaux de mener des activités à caractère commercial, en dehors du territoire national et de proposer sur le marché international de la santé, les compétences françaises en la matière⁶⁹⁷.

En ce qui concerne le tourisme médical, son encadrement législatif est contenu dans l'article L-174-20 du code de la sécurité sociale. Celui-ci donne la possibilité aux établissements de soins de proposer à des tarifs libres, des soins programmés et des séjours d'hospitalisation à des patients étrangers n'étant pas affiliés au régime français d'assurance santé.⁶⁹⁸ Les patients communautaires bénéficient des tarifs de la sécurité eu égard aux directives européennes, notamment la N°2011/24/UE régissant l'accès aux soins dans l'espace communautaire. Cette règle stipule que l'accès aux soins pour les étrangers membres de l'Union n'est pas majoré. Les mêmes tarifs doivent être appliqués aux patients locaux, autant qu'aux malades étrangers originaires d'un pays de l'Union. Ce principe européen a été retranscrit dans le code de sécurité sociale, sous l'article L-174-20. La stratégie nationale pour le développement du tourisme médical peut donc se décliner en trois points. Il s'agit dans un premier temps d'opérations menées à l'échelle nationale, puis à l'échelle des villes qui sont pour la plupart des capitales régionales. Le statut privé ou public importe aussi dans les stratégies des établissements pour la promotion médico-touristique. Cette donne définit pour les établissements de soins la capacité de prendre des initiatives dans leur gestion interne pour l'accueil des patients non-résidents.

Outre le maintien des tarifs de la sécurité sociale aux patients communautaires, la stratégie médico-touristique pour la France porte sur une revalorisation du prix des soins pour les patients hors communauté européenne, n'ayant fait l'objet d'aucun accord

⁶⁹⁶Laure Martin : « La France face à l'internationalisation de l'offre de soins » www.tout-prevoir.gpm.fr [consulté le 16/07/2016]

⁶⁹⁷Jean-Michel Budet : « Assises hospitalo-universitaires 2014, les nouveaux horizons des CHU », Gestion Hospitalières N°544-mars 2015 P174

⁶⁹⁸Sébastien Cossenet, Olivier Lacoste : « Les perspectives du tourisme médical en France » www.veilleinfotourisme.fr [2015] [consulté le 16/06/2017] P4

spécifique⁶⁹⁹. A l'Institut Gustave Roissy, la patientèle internationale paye environ 30% plus cher que les patients français⁷⁰⁰. Jean de Kervasdoué dans son rapport pour le développement du segment médico-touristique dans l'hexagone, estime que des tarifs majorés pour les patients étrangers ne sont pas une entrave au développement de ce secteur. En dépit de la différence des prix entre ceux réservés à la patientèle locale et ceux appliqués aux patients non résidents, le coût des soins en France reste globalement compétitif, en comparaison des Etats-Unis, du Canada, et de l'Angleterre. Le coût d'une prothèse de hanche est de 22 à 31% inférieur à celui des USA. Une angioplastie est facturée 71% plus au Canada par rapport à la France. Ainsi, poursuit l'économiste de la santé, la libéralisation des prix sur le segment médico-touristique permettrait d'instaurer une concurrence entre les établissements.

Troisième élément de la stratégie, à mettre en place selon Jean de Kervasdoué, est une agence nationale qu'on appellera « Médical France » qui fonctionnerait sur le modèle de « Spain care ». Cet organisme doit avoir la responsabilité de conduire la politique nationale en matière de tourisme médical, et de proposer des solutions en concertation avec les acteurs de la filière, hôpitaux, cliniques, résidence de tourisme, hôtels. Les solutions pour l'essor du tourisme médical incluent aussi la mise en place de conciergeries médicales pour résoudre les problématiques liées au séjour de ces patients, mais aussi de leurs accompagnants. Cette solution définit la patientèle à viser. Il s'agit ainsi de cibler les patients fortunés des pays dont sont globalement originaires les patients non-résidents dans les établissements français⁷⁰¹. Les pays du Golfe font l'objet d'une attention particulière. On estime les sommes dépensées par les patients du Koweït à l'étranger à environ un milliard d'euros pour ces trois dernières années. Pour cette cible, la France peut faire valoir des atouts. À la différence des USA, une forte communauté maghrébine vit dans l'hexagone et peut constituer un élément rassurant pour ces patients.

S'agissant de la stratégie d'écroulement, elle obéit à une logique financière. En effet il a été noté qu'une majorité d'hôpitaux publics recevant des patients étrangers, doit faire face à des créances irrecoverables. Ce qui est un frein pour le développement de l'activité. Les pays qui honorent leurs factures sont à 98% des pays de l'Union Européenne et la Suisse. L'Algérie en 2015, était débitrice des institutions sanitaires françaises d'une somme de 7,8 millions

⁶⁹⁹ « Santé, Tourisme médical et ...malettes de billets » [2015] www.republicain-lorrain.fr [Consulté le 09/08/2015]

⁷⁰⁰ « Hôpital, la marque France » Le point du 22 août 2013 P120

⁷⁰¹ Jérôme Mageiste « Les Séjours Medico-touristiques » in Frontière et santé Genèse et Maillage des réseaux Transfrontaliers 2010 P190

d'euros⁷⁰². Face à la situation d'impayés, la parade trouvée par la plupart des établissements a été d'instaurer un système de prépaiement. Selon la directrice générale de l'AP-HP, son institution exige désormais que les frais de soins et de séjours soient réglés par avance par les patients en provenance des pays étrangers à l'Union Européenne. L'institut Gustave- Roussy de Villejuif demande aussi un acompte de 80% avant le séjour. Pour optimiser la qualité de l'accueil, des membres du personnel sont formés à la pratique des langues étrangères. Pour clore sur la stratégie et de manière isolée, de nombreux hôpitaux prennent des initiatives pour faciliter la prise en charge de la patientèle internationale. Il s'agit par exemple de la création de partenariats avec des sociétés intermédiaires, qui sont chargées de démarcher et d'accompagner ces patients durant leurs séjours.

Cependant le tourisme médical en France, avec le ciblage des riches patients étrangers pose selon Marie Bonnet, un problème de valeur. Certains soignants estiment qu'il y a de l'inégalité et de l'injustice dans l'accueil de ces patients fortunés, que l'on soupçonne de bénéficier de privilèges, au détriment patients français plus modestes⁷⁰³. Fantasme ou réalité ? L'irruption d'une médecine à deux vitesses est à craindre avec l'arrivée de ces patients riches. Laure Martin évoque le tollé qu'a provoqué au mois de mai 2014, l'accueil VIP d'un Emir du Golf. Neuf chambres au septième étage avaient été louées à l'hôpital Ambroise Paré pour le séjour de cette personnalité⁷⁰⁴. Ainsi comme dans la plupart des pays, l'activité d'accueil des patients étrangers suscitent des controverses, entre ceux qui considèrent qu'elle est bénéfique pour les hôpitaux, et ceux qui a contrario s'y opposent arguant de favoritisme à l'endroit de ces riches malades. Outre l'opposition de certains personnels soignants, d'autres freins au développement du segment médico-touristique existent. Ces obstacles concernent les conditions de délivrance du visa sanitaire, mais aussi l'implication des chefs d'établissements dans ce type de projets. Il est évident que le problème des impayés ralentit les ardeurs des responsables des hôpitaux quant à l'accueil de ces patients non-résidents. En 2015, le stock de créances de l'ensemble des hôpitaux en France

⁷⁰²Sébastien Cossenet, Olivier Lacoste : « Les perspectives du tourisme médical en France »

www.veilleinfotourisme.fr [2015] [consulté le 16/06/2017] P5

⁷⁰³Marie Bonnet « L'admission des patients venus de l'étranger dans les hôpitaux de Paris » « Mémoire de l'Ecole Nationale de la santé Publique » sous la direction de Lucille Tallineau » 2000 P9

⁷⁰⁴Laure Martin : « La France face à l'internationalisation de l'offre de soins » www.tout-prevoir.gpm.fr [consulté le 16/07/2016]

consécutives aux séjours des non-résidents se chiffrait à 130 millions d'euros, dont 90, pour les patients non membres de l'Union européenne.

Il n'empêche que la plupart des hôpitaux des grandes villes, notamment les CHU, ont des stratégies pour l'accueil de cette catégorie de malades. L'histoire de la création des CHU que nous avons évoquée un peu plus haut, montre que l'implantation de ces établissements a été pensée selon un schéma d'équilibre régional. Sur l'ensemble du territoire, les grandes agglomérations disposant à l'époque d'hôpitaux civils et militaires devaient accueillir les étudiants en médecine pour respecter une homogénéité et une proximité au niveau de l'accès aux soins. L'idée de démocratie promue dans le domaine de la santé participe du principe d'égalité entre les citoyens. Le concept de « territoire de santé » créé par Henri Picheral en 1970 fait allusion à une double réalité. D'un côté, nous avons l'approche épidémiologique de cette idée qui s'insère dans la géographie de la santé. Cependant cette notion peut être aussi reliée à l'aménagement du territoire⁷⁰⁵. Pour une région, les enjeux de la présence de structures de soins de haut niveau sont autant humains qu'économiques. Dans le domaine de la communication des villes, les services de santé offerts dans une agglomération constituent des atouts pour son attractivité dans un contexte régional, national, ou international⁷⁰⁶. Pour exemple la ville de Lille est une cité importante dans le domaine de la santé, autant pour la région Hauts-de-France, pour les habitants du département du Nord, que pour les patients belges qui habitent la frontière toute proche. Ainsi le niveau et la qualité des soins médicaux est un marqueur de l'importance d'une agglomération. Pour exemple, aujourd'hui les capitales de régions accueillent toutes en plus des CHU, les CRLCC, (centre régionaux de lutte contre le cancer, l'Institut Paoli-Calmettes à Marseille, pour la région Provence, Alpes maritime et côte d'Azur, le centre Léon Bérard à Lyon, pour la Rhône Alpes, l'Oncopôle à Toulouse, région Midi Pyrénées). Les capitales régionales accueillent aussi les sièges régionaux des agences régionales de santé (ARS). ⁷⁰⁷ Grâce à cette attractivité au niveau médical, les principales agglomérations en France possèdent chacune leur activité de tourisme médical. La première à recevoir ces patients est la ville de Paris et sa région, que nous proposons d'analyser à présent.

⁷⁰⁵ « Damian Collins, Sébastien Fleuret Robert Huish, Anne Cécile Hoyez » « Regards croisés sur les géographes de la santé Anglophone et Francophone » in Santé et Géographique S. Fleuret A.C Hoyez 2011 P75

⁷⁰⁶ Christian Lamour « Polarité hospitalière et intégration européenne : le cas de l'Agglomération du PED » in « Frontières et santé, Genèse et maillage des réseaux transfrontaliers » P17

⁷⁰⁷ Jean-Michel Budet : « Assises hospitalo-universitaires 2014, les nouveaux horizons des CHU », Gestion Hospitalières N°544-mars 2015 P174

- Le tourisme médical à Paris et sa région

L'une des caractéristiques du tourisme médical, dans son occupation de l'espace, est d'être liée à l'urbanité. Ainsi Paris, la capitale, et la région île de France, selon Marie Bonnet (2000), accueillent 8 patients sur 10, soit près de 89,2% de la patientèle internationale. Ces statistiques proviennent du service de délivrance des visas internationaux de Nantes. Les autres régions métropolitaines et les Dom-Tom se partagent les 9% restant de malades étrangers non-résidents. L'offre francilienne dans le secteur médico-touristique se divise en deux branches. Il y a d'abord celle qui émane du secteur public, avec l'AP-HP (Assistance Publique-hôpitaux de Paris). Les 37 établissements du groupe francilien ont accueilli près de 7500 patients non-résidents en 2014. La chambre des comptes d'Ile-de-France estime, à près de 13.000 le nombre de séjours pour cette patientèle. Ce qui représente à peine plus de 1% de l'ensemble des malades accueillis au sein du groupe⁷⁰⁸. La Pitié Salpêtrière, l'hôpital Cochin, l'hôpital Georges Pompidou, Hôpital Necker-enfants malades, l'hôpital Paul de Brousse, l'Institut Gustave Roussy, à statut particulier, sont sollicités dans le cadre de l'activité médico-touristique⁷⁰⁹. Marie Bonnet nous donne des indications sur la provenance de la patientèle internationale au sein de l'AP-HP. Certes les données sont datées de 1996, mais elles définissent les grandes tendances. Ainsi 56,2% de ces malades sont issus de pays membres de la communauté européenne, 21,3% sont originaires du Maghreb, 15% sont issus de l'Afrique sud Saharienne, et 7,6% sont originaires du reste du monde⁷¹⁰.

La plupart des grands établissements sanitaires d'Ile-de-France reçoivent une patientèle internationale. Des hôpitaux à statut particulier, tel l'Hôpital américain de Neuilly, (27% du total de ses patients, est en provenance de l'étranger), et les hôpitaux militaires ont aussi une activité consacrée aux soins aux étrangers. Pendant de longues années, l'hôpital du Val de Grâce était reconnu pour accueillir dans la plus grande discrétion les séjours de certains chefs d'Etat, les Africains entre autres.⁷¹¹D'autres établissements dont la fondation Rothschild, le centre chirurgical Marie Lannelongue, le Groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, l'Institut

⁷⁰⁸«Les Hôpitaux de Paris vont faire payer leurs patients étrangers. »www.lemonde.fr consulté le 17/09/2014

⁷⁰⁹ « Hôpital, la marque France » Le point du 22 août 2013 P120

⁷¹⁰Marie Bonnet « L'admission des patients venus de l'étranger dans les hôpitaux de Paris » « Mémoire de l'Ecole Nationale de la santé Publique » sous la direction de Lucille Tallineau » 2000 P25.

⁷¹¹« Santé, Tourisme médical et ...malettes de billets » [2015] www.republicain-lorrain.fr[Consulté le 09/08/2015]

Montsouris, sont connus pour accueillir des malades venus de l'étranger. L'institut mutualiste Montsouris (IMM) a mis en place un site internet disponible en anglais, en italien et en portugais.

Cependant en matière médico-touristique, il importe de réaffirmer la prépondérance du secteur public par le biais de l'AP-HP. Cette position tient son origine de la dimension du groupe, de la qualité des médecins et des chercheurs, du personnel soignant qui travaillent pour cette institution. Les efforts des personnels ont contribué à construire la réputation de l'AP-HP. Tous les hôpitaux ont ainsi leurs parts de patients non-résidents. Cependant les flux s'orientent vers certains hôpitaux en fonction des spécialités médicales et des axes de recherche mis en avant. Pour les pathologies du système hépato-biliaire, l'Hôpital Paul de Brousse, est un des établissements des plus sollicités. Cependant le domaine qui engendre de l'attractivité pour les hôpitaux de la capitale est l'oncologie. Les objectifs des autorités du groupe public francilien en 2014 étaient de porter le chiffre de la patientèle internationale à 1% du total des entrées de patients, pour un chiffre d'affaire prévisionnel de 8 millions.

Durant l'année 2016, l'institut Gustave-Roussy (ESPIC, Établissement privé de santé d'intérêt collectif), a traité près de 2000 patients non-résidents⁷¹². Plus de 30% de ces patients sont des Koweïtiens. Ce centre de soins fonctionne avec 124 médecins, 260 chercheurs qui travaillent sous la direction d'un conseil scientifique. L'établissement possède une capacité de 380 lits, opère 130.000 consultations, dont 10.000 nouveaux patients chaque année. Le segment des soins aux non-résidents lui a permis de réaliser des gains qui s'élèvent à 13 millions d'euros en 2012⁷¹³. Un service dédié à la gestion du séjour de cette catégorie de patients y a été mis sur pied. Les axes de travail de cet institut sont le traitement des tumeurs malignes, le développement de nouvelles méthodes d'immunothérapie, la vaccination antitumorale. L'établissement fait partie des devanciers dans le traitement de la douleur. L'une de ses innovations a été sa capacité d'adapter chaque traitement de patient au profil génétique de celui-ci, abandonnant ainsi l'uniformisation des thérapies. Cette méthode est appliquée pour les malades pris en charge pour une tumeur. L'Institut Gustave Roussy fait parti des précurseurs en France, pour l'utilisation de la radiologie interventionnelle, et de nouveaux produits pour la chimiothérapie. Ces nouvelles méthodes et molécules permettent

⁷¹²Véronique Julia : « les patients étrangers : remède aux déficits des hôpitaux » [2017] www.franceinter.fr [consulté le 16/09/2017]

⁷¹³www.lequotidiendumedecin.fr [2015] [consulté le 22/09/2017]

de limiter les effets indésirables des traitements et leurs conséquences sur l'apparence des malades. (Pertes de cheveux, effets secondaire, douleurs etc...)714.

- Le tourisme médical à Marseille

La ville de Marseille est reconnue pour son attractivité touristique, et aussi pour ses activités dans le domaine de la recherche. L'implantation d'entreprises spécialisées dans les domaines biomédicaux et biotechnologiques, est depuis les années 1980, un axe que la ville tente de développer. Près de 160 entreprises publiques et privées y exercent dans les secteurs de la biotechnologie et de la recherche clinique.⁷¹⁵ Chaque année, grâce au travail des chercheurs marseillais, de nouvelles molécules pour le traitement de différents types de pathologies sortent des laboratoires marseillais. En outre, au niveau de l'offre médicale, la cité phocéenne est l'une des mieux loties en France. Ses prestations médicales sont pointues et de qualité. Pour cette première raison, Marseille fait partie des villes les mieux équipées et les mieux couvertes en matière de soins aux populations. 69 hôpitaux et 311 établissements contribuent à construire la réputation nationale et internationale de cette agglomération sur le plan de la santé. L'offre publique de soins y est assurée par l'AP-HM, (Assistance publique Hôpitaux de Marseille), avec ses établissements les plus célèbres : l'Hôpital de la Timône, Hôpital de la Conception, Hôpital Nord etc. Ces structures offrent une variété de soins, dispensés par des praticiens reconnus dans le monde entier.

Pour ces raisons, la capitale de la région PACA, attire une patientèle originaire des villes environnantes, et aussi de l'étranger. La métropole marseillaise a décidé de s'investir dans l'accueil de la patientèle internationale, pour proposer le savoir-faire des praticiens et chercheurs marseillais aux étrangers malades. Pour L'AP-HM, l'accueil des patients non résidents au sein de ses unités, intègre un train de mesures prises dans un contexte de raréfaction des ressources. En effet, outre la valorisation de ses domaines viticoles, la location d'espaces pour des productions cinématographiques, l'accueil des patients non résidents a été

⁷¹⁴ Pr Thomas Turz : « L'institut Gustave-Roussy Villejuif (94), une cancérologie à l'aube du XXIe siècle »

Techniques Hospitalières, N°666, Mai 2002 P30

⁷¹⁵Paul Molga « Immunologie comment les médicaments du futur se préparent à Marseille » [2013]

www.lesechos.fr [consulté le 12/09/2015]

identifié comme un moyen de renflouer les caisses du groupement hospitalier⁷¹⁶. Ainsi en 2011, AP-HM, a enregistré 1143 patients étrangers non résidents. Environ 380 d'entre eux sont des enfants, accueillis à l'Hôpital la Timone-enfants. La part infantile de la patientèle internationale dans la cité phocéenne représente un peu plus du tiers de la totalité des patients non-résidents. Ces chiffres, rapportés au total des patients reçus par le groupement hospitalier en 2011, atteignent à peine 1% de la totalité des malades accueillis dans les hôpitaux marseillais. La présence d'une forte communauté issue du Maghreb, et les solidarités familiales qui interviennent dans le choix d'une destination médico-touristique, favorisent l'arrivée de malades en provenance principalement de l'Algérie et du Maroc. Des Italiens se rendent également à Marseille pour des raisons thérapeutiques. Les structures les plus sollicitées dans le cadre du tourisme médical à Marseille sont, le centre régional de lutte contre le Cancer, l'hôpital de la Timone pour son service de pédiatrie, et le service de radiochirurgie. L'Hôpital la Timone-enfants de Marseille est le premier établissement français en matière de prise en charge infantile. Il est connu pour le traitement des malformations cardiaques chez l'enfant. Il est aussi spécialisé en néphrologie infantile, en gastro-entérologie, et prend aussi en charge des enfants souffrant de certaines allergies.

Un autre service de la Timone qui participe à la réputation de la ville de Marseille sur le segment des soins à des patients non-résidents, est le service de radiochirurgie. En effet pour mener ce type d'interventions, l'hôpital de la Timone dispose de deux appareils de type Gamma knife. Il s'agit d'une machine révolutionnaire utilisée dans le traitement des troubles neurologiques, et les maladies de l'ORL. Le Gamma Knife en radiochirurgie permet d'intervenir sans ouvrir le crâne du patient. En effet, l'ouverture du crâne y compris dans les cas de petites tumeurs au cerveau, comporte des risques pour les malades. L'arrivée de ce mode d'intervention limite les complications post-opératoires, et permet aussi aux patients de récupérer plus rapidement. La dernière version de cet appareil acquise récemment par l'hôpital de la Timone, le « Gamma Knife Perfexion », sert également pour les traumatismes de la tête et du cou. Il permet aussi de traiter les cas d'épilepsie ou de névralgie faciale. On totalise 38 machines de ce type dans toute l'Europe, dont quatre en France, une à Paris, une à Lille, et deux à l'hôpital de la Timone de Marseille. L'AP-HP est l'institution hospitalière la mieux équipée au monde pour cette technologie médicale⁷¹⁷. Ainsi 50% de la patientèle internationale à Marseille s'y rend pour des traitements réalisées à partir du Gamma Knife⁷¹⁸.

⁷¹⁶ Carole Piquet « Marseille, les établissements hospitaliers vendent les bijoux de famille » [2012]www.lemonde.fr [consulté le 03/12/2015]

⁷¹⁷ Unité de radiochirurgie Gamma Knife www.fr.ap-hm.fr [consulté le 20/10/2017]

⁷¹⁸ Marseille drague les riches patients étrangers www....fr consulté le

Les patients viennent ainsi du monde entier : Canada, USA, Australie et même nouvelle Zélande.

Il convient de signaler cependant que l'affluence des patients non-résidents à Marseille, même si elle se place dans la moyenne nationale, reste tout de même contenue. La CCI de Marseille-Provence s'investit déjà pour l'amélioration des conditions d'accueil des patients qui se rendent régulièrement à Marseille pour le suivi d'une pathologie au long cours. Pour ce faire, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, a signé une convention avec la chambre de commerce et d'industrie locale afin de mieux organiser l'accueil des 1000 patients étrangers qui se rendent régulièrement dans la ville⁷¹⁹. Dans le prolongement de ces actions, l'acquisition récente de la dernière version du Gamma Knife donne l'occasion à la Chambre de commerce et d'industrie de développer une stratégie pour attirer de nouveaux patients et faciliter leur séjour en terre marseillaise. Ainsi la méthode phocéenne consiste en la création d'un organisme dont le rôle est de servir d'interface entre les différents acteurs intervenants dans la production des séjours à but thérapeutique pour des non-résidents. Ensuite, le deuxième élément de cette stratégie est relatif à la communication. En effet, le pôle santé de la CCI a décidé de se rapprocher des représentations diplomatiques françaises à l'étranger, et de travailler avec les maisons d'assurance des pays dont sont originaires la plupart des patients. Pour terminer, l'instance de promotion de la métropole de Marseille a décidé de communiquer sur des spécialités précises, et notamment son offre en chirurgie de pointe. Les spécialités choisies commencent naturellement par la radiochirurgie pour le Gamma Knife, la chirurgie de la main, la chirurgie bariatrique, et le traitement de certaines pathologies endocriniennes. Nul ne doute qu'avec l'acquisition d'une deuxième machine de type Gamma Knife, la cité phocéenne à trouver un moyen de stabiliser voir, de faire progresser le nombre de visiteurs étrangers en son sein, pour raisons thérapeutiques.

⁷¹⁹ « Les hôpitaux de Paris vont faire payer leurs patients étrangers » www.lemonde.fr consulté le 17/09/2014

- Le tourisme médical à Lyon

La métropole de Lyon se classe au troisième rang en France pour son importance démographique (1.2 millions d'habitants) et pour sa fréquentation touristique. La capitale des Gaules reçoit chaque année un peu plus de six millions de visiteurs.⁷²⁰ Des efforts ont été déployés pour l'essor du tourisme. D'un autre côté, le secteur de la santé tient une place importante dans l'économie de l'agglomération. En effet, la cité rhodanienne entretient avec le secteur de la santé une histoire intime qui remonte à au moins 1200 ans. Chaque époque de l'histoire locale est emprunte de faits importants qui se déroulent dans le champ de la santé. Sur le plan de la politique locale, la municipalité a été pendant longtemps aux mains de médecins : Jean Emmanuel Gilibert, nommée maire en 1793, messieurs Antoine Gailleton et Victor Augagneur maires entre 1880 et 1905. Georges Képénékian, l'actuel maire est urologue de formation. L'histoire lyonnaise dans son rapport avec la santé garde cependant un caractère multiforme. Des grandes épidémies du XVII^e siècle qui ont décimé les populations, à la découverte de l'hygiène et de la stérilisation puis, par la suite, l'invention du stéthoscope par René Laennec (1781-1826) ou encore, la réussite des premières greffes rénales dans les années 1970 à l'hôpital Edouard Herriot, la ville de Lyon fut le théâtre de l'évolution de la médecine vers de nouveaux horizons. Ce riche passé médical se révèle au promeneur averti qui arpente les rues de la ville, dont plusieurs renvoient à des noms de médecins, (Quai Augagneur, station de métro Laennec, station de tramway Ambroise Paré⁷²¹). Ces lieux renvoient à des figures de la médecine lyonnaise. Aujourd'hui dans l'économie lyonnaise, les secteurs de la santé et de la recherche médicale tiennent une place importante. De nombreux hôpitaux, cliniques, centres de recherche pharmaceutique, sont des entreprises très actives dans l'économie locale.

En ce qui concerne le concept du tourisme médical, il est au carrefour des domaines de la santé et du tourisme. Son champ de conceptualisation se situe à l'échelle des villes, dans la sphère de la communication des territoires. Appelée aussi marketing territorial, c'est une branche du marketing qui théorise l'ensemble des stratégies élaborées pour la communication des entités décentralisées. Selon les principes du marketing territorial, la communication extérieure d'une ville doit prendre appui sur ce qui la distingue des autres, c'est-à-dire sur des éléments qui fondent son identité. Cette théorie appliquée au cas de

⁷²⁰ Palmarès des villes touristiques de France : www.planet.fr/france-palmares: [Consulté le 27/04/2014]

⁷²¹ Colette Frainier « Des médecins dans les rues de Lyon » Revue trimestrielle N° 157-Juin 2009 P87

l'ancienne capitale des Gaules, nous emmène à nous interroger sur les éléments qui fondent l'identité lyonnaise. On trouve dans l'histoire de cette ville de nombreux événements en lien avec le domaine de la santé, nous l'avons précédemment mentionné. Ce premier élément historique, et la présence d'une économie dynamisée aussi par les segments de la santé et de la recherche pharmaceutique, en font un terrain d'enquête propice à la conduite d'une analyse localisée et détaillée du segment médico-touristique à l'échelle de la France. Cependant, au-delà des intentions politiques locales affichées en faveur du tourisme médical, la marge de manœuvre est réduite, étant soumise à une législation dissuasive pour de nombreux potentiels patients étrangers en France. En outre, il y a les acteurs économiques de la filière médico-touristique. A Lyon, cette strate des intervenants dans la filière du tourisme médical ne s'est pas suffisamment emparée du secteur. Les prestations de conciergerie médicale requièrent un savoir-faire particulier. Il y a enfin la réalité de certains établissements de soins qui, à leur échelle, prennent des initiatives pour répondre aux sollicitations émanant de patients étrangers non-résidents. Il existe enfin des acteurs dans l'hébergement sanitaire, hors hôpital, qui reçoivent des malades non-résidents. Tels sont les éléments qui ressortent de la problématique du tourisme médical à Lyon par lesquels nous nous proposons de clore cette analyse du segment du tourisme médical à l'échelle de la France.

La « passion lyonnaise » pour le domaine médical s'exprime de différentes manières et dans des contextes historiques tout aussi différents. Chaque époque historique a eu à Lyon, ses faits marquants dans le domaine de la santé et de la médecine. La recherche et l'innovation médicales y ont été toujours très importantes. Des événements et des acteurs, chercheurs, médecins, chirurgiens, et politiques ont permis de construire la réputation de la ville en matière médicale. La légende veut que Saint Paul et Saint Luc se soient rendus à Lyon dans leur entreprise d'évangélisation, mais aussi pour y soigner et guérir des malades⁷²². Rabelais a commencé l'exercice de la médecine à l'hôtel Dieu en 1532, Charles Pravaz (1791-1853) y a inventé la seringue. Lyon fut aussi précurseur dans la nouvelle administration des hôpitaux, faisant correspondre le nombre de malades au nombre de lits. Cette nouvelle pratique dans la gestion hospitalière a permis de donner une nouvelle orientation à la fonction de l'institution. Les pauvres et les indigents dont l'institution hospitalière fut pendant des siècles le lieu de vie, ont dû partir de ces structures qui étaient consacrées aux soins aux malades. En outre la ville de Lyon a aussi vu se développer en son sein un aspect fondamental dans la pratique médicale. Il s'agit des premières spécialisations autant pour les disciplines (chirurgie viscérale, osseuse, ophtalmologie) que pour les premiers hôpitaux

⁷²²Gabriel Despierres « La médecine à Lyon : Des Origines à nos jours, L'époque Gallo-Romaine » P15. 1987

dédiés au traitement spécifique d'organes⁷²³. C'est aussi dans cette ville que le Docteur Mérieux a conçu la production industrielle de vaccins. Quant au professeur Dubernard et son équipe, ils ont été les premiers au monde à réussir une greffe de la main, puis des avant-bras à l'Hôpital Edouard Herriot⁷²⁴. La Fête des lumières, considérée comme le symbole du tourisme lyonnais fait graviter le récit le plus populaire sur origine autour du fait médical⁷²⁵. Tout ceci contribue à forger et à promouvoir dans l'esprit des lyonnais et dans celui de certains acteurs, professionnels et sociaux qui entrent en interaction avec la ville, l'idée sur l'importance du secteur de la santé pour la cité. Sur la base des éléments que nous venons d'énumérer, la santé peut être considérée comme une valeur intrinsèque de la ville. C'est un élément qui contribue aussi à définir son identité historique et économique.

Pour définir une stratégie de communication dans un contexte de concurrence, il convient en premier lieu de faire l'inventaire des atouts d'une localité. Ensuite il s'agit de s'engager à promouvoir les points importants, dont la notoriété est avérée, ou qui présentent une forme d'originalité dans un esprit fédérateur. L'objectif de cette méthode est de rehausser l'image et de créer une cohésion à l'interne, et de susciter de l'attrait à l'extérieur. L'enjeu d'une stratégie de marketing territorial est ainsi d'attirer vers la destination de nouveaux habitants, des nouvelles entreprises et enfin des touristes.⁷²⁶ L'un des principaux atouts, tant au niveau économique que touristique, c'est la position géographique de la ville de Lyon, à la confluence du Rhône et de la Saône. Cette situation fait de la ville un point de convergence des voies nationales et internationales menant vers Milan, Francfort ou Barcelone. Cette donnée géographique va poser les bases d'une offre touristique qui, aujourd'hui, s'est enrichie et diversifiée.

Le tourisme d'affaires et de congrès est un axe fort de l'offre touristique lyonnaise. Dans ce domaine, la volonté des autorités de la Métropole a été de positionner la ville en tant qu'alternative à Paris, la capitale, pour les besoins des hommes d'affaires. La prépondérance du segment du tourisme d'affaires définit pour la ville une saisonnalité inversée par rapport à la saison touristique classique. Durant les mois d'avril, août, septembre, décembre, il y a une baisse notable de la fréquentation touristique à Lyon. Les mois de janvier et de février sont globalement les mois qui enregistrent le plus de visiteurs. Lyon offre aussi un riche patrimoine historique, religieux, architectural, culturel et gastronomique. Le quartier du « Vieux Lyon » est classé au patrimoine mondial de l'Unesco. Benoît Meyronin (2009),

⁷²³Maurice Garden « Le Budget des Hospices civils de Lyon 1800-1976 Histoire économique d'une grande entreprise » P10

⁷²⁴Revue trimestrielle N° 157-Juin 2009. Éditions L'Araire P162

⁷²⁵Lohoré Georges 2015.

⁷²⁶Pascal Chauvin « Communiquer sans vous ruiner, solutions pour une communication » P13 2005

évoque pour l'architecture, « *les signatures urbaines au service du rayonnement des territoires* ». ⁷²⁷Dans ce domaine, la ville de Lyon s'est assurée la collaboration de grandes signatures. Si Tony Garnier a marqué de son empreinte l'urbanisation de la ville dans les années 1960, aujourd'hui on y fait volontiers appel à Jean Nouvel l'architecte du musée du Quai Branly, de l'institut du monde arabe à Paris, et du musée du Louvre à Abu Dhabi. A Lyon, Jean Nouvel a signé la Tour Icone dans le quartier de la Confluence, et plus anciennement l'opéra de Lyon. Toujours dans le quartier de la confluence, l'œil du passant est attiré par le style « déconstructiviste » du musée éponyme. En effet en 2014, ce nouveau musée est venu enrichir l'offre muséale de la ville déjà bien garnie. On retrouve à Lyon, le musée des Beaux Arts, qui a enregistré en 2012 une fréquentation de 333.000 visiteurs, dont 68% venus de Rhône-Alpes et 13% d'étrangers. Son fond est estimé à 72.000 œuvres dont 9500 sont mis en exposition. En 2008, sa collection s'est enrichie d'un tableau de Nicolas Poussin, « La fuite en Egypte », pour la somme de 17 millions d'euros⁷²⁸. Citons aussi au passage le musée de frères Lumières, avec 270.000 entrées en 2012. Toujours dans le domaine du tourisme, Lyon a aussi investi le secteur de l'évènementiel culturel et sportif. La fête des lumières, nous l'avons souligné précédemment, est le symbole touristique de Lyon. En 2012, elle a enregistré près de 4 millions de visiteurs durant les quatre jours de l'évènement. L'édition de 2017 a attiré 1,8 millions de visiteurs dans un contexte général de baisse de fréquentation des évènements à caractère festif suite aux conséquences des attentats de 2015 en France. ⁷²⁹

Pour analyser le segment de la santé à Lyon, il convient de faire une petite incursion dans l'histoire de la ville pour apprécier la place de la médecine dans son développement. Le secteur de la santé est un domaine emblématique de l'ancienne cité des Gaules. Maurice Garden soutient que « *L'hôpital est une réalité urbaine qui depuis longtemps a imposé ses façades, à Lyon, peut-être plus qu'ailleurs* ». L'institution hospitalière et le secteur médical y ont de tout temps occupé une place importante. En 1320, on dénombrait 20 hôpitaux à Lyon pour 20.000 habitants. A cette époque les fonctions thérapeutiques de l'établissement se confondaient à la bienfaisance, puisque ces lieux accueillaient indistinctement les malades, les pauvres et les indigents⁷³⁰. A l'époque de la Renaissance, et avec le développement de l'imprimerie, Lyon comptait près de 400 entreprises spécialisées dans l'impression. La capitale rhodanienne était devenue aussi celle de l'imprimerie et principalement de

⁷²⁷Benoît Meyronin « Le marketing territorial » P33

⁷²⁸« Les sites les plus fréquentés de l'agglomération lyonnaise ». « Lyon plus », Mercredi 27 février 2013 P7

⁷²⁹ Rapport d'activité 2013 Service des événements de la Mairie de Lyon

⁷³⁰Annie Crouzet « Hôpitaux de Lyon 15 siècle de médecine » P5 2011

l'imprimerie de documents médicaux⁷³¹. En 1796, la loi du 16 vendémiaire stipule de confier la responsabilité de l'ensemble des hospices d'une même localité à un collège de cinq membres. C'est ainsi que les hospices civils de Lyon (HCL) ont été créés en 1802 à l'occasion du passage de Napoléon Bonaparte dans la ville. Au départ il regroupe sous une même administration l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital général de la charité⁷³². A Fin du XVIIIème siècle, les HCL, grâce aux dons et legs, vont prospérer et s'implanter dans toute la ville. Cet organisme va gagner en influence, au point où être à la tête des Hospices civils constituera l'ultime étape avant de conquérir la municipalité. Aujourd'hui encore, ils sont le plus grand propriétaire foncier de la ville et le plus gros employeur avec près de 22.000 salariés.

Quelques années auparavant, entre les années 1770 et 1775, puis entre 1778 et 1780, l'Académie locale des sciences a consacré de nombreux concours au sujet de l'eau et du nettoyage de la ville. Très tôt donc, les questions de fourniture des populations en eau potable, d'assainissement et d'épuration de la ville, ont été au centre des préoccupations des autorités lyonnaises. La cité fut ainsi dans ce domaine l'une des mieux pourvues en eau pour l'époque. A Lyon, la présence d'une eau abondante et potable, pour la majorité de la population, fût utile dans la promotion du discours sur l'hygiène. Ce fait contribua à l'amélioration de la qualité de vie des lyonnais. En héritage de cette époque sans doute, aujourd'hui encore la population en Rhône Alpes est globalement mieux prise en charge en comparaison des autres régions de France. A Lyon depuis les années 1980, la mortalité prématurée, c'est-à-dire celle qui concerne les individus de moins de 65 ans, a reculé⁷³³. Cela confirme l'importance des services de santé dans le classement des villes et explique en partie l'attractivité que génère l'agglomération. Pour toutes les raisons énumérées ici, le développement de l'activité médico-touristique s'inscrit dans la continuité de l'histoire sanitaire de la ville.

L'observation du segment médico-touristique dans cette ville, capitale de la région Rhône-Alpes-Auvergne, nous emmène cependant à questionner le tourisme médical dans l'une de ces controverses relatives à la notion de distance. En tant que grand centre régional, la ville de Lyon est l'une des mieux dotée en structures de soins dans la partie Centre-est du territoire national. A Lyon il existe aussi des mobilités thérapeutiques intra-régionales. La

⁷³¹A. Notter « La médecine à Lyon ; Hôpitaux à la Renaissance » 1987 P36

⁷³²Maurice Garden « Le Budget des Hospices civils de Lyon 1800-1976 Histoire économique d'une grande entreprise » P13

⁷³³V. Chasles L. De Bia ; Céline Broggio, F.Ducimetière, A. Lurkin, I.Ray-Coquard : « Répartition et pris en charge des sarcomes l'exemple de la région Rhône Alpes » Communication et santé : Enjeux contemporains » in C. Routier, Agnes d'Arripe (2010) P183.

plupart des établissements d'hébergements temporaires hors hôpital fonctionnent avec une clientèle majoritairement régionale et nationale. Ces flux régionaux peuvent-ils être qualifiés de médico-touristiques ?

Il n'empêche, en ce qui concerne la patientèle internationale, les autorités de la ville, entre 2007 et 2009, ont affiché leur volonté de faire de Lyon une plateforme de soins délocalisés, en cohérence avec l'histoire de la ville et dans le contexte d'une économie locale imbriquée au secteur de la médecine et de la pharmacie. L'initiative visait à valoriser le savoir-faire des spécialistes internationalement reconnus et en poste dans les structures lyonnaises de santé.⁷³⁴ Tant au niveau des centres de soins que des laboratoires de recherche, Lyon dispose en France de potentialités supérieures à celles des autres territoires. Lyon abrite le centre régional de lutte contre le cancer, le centre Léon Bérard. Cette structure de recherche a fait l'objet d'une labellisation de la part de l'INSERM et du CNRS, et est mondialement reconnue pour son innovation dans la prise en charge de différents types de cancers⁷³⁵. Les Hospices Civiles de Lyon ont installé à l'hôpital Edouard Herriot une unité de médecine nucléaire, l'une des mieux équipées, dénommée centre « Lumen »⁷³⁶. Ce nouvel ensemble permet de mieux suivre les patients dans l'évolution des pathologies dans le domaine de l'oncologie, et ainsi d'adapter la radiothérapie à l'état du malade. En 2013, ce centre a reçu près de 3000 malades. Cette présence de spécialistes et de structures de soins de haut niveau, définit les spécialités qui attirent la patientèle internationale à Lyon. Les étrangers viennent pour des traitements en oncologie, pour de la chirurgie cardiaque, le traitement des maladies ou traumatismes ostéo-articulaires. Des malades non-résidents sont également pris en charge pour les pathologies au long cours, le diabète, et l'insuffisance rénale. Les traitements pour la médecine reproductive sont aussi très demandés selon l'avis du Professeur Jean-François Guérin, spécialiste en médecine de reproduction à l'Université Lyon 1. Jean-Louis Touraine, professeur d'urologie et député assure accueillir des malades étrangers pour des opérations chirurgicales. L'occasion de l'arrivée d'un patient étranger est un moment de transfert de compétences selon le chirurgien Député, entre les praticiens français et ceux du pays d'origine du patient qui peuvent parfois l'accompagner.

Le chiffre des patients étrangers pris en charge par les HCL tourne autour de 700 patients pour l'année 2014. C'est une donnée stable depuis au moins 5 ans selon Florence

⁷³⁴Jean-François Nys « Tourisme médical, un phénomène en expansion » in Journal soins Cadres de santé-supplément au n °62 www.em-consulte.com consulté le 15/02/2014 P7.

⁷³⁵Lettre d'Information du centre Léon Bérard N°9, janvier juin 2014, P2

⁷³⁶Laura Hurissel « Cancer un nouveau centre de soins à Lyon nommé Lumen » [2013] www.tribunedelyon.fr [Consulté le 03/12/2013]

Adnet-Cavaille, responsable aux relations internationales de l'institution hospitalière. Cette patientèle se répartit entre les européens (60%), et les patients hors communautés européenne dont le chiffre est de 39%. Les italiens représentent près de la moitié de la totalité des patients non résidents. En effet l'aspect transfrontalier du tourisme médical est aussi prégnant à Lyon avec la patientèle transalpine. En effet, le sud de l'Italie est une zone sous-équipée en matière de services médicaux. L'option choisie par les autorités italiennes pour palier un temps au déficit de soins de la zone méridionale de l'Italie a été de favoriser le départ d'une partie des patients de cette région vers la France, à Grenoble et Lyon notamment⁷³⁷. Avec les accords européens permettant le remboursement de soins à l'extérieur (Formulaire E112), la capitale rhodanienne, pour sa proximité et pour la qualité de son plateau technique, a été une destination régulièrement fréquentée par la patientèle italienne, notamment dans les années 1990. Pour preuve de l'affluence de cette patientèle transalpine dans la région lyonnaise, Aude Spilmont admet qu'une double signalisation, français/italien, a été un temps utilisée dans de nombreux établissements des HCL. Hormis les italiens, on y retrouve également des patients suisses, grecques. Aujourd'hui les établissements de santé lyonnais sont aussi fréquentés par des patients d'Afrique du Nord et d'Afrique francophone, mais aussi par des Russes et des Koweïtiens.

Un système d'accueil avait été mis en place pour eux, notamment à l'hôpital mère-enfants. A l'Hôpital Lyon Sud des initiatives ont été aussi prises au service orthopédique pour l'accompagnement des non-résidents. En cas de besoins de traduction, les HCL sollicitent les services d'interprètes rattachés à la structure « *interservices migrants* ». Les chefs de tous les services sont associés au processus pour l'accueil d'un patients non-résident, notamment pour délivrer les documents médicaux permettant au malade de pouvoir obtenir le visa sanitaire. Un site internet permet aussi de faire des devis en fonction des pathologies. Des intermédiaires, notamment la société « *Sudlife* » sont associés à l'accueil de ces patients. Cependant en termes de segment médico-touristique, madame Adnet-Cavaille, reconnaît que les HCL sont loin de leurs homologues des cliniques, spécialités de l'Asie du sud-est ou d'Amérique du sud. Comme nous l'avons souligné précédemment, ce modèle serait difficilement applicable en France et à Lyon pour le coût des soins, mais aussi du fait de législation pour une catégorie de soins demandés. En effet du fait des listes d'attentes dans le domaine des greffes qui donnent la priorité aux patients français, il est demandé aux patients étrangers de venir avec un donneur.

⁷³⁷ Marie Bonnet « L'admission des patients venus de l'étranger dans les hôpitaux de Paris » « Mémoire de l'Ecole Nationale de la santé Publique » sous la direction de Lucille Tallineau » 2000 P37

Il est vrai qu'un projet pour une réelle organisation de l'activité d'accueil des patients étrangers avait été lancé en 2007-2009. Ce projet réunissait la Métropole, l'office du tourisme, les hôteliers et les HCL. L'option de la création d'un forfait, soins et hébergement pour la patientèle internationale avait été décidée par les acteurs. Cependant la communication autour du projet fut faible, et celui-ci n'a pas réellement décollé. Pour les professionnels du secteur touristique à Lyon, dont Florian Guinel, conseiller au tourisme à la CCI locale, au regard de l'ensemble des touristes reçus dans l'agglomération lyonnaise le tourisme médical représente une niche. C'est ce qui explique sans doute le manque de mobilisation des acteurs locaux à propos de la pratique médico-touristique. Il est à noter que l'agglomération lyonnaise est moins performante sur le segment des soins délocalisés que son homologue marseillais.

Au plan stratégique, nous avons évoqué tout à l'heure la méthode mise en place au niveau globale en France pour l'essor du segment du tourisme médical. A Lyon, la méthode appliquée pour l'émergence d'une activité d'accueil de patients étrangers, se décline selon un double schéma qui s'appuie sur les acteurs en présence. Il y a d'abord les acteurs institutionnels qui prennent des mesures afin de créer des opportunités pour générer de l'attrait pour la ville au niveau international. Au préalable, il existait au sein de la Région-Rhône Alpes Auvergne une plateforme numérique d'information dénommée (SISRA), qui a été mise en place pour favoriser l'échange de données entre les médecins de la région. L'intervention de l'exécutif régional, a consisté à promouvoir un élargissement des praticiens qui échangent leurs données avec des médecins d'autres pays européens⁷³⁸. Avec l'appui de la Métropole, les HCL ont convenu d'un partenariat avec le CLARA⁷³⁹, afin de parvenir à un positionnement de la ville de Lyon dans le domaine de l'oncologie au niveau international⁷⁴⁰. Métropole de Lyon, elle a choisi de communiquer à destination des patients du Golfe, notamment ceux du Koweït.

Au-delà du réseau des HCL, il y aussi des établissements privés et des structures à statut particulier comme le centre Léon Bérard, qui est aussi le centre régional de lutte contre le cancer de la région Rhône-Alpes-Auvergne. Au centre Léon Bérard, les patients viennent essentiellement pour deux types de demandes. Soit ils viennent prendre un avis médical, soit

⁷³⁸ www.abonnes.hospimedia.fr consulté le 18/02/2012

⁷³⁹ Cancéropôle Lyon Auvergne Rhône-Alpes

⁷⁴⁰ Lettre d'Information du centre Léon Bérard N°9 P1

ils viennent pour des soins. Cependant à 3 286€ la journée d'hospitalisation en médecine et à 3 188€ la journée de chimio en ambulatoire, Madame Catherine Paillet responsable du bureau des entrées du CLB reconnaît que cette donne constitue un frein à l'arrivée d'une patientèle internationale. Ce centre reçoit une patientèle internationale principalement composée d'italiens, d'Algériens, de Marocains, et de Tunisiens. Pour les patients en provenance d'Algérie, l'existence d'accord bilatéral entre la France et ce pays que nous avons évoqué précédemment importe aussi dans la définition de la patientèle internationale à Lyon. On retrouve aussi des Russes et des Koweïtiens représentant deux segments qui ont crû ces dernières années. Quand il se pose des problèmes de traduction, soit le CLB dispose de compétences internes dans la langue du patient, soit il fait appel à un cabinet de traduction. Au niveau culinaire, la présence d'une diététicienne permet d'adapter la cuisine aux habitudes alimentaires des malades étrangers. La question des habitudes alimentaires est souvent revenue, dans la gestion des malades non-résidents, notamment avec certains patients en provenance de la Guyane. Ce souci existe aussi avec les patients originaires du Maghreb. Cependant grâce à la présence d'un réseau familial sur place, les patients magrébins ont parfois l'opportunité de manger selon leurs habitudes alimentaires, pourvu que cela ne soit pas contre-indiqué.

Autre type d'acteurs impliqués dans l'accueil des patients non-résidents dans la métropole rhodanienne, il y a le segment de l'hébergement sanitaire hors hôpital. Le centre Leon-Berard dans son livret d'accueil propose une liste de structures d'hébergement adaptées aux besoins de logement de patients qui doivent séjourner de façon récurrente à Lyon. Ces structures d'hébergement accueillent cette catégorie de malades qui viennent bien souvent accompagnés. Dans le 8eme arrondissement, le quartier des hôpitaux à Lyon, Madame Sandrine Bourrat est la directrice de la « Maison des parents ». La structure qu'elle dirige, elle la présente volontiers comme le « pied-à-terre » lyonnais pour les patients qu'accueille son établissement. Le statut de l'établissement stipule qu'il est réservé à l'hébergement de proches, de parents ou d'amis de personnes hospitalisés à Lyon, vivant habituellement à plus de 35 km de cette ville. Cet établissement de 29 chambres et d'une capacité de 52 lits offre aux malades et à leurs accompagnants, une cuisine commune, une salle de jeu et de relaxation, une buanderie, 2 salles de télévision. A mi-chemin de l'hôtel et de la maison de repos, les patients et leurs familles qui y séjournent ont aussi l'opportunité d'échanger sur l'histoire de la maladie. Les résidents de la maison des parents sont issus des pays qui alimentent le segment médico-touristique Lyonnais. En 2015, les patients issus d'une quinzaine de pays européens, africains, y ont séjourné. Cependant les fonctions hôtelières, notamment celles de l'hygiène, y sont particulièrement importantes, du fait de la nature des clients pour qui l'on peut craindre des infections nosocomiales. Cette catégorie d'établissements a commencé à se développer dans le parc immobilier français. En effet le

précédent gouvernement français avait pris la décision dans le but de faire des économies, et dans le contexte du développement de l'ambulatoire de multiplier les expériences des hôpitaux hospitaliers. Sur 41 hôpitaux en France autorisés à initier cette activité, trois hôpitaux lyonnais ont été choisis. Il s'agit de l'Hôpital Mère-enfants, du centre d'infirmier protestante de la Croix Rousse, et du centre Léon Bérard. Toute porte à croire que l'attractivité lyonnaise en matière de santé devrait croître avec ces nouvelles possibilités d'hébergement qui s'offrent aux patients et à leurs familles.

Enfin terminons par les écueils au développement de l'axe du tourisme hospitalier dans la région de Lyon. Ils sont de deux ordres. Il y a ceux qui tiennent de la politique nationale, notamment pour les conditions liées à la délivrance du visa d'entrée sur le territoire. Ils limitent grandement le nombre des potentiels patients non-résidents sur le sol français. Cette attitude de restriction prend sa source dans les ardoises laissées par les patients étrangers et leurs organismes d'assurance santé dans leurs pays d'origine. Déjà, en 2000, Marie Bonnet mettait au grand jour la circonspection des directeurs de CHU pour l'accueil patients non-résidents dans leur établissement. Ces responsables des régies financières des hôpitaux estimaient que : « *Les EPS n'ont aucune obligation d'accueillir les malades étrangers non-résidents, non assurés et non urgents. La règle en vigueur pour les recettes engendrées par ces séjours est défavorable aux établissements, car elles sont classées en groupe 2, et viennent donc en atténuation de la dotation globale de financement* ».⁷⁴¹Ce constat reste encore d'actualité au regard des nombreux entretiens menés dans le cadre de cette étude. Le Professeur Jean Louis Touraine, qui reconnaît ce fait, estime cependant qu'accueillir des patients non-résidents est aussi un acte diplomatique, qui participe au rayonnement international de la médecine française. A Marseille, la présence de deux appareils de type Gamma Knife a permis le développement d'une activité médico-touristique bien plus florissante qu'à Lyon. Toutefois la région Rhône Alpes-Auvergne conserve ses arguments en termes de qualité de prise en charge sanitaire à faire valoir, et tente comme nous avons pu le voir de favoriser par la création d'une plateforme internet de développer les échanges entre praticiens. En attendant, Laurent Wauquiez, Président de la Région Auvergne Rhône Alpes, a décidé de réinvestir le segment du thermalisme, en engageant plusieurs milliards d'euros pour le développement de cette activité. En effet la région dispose de nombreuses sources thermales à mettre en valeur dans le cadre du plan de développement régional du tourisme.

⁷⁴¹Marie Bonnet « L'admission des patients venus de l'étranger dans les hôpitaux de Paris » « Mémoire de l'Ecole Nationale de la santé Publique » sous la direction de Lucille Tallineau » 2000 P61

Nul doute que cette initiative devrait servir de porte d'entrée sur la région et devenir, pour le segment médico-touristique de sa capitale, un facteur de croissance.

- Conclusion

Au terme de cette réflexion, dont le premier enjeu fût de mettre en lumière la longue relation entre le tourisme et la santé, nous avons pu noter que le rapprochement de ces deux concepts se révèle sous diverses formes. Le rapport entre le tourisme et la santé s'inscrit à la fois dans l'histoire et dans l'actualité. Nous avons ressorti sept interactions entre ces deux domaines. En commençant par revisiter l'histoire des mobilités et du voyage, la santé en tant que motivation des déplacements est un élément fondamental. L'histoire du voyage en lien avec la santé embrasse la quasi-totalité des différentes périodes historiques. Notre relecture de ce passé, s'est principalement déroulée dans le contexte occidental, et particulièrement en France. Dans le cadre hexagonal, la relation entre la santé et le tourisme paraît en effet plus nette. C'est durant la période de l'Antiquité que se déroulent les premières interférences entre les domaines de la santé et du tourisme. A cette époque, les sources d'eau représentaient des divinités auxquelles l'on devait un culte. Ensuite au Moyen Âge, c'est par l'intermédiaire de l'économie du pèlerinage que va s'exprimer la relation entre ces deux concepts. En effet pour le pèlerinage qui concerne les lieux saints de Jérusalem, Rome et Saint Jacques de Compostelle, l'hôpital représente l'endroit dédié à l'accueil des pèlerins et des pauvres. Il existe donc un lien de filiation entre l'hôpital et l'hôtellerie moderne. En tentant au cours de cette réflexion de revenir sur la relation entre l'hôpital et l'hôtellerie, trois versions sur l'origine de l'hôpital ont été présentées dans notre analyse. La plus marquante est sans doute celle qui fait de l'hôpital le lieu où le Christ réunissait ses disciples durant la période de la Pâques. Nous avons noté le caractère politique lié à ce récit, puisqu'il est produit dans le contexte d'une lutte d'influence entre les hospitaliers, ordre religieux relié à l'hôpital, et l'ordre des templiers se référant au Temple de Salomon. Tous les hôpitaux dans le cadre du pèlerinage chrétien au Moyen Âge sont placés sous l'autorité de l'Hôpital Saint-Jean de Jérusalem. En 1182, le Pape Innocent II décide de l'incorporation de personnel soignant au sein de ces établissements. Autre élément à considérer dans ce lien entre la santé et le voyage par le biais du pèlerinage, ce sont les motivations de ces périples. Durant cette même période du Moyen Âge, l'économie était basée sur l'agriculture. Cette donne va influencer les motivations du pèlerinage. Ainsi, dans ses origines, se trouvent des raisons liées à la santé pour le pèlerin lui-même, pour sa descendance, qui économiquement représente la principale force de travail. La santé du bétail de même que le succès des récoltes, pour éviter la disette,

s'ajoutent aux raisons de l'œuvre de pénitence que représentent les routes de la foi chrétienne au Moyen Âge. Pour rester dans le domaine religieux, cette fois en Angleterre, en 1841, c'est à Thomas Cook prédicateur à Loughborough que l'on doit l'organisation du premier voyage à forfait. De Loughborough à Leicester, il conduisit les fidèles à une excursion pour leur prêcher l'évangile, et pour lutter contre l'alcoolisme qui sévissait au sein de la population anglaise. De nombreux auteurs mentionnent cet acte important pour le développement du tourisme. Cependant, en France, très peu d'auteurs ont consacré une étude approfondie à ce sujet. La plupart de ces spécialistes effleurent à peine cet acte fondateur pour le tourisme. C'est un sujet qui pourrait faire l'objet d'une analyse plus approfondie, contribuant ainsi à la constitution d'une histoire du tourisme.

Dans le rapport entre la santé et le voyage, le thermalisme est un élément important. Il trouve ses premières expressions dans l'Antiquité, nous l'avons dit, dans le rapport de nos ancêtres de cette époque à l'eau. Cependant le long cheminement entre le thermalisme et le voyage va prendre des relents particuliers. A partir du Moyen Âge, ces lieux vont s'inscrire dans une économie du libertinage. Ensuite entre le XVIII^e siècle et au XIX^e siècle, les villes thermales seront réinvesties par la bourgeoisie urbaine qui fuit les conditions de vie dans les agglomérations, dont l'environnement est grandement pollué par la surpopulation et les usines qui émergent en cette période de révolution industrielle. Les villes thermales vont alors se transformer en lieu de vacances. L'été à la station thermale se transforme en une nouvelle séquence consacrant le prolongement des sociabilités urbaines, avec l'organisation de fêtes qui deviennent les rendez-vous incontournable de la bourgeoisie. Dans cette approche de la relation entre la santé et le tourisme, le prétexte thérapeutique a conduit au développement des stations thermales qui sont devenues par la suite des stations touristiques.

Ensuite nous avons aussi pu observer comment le tourisme a servi à l'aménagement du territoire en France, sous l'action du Touring Club. En effet, c'est à l'initiative de cette association que l'hôtellerie de province a connu un réel essor, grâce à ses règles d'hygiène imposées aux hôteliers de la France des territoires. Le thème de l'entrée des normes d'hygiène en hôtellerie abordé dans cette étude nous a montré, que par le biais de l'hôtellerie, c'est le problème de l'habitat dans son ensemble et notamment de l'habitat social qui se règle par la même occasion à cette époque. En effet entre 1950 et 1960, la grave crise du logement a fait réquisitionner les hôtels pour abriter les nombreuses familles parisiennes mal logées. C'est pour faire passer ces familles des hôtels, à l'hygiène déplorable, à un habitat salubre,

que les HLM ont été créés⁷⁴². Dans la constitution de l'histoire du tourisme, très peu d'ouvrages se sont intéressés à celle de l'hôtellerie, en dépit du poids de ce secteur autant dans l'économie française qu'internationale. C'est un constat émis par Jean-Marc Lesur (2005). Cette observation, la rareté de travaux universitaires dans notre recherche documentaire, pour conduire cette réflexion, nous permet de la confirmer. C'est une autre piste de réflexion qui s'ouvre ainsi pour la recherche dans le domaine du tourisme.

Au-delà de cette première catégorie de rapports entre le tourisme, le voyage et la santé basée sur l'histoire, l'association de ces concepts renvoie aujourd'hui à plusieurs éléments. Les termes de cette relation à notre époque incorporent la médecine du voyage, la vaccination et les règles sanitaires internationales. Ensuite, ce binôme touche au domaine de la psychologie, voire de la psychiatrie. En psychiatrie, on parle du voyage thérapeutique. C'est une méthode utilisée pour soigner les cas de dépression saisonnière. Le départ vers des zones ensoleillées permet de guérir les mélancolies et les humeurs froides, signe d'une dépression provoquée par les temps hivernaux. D'autres interactions entre le voyage et la santé mentale existent, et nous avons aussi tenté de les mettre en lumière à l'occasion de cette réflexion. Il s'agit par exemple du syndrome de Stendhal et du syndrome des japonais à Paris. D'autres sont restées sous silence ici. C'est par exemple le cas de la dromomanie, qui résume une impulsion au vagabondage, et au voyage qui pour l'individu représente dès lors une tentative de remblayer des failles internes.

L'organisation d'un voyage appelle aussi l'adoption de certaines précautions dont celle de souscrire à une assurance spéciale, en fonction de la destination. Tout séjour dans un autre pays expose à de nombreux risques, accidents, maladie, crises aiguës, etc. Une prise en charge médicale durant la période de déplacement, peut s'avérer parfois coûteuse. Nous avons pu observer que dans la plupart des pays occidentaux, les voyageurs possèdent une carte bancaire contenant une option assurance voyage, à condition que le séjour ait été payé avec la dite carte. Cependant, les risques couverts sont plafonnés chez la plupart des assureurs à 12 000€. Cette somme peut s'avérer parfois dérisoire au regard des frais d'hospitalisation dans certains pays, (USA, Canada, Japon), ou en cas de nécessité de rapatriement. Ainsi, Il est conseillé à tout candidat à un voyage international, en fonction du lieu de séjour, de souscrire à une assurance supplémentaire pour les nécessités de soins ou de rapatriement en cas de problèmes durant le séjour. Dans tous les cas, la relation entre la

⁷⁴²Alain Faure, Claire Lévy-Vroelant « Une chambre en ville, Hôtels Meublés et garnis à Paris 1860-1990 » 2007 P32.

santé et le voyage par le biais des assurances, devrait se renforcer grâce à la croissance du nombre de voyageurs internationaux.

Une autre catégorie de liens viennent compléter les déclinaisons du binôme tourisme et santé. Il s'agit d'une approche prophylactique et médicale de notre thématique principale. La médecine du voyage sous ses aspects prophylactiques, recommande certains vaccins. Elle conseille aussi des attitudes à avoir sur le lieu du séjour (habillement, trousse de pharmacie, hygiène et alimentation). Mais la médecine du voyage a pu ici aussi se décliner sous l'aspect de la prise en charge des maladies tropicales. Sur ce sujet, il a été observé que le seul vaccin exigé par la réglementation internationale est le vaccin contre la fièvre jaune. Cependant chaque pays peut fixer une liste de vaccins exigibles aux touristes qui souhaitent entrer sur leur territoire. Il peut aussi dans le cadre de sa politique de santé publique, définir un calendrier national de vaccins pour ses propres citoyens qui souhaitent réaliser un voyage international, comme c'est le cas en France.

Pour rester dans le cadre de la santé publique, aujourd'hui le contexte de la mondialisation fait immerger une nouvelle forme d'interaction entre la santé et le tourisme. Ces interférences sont désormais aussi du domaine de la divulgation des épidémies que le monde entier a dû affronter dans un passé récent. La densité des flux de voyageurs, toujours plus nombreux grâce à la fréquence des vols aériens et à leur capacité, est un facteur à prendre en compte dans les crises sanitaires internationales devenues fréquentes aujourd'hui. La globalisation est certes pour l'humanité l'occasion d'un rapprochement des cultures, des peuples et des individus. Cependant l'intensité des échanges conduit à la modification du tableau épidémiologique de certaines destinations, avec la survenue dans ces pays de maladies tropicales.

En effet l'immensité des flux des voyageurs internationaux, 1,2 milliard de voyageurs internationaux en 2015, aux cultures, aux habitudes et modes de vie différents, exacerbe la menace épidémiologique. Au-delà de ce fait, et dans un deuxième temps, le secteur touristique fût l'un des plus éprouvé par la résurgence de maladies infectieuses à caractère pandémique que nous avons connues récemment. Les annulations des réservations sur les vols et dans les hôtels ont entraîné des crises financières chez les acteurs de la filière touristique des destinations les plus touchées par ces pandémies. Il y eut aussi récemment des pathologies infectieuses plus localisées. Ce fut le cas du Chikunguya sur l'île de la Réunion. Les impacts de la crise se déclinent en annulations des séjours et conséquemment, en crise financières pour le secteur touristique sur l'île. Des mesures pour juguler la crise ont été adoptées par les autorités métropolitaines et réunionnaises. Autre exemple, les incertitudes qui ont plané sur l'organisation de la coupe d'Afrique de 2015, durant la crise de l'Ebola. Aujourd'hui les crises sanitaires sont devenues plus que jamais un facteur de

nuisance pour les activités touristiques, au même titre que les crises politiques, et les actes terroristes.

En poursuivant notre réflexion sur le thème de la relation entre le tourisme et la santé dans le contexte de la mondialisation, nous avons vu que le sujet du tourisme médical constitue aujourd'hui un point focal. L'essor de ce phénomène, qui s'inscrit dans le prolongement des mobilités thérapeutiques qu'ont toujours connu les sociétés humaines, s'appuie sur des mutations politiques, économiques et sociales. Du point de vue politique, l'affaiblissement des frontières a conduit à un élargissement des échelles de référence des individus, en matière de territoires. En outre l'arrivée d'internet, qui facilite l'accès aux offres de soins, participe à rendre possible ces déplacements internationaux à but thérapeutique. Le nombre de touristes médicaux est en nette progression depuis plusieurs années. Entre 2007 et 2012, le chiffre de ces patients internationaux a enregistré une progression de 8,5 millions de personnes, passant de 7,5 millions à 16 millions⁷⁴³. Cependant les chiffres du tourisme médical n'en cache pas moins un ensemble de polémiques reliées au concept. En tant qu'élément de la composition de l'offre touristique, l'analyse du concept ne pouvait être réalisé qu'en ayant discuté au préalable des controverses propre à l'objet touristique dans le champ des sciences humaines. Pour aborder la polémique sur la différence entre le voyageur et le touriste, nous nous sommes inspirés ici de l'expérience de Montaigne dans son œuvre sur le Voyage. Dans le débat sur l'opposition entre le touriste et le voyageur, le personnage de Montaigne, dont le périple à travers la Suisse, l'Allemagne et l'Italie avait pour objectif affiché de découvrir du pays, cachait aussi des motivations thérapeutiques. Ce voyage fut pour Montaigne l'occasion d'une quête de remèdes contre la gravelle dont il souffrait. Dans le domaine du tourisme médical à proprement parler, l'importance des chiffres énumérés pour la clientèle internationale, et pour les sommes engendrées par ce segment, n'en cache pas moins une bataille décisive à mener. Il s'agit pour le concept médico-touristique de conquérir une légitimité en matière d'épistémologie, et de gagner dans l'opinion une vraie reconnaissance, pour un vocable qui frappe par son caractère antinomique. Dans ce débat, nous avons évoqué les peines du tourisme en tant que secteur économique, qui malgré son caractère transversal que tous lui reconnaissent, tâtonne encore quant à son incorporation dans les branches universitaires. Conséquemment, le tourisme médical en tant que segment de l'offre touristique a aussi du mal à trouver son univers académique de référence. Il est vrai que l'OMT définit le touriste comme une personne passant la nuit hors de son domicile habituel pendant 24 heures au moins. Les tentatives de justifications de ces déplacements à but thérapeutique, au nom de la segmentation du secteur touristique en plusieurs domaines, ne suffit pas à effacer la perplexité de l'opinion face à ce concept qui associe deux termes

⁷⁴³ «Le tourisme médical, ce business juteux » [2017] www.bfmbusiness.bfmtv.com [consulté le 16/07/2017]

opposés. Cependant ce vocable de tourisme médical en dépit des réserves qui lui sont opposables pour sa construction lexical, n'en désigne pas moins une réalité. En 2014 le segment médico-touristique représentait un secteur de près 60 milliards de dollars dans l'économie mondiale. Ce secteur jouit d'un potentiel de croissance annuel qui se situe entre 15 et 20%⁷⁴⁴. Les perspectives du segment médico-touristique sont prometteuses puisque l'allongement de la durée de vie en occident, qui s'accompagne pour les individus d'une croissance des maladies chroniques, constitue des éléments favorables au développement du tourisme médical.

Cependant, l'une des principales difficultés dans l'analyse du phénomène médico-touristique demeure sous son aspect économique, la méthode utilisée dans l'évaluation de ses retombées financières. L'équation se résume à identifier la provenance des sommes dégagées par ce secteur. Prennent-elles en compte uniquement les actes de soins ou incorporent-elles les dépenses périphériques réalisées par la patientèle internationale ? En outre ce phénomène s'est développé grâce à des mutations sociales, dont le décloisonnement des espaces territoriaux, devenues une réalité dans un 21ème siècle marqué par la mondialisation. La réalité du phénomène médico-touristique pousse vers d'autres questionnements, notamment sous l'aspect de ses motivations, en commençant par les zones d'origines de la patientèle internationale. Pour la patientèle internationale originaire des pays occidentaux, les flux de voyageurs émanent de la conjonction de différents facteurs. En ce qui concerne les USA, dont les citoyens participent grandement à la composition de cette catégorie de voyageurs, les raisons du tourisme médical au départ de ce pays, tiennent à l'essence de son système de santé. En effet le statut d'assuré en matière de santé est dépendant de la condition professionnelle de l'intéressé. Cette exigence exclut de facto près de 50 millions d'Américains des mécanismes assurantiel de santé, d'où l'accueil favorable que l'on a réservé à l'*Obamacare*. Car aux Etats Unis d'Amérique, les sommes à engager pour le traitement des pathologies ou pour certaines interventions, peuvent vite atteindre des sommets. Ainsi, nous avons pu noter que le prix d'une simple journée d'hospitalisation aux USA pouvait s'élever dans certains hôpitaux à 7 500€.

Pour les pays européens, l'existence du tourisme médical est un indicateur de l'ampleur de la crise que vivent les systèmes de santé de ces Etats. En Grande Bretagne, les effets sont aujourd'hui palpables lorsque les patients sont emmenés à consulter un

⁷⁴⁴Sébastien Cossenet , Olivier Lacoste « Les perspectives du tourisme médical en France »

www.veilleinfotourisme.fr [2015] [consulté le 16/06/2017]

spécialiste. Dans ce pays, la subtile parade pour faire des économies a été de réduire le nombre de spécialistes qui, selon le modèle anglais de planification des soins, n'exercent que dans les structures publiques. L'allongement des listes d'attentes qui en découlent poussent de nombreux anglais à se rendre dans d'autres pays de la planète pour des interventions chirurgicales. Les Anglais contribuent aujourd'hui grandement à la patientèle internationale pour les interventions osteo-articulaires, et les opérations de la cataracte par exemple. Dans le contexte français, les raisons des flux médico-touristiques au départ de l'hexagone sont relatives aux coûts prohibitifs de l'implantologie et de la chirurgie esthétique, considérés par l'assurance maladie comme des soins de confort. Des raisons de réglementation pour des actes médicaux, la limite de l'âge pour le recours à la PMA à 43 ans pour les femmes, expliquent le départ de Français en Belgique et en Espagne où la réglementation est plus souple. Une deuxième catégorie de flux originaire des pays du Sud et à destination de ceux du Nord, participe aussi de la composition de la patientèle internationale. Dans ce cadre les motivations médico-touristiques tiennent de la recherche de soins de qualité par les classes aisées des pays du Moyen-Orient et d'Afrique.

Cependant le tourisme médical soulève une autre question. Celle-ci est relative aux mécanismes de production de ces soins *offshore*. Nous nous sommes aperçus lors de cette étude que la stratégie médico-touristique procède de choix de spécialisations et de salariat pour les praticiens, afin de réduire le coût des interventions. Toutefois, le phénomène médico-touristique se développe non sans poser certaines questions éthiques. En effet cette pratique ouvre le débat sur certains sujet de société, en ce qui concerne la PMA, pour les femmes ayant dépassées l'âge légal de procréation, ou encore la procréation pour couples de même sexe. Dans la même veine de l'Éthique, se pose également le thème de l'acquisition des organes utilisés dans les cas de greffes. Les greffons acquis par le jeu de trafic ou bien à la suite d'exécution, peut-elle s'inscrire dans une continuité des déséquilibres entre le nord et le sud, pour une pratique qui consacre la marchandisation des corps au détriment du respect de la dignité humaine ?

La quasi-totalité des zones géographiques de la planète, ont dans leurs espaces des pays spécialisés dans l'accueil de patients internationaux. Sur ce fait nous avons choisi d'analyser une série de destinations sur des critères de résultats. En commençant par l'Asie nous avons travaillé sur la Thaïlande, l'Inde, Singapour, la Chine, le Japon. Au Moyen-Orient nous avons étudié Israël, la Jordanie. Dans le golfe, la cité Etat de Dubaï nous a permis d'observer le segment médico-touristique dans cette partie de la planète. En Amérique du Sud, le Costa Rica, Cuba, pour la zone caribéenne. Les exemples des USA et du Canada ont servi pour l'Amérique du nord. Dans la zone nord africaine, le Maroc et la Tunisie ont su développer une activité médico-touristique florissante. En Europe de l'Est, la Hongrie et la

République Tchèque, et la Pologne, comptent parmi les destinations médico-touristiques les plus visitées. L'entrée de ces pays sur le marché du tourisme international puis sur celui du tourisme médical, s'inscrit dans les mutations politiques, économiques et sociales qu'ont connues ces pays après la chute du mur de Berlin et l'effondrement de l'Union Soviétique. Si la spécialisation pour certains types de soins en fonction des pays est une des permanences dans la conduite des activités médico-touristique, l'on note que cette activité repose sur des préalables. Il s'agit en premier de l'existence de mécanisme collectif d'assurance maladie d'une part et, sur le plan du tourisme, l'ancrage d'autre part de ce secteur d'activité dans la vie économique de ces destinations. C'est ainsi que le tourisme médical est apparu comme un moyen de diversification de l'offre touristique globale dans ces pays. Il est vrai que l'on tente souvent d'établir un parallèle entre le tourisme médical et le caractère émergent des économies de ces pays. Cependant Cuba dans le domaine médico-touristique fait exception à cette théorie. Le cas cubain, dernier bastion du socialisme, s'il confirme la nécessité du modèle de collectivisation de la prise en charge de la maladie, n'en remet pas moins pour autant en débat la question du financement des soins, quelle que fût l'obédience politique du pays. Ainsi en guise de réponse aux interrogations sur le financement des soins dans les pays en voie de développement, dont le niveau d'urbanisation permet d'envisager une activité médico-touristique à une échelle sous-régionale, nous avons proposé une formule pour la création d'une assurance maladie, qui tire ses ressources de prélèvement faits sur les communications émises à partir du téléphone portable. C'est une idée nouvelle qui a émergé de cette réflexion. Le terrain choisi pour la théorisation de cette méthode d'assurance santé est la Côte d'Ivoire. Cependant il peut être dupliqué en fonction du niveau de pénétration de la téléphonie mobile dans ces pays, et tient aussi et surtout d'une réelle volonté politique.

En ce qui concerne la destination France sur le segment des soins délocalisés, l'hexagone tient une double position. Cependant que ce soit en tant que pays émetteur ou pays d'accueil de touristes médicaux, la participation de la France à ce mouvement mondial reste modeste. C'est un heureux effet collatéral des exigences en matière de sécurité et de qualité qu'a su s'imposer ce pays dans la prise en charge de ses propres patients. C'est un facteur qui retient globalement les patients sur le territoire français. Cependant un flux de patients partant de l'hexagone existe bel et bien. Il est motivé par des soins en chirurgie esthétique, en implantologie et en médecine reproductive. Le départ de français à l'étranger dans le cadre du tourisme médical, découle de la couverture faite par la sécurité sociale pour ce type d'actes médicaux. Dans sa position de pays d'accueil de la patientèle internationale, le constat établi pour la France, à l'observation de l'histoire du tourisme médical, est celui d'un décrochage. La France pour ses relations étroites avec ses anciennes colonies a pendant les années 1980, été la destination pour les riches ressortissants de ces pays. Toutefois, aujourd'hui, l'organisation du système de santé en France empêche le développement d'un

modèle médico-touristique à l'image des pays émergents, Singapour, Thaïlande, Brésil et des pays de ceux de l'Europe de l'Est. Les frais de personnels pour le fonctionnement des hôpitaux, représentent 75% des charges de ces établissements. Ainsi, il lui est impossible de proposer ses prestations médicales à des prix low cost, comme c'est le cas sur les principales destinations médico-touristiques. C'est ainsi que la France pour attirer des patients non-résidents, met en avant le savoir-faire de ses praticiens et la qualité de la prise en charge médicale sur l'étendue du territoire national. Une autre spécificité du tourisme médical hexagonal est de se déployer principalement dans le secteur public, notamment avec les CHU, qui reçoivent l'essentiel des patients non-résidents.

Selon le code de sécurité sociale, il existe des tarifs dit « sécurité sociale », pour les soins, appliqués aux nationaux et aux résidents légalement reconnus. Les prix des soins aux touristes hospitaliers originaires de pays en dehors de l'Union Européenne, ou n'ayant pas fait l'objet de convention bilatérale en matière de sécurité sociale, sont majorés de 30%. En outre pour se prémunir des créances non recouvrées, qui creusent un peu plus le déficit des CHU français, ces gestionnaires exigent désormais un prépaiement des soins et du séjour pouvant parfois atteindre 80% du montant total de la facture. C'est devenu une pratique commune à tous les hôpitaux, y compris ceux de Lyon, ville qui a aussi fait l'objet d'une analyse dans cette réflexion. En effet, Lyon est une ville ambitieuse, et les récents aménagements qui y ont été réalisés confirment le statut de ville qui souhaite se tourner vers l'extérieur. L'objectif de la ville est clairement d'accroître son influence tant sur le plan national que sur le plan international. D'ailleurs depuis le début du quinquennat du Président Macron, Lyon donne les signes d'une réelle alternative à Paris avec la délocalisation de nombreux événements de portée nationale et internationale dans la capitale des Gaules. Sans doute un effet collatéral du poste clef de Ministre de l'intérieur qu'occupe Gérard Collomb, l'ancien Maire de la capitale rhodanienne. Cette ambition internationale pour la ville couvre tous les domaines qui participent à animer la vie de l'agglomération. Nous prendrons ici pour exemple le Groupama stadium de Jean-Michel Aulas, et les nombreux matches internationaux qu'il accueille depuis son ouverture. Toujours dans l'évènementiel et cette fois-ci sanitaire, Lyon s'est ouvert depuis de longues années, à l'international notamment avec l'organisation de nombreux congrès de médecine. Cependant si son statut de ville médicale est bel et bien reconnu, ce qui fonde la justesse de l'idée du développement du tourisme médical dans l'agglomération, l'activité médico-touristique n'a pas encore su combler les espoirs que l'on aurait pu en attendre. En comparaison, la ville de Marseille a mieux investi l'activité d'accueil de patients étrangers. Dans la cité phocéenne, la CCI locale est très active sur ce sujet. Cependant Lyon tente de renouveler son lien historique avec le domaine de la santé. D'abord avec les moyens engagés pour le développement du thermalisme. Ainsi près de 20 millions d'euros vont être dépensés d'ici 2020, dans un plan de

développement du thermalisme piloté par la région. Ensuite, à Lyon, la transformation de l'ancien Hôtel Dieu en Hôtel 4 étoiles et en centre de commerce est en phase d'achèvement. Serait-ce une nouvelle branche qui s'ajoute à la relation entre le tourisme et la santé que nous avons tenté de dénouer tout au long de cette étude ? Il n'empêche que cette tendance architecturale, qui vise la reconversion d'anciens lieux de soins, en hôtels se poursuit. Un projet similaire avait déjà été développé à Marseille, avec l'hôtel Dieu du quartier du Panier, transformé en hôtel 5 étoiles, et géré par la société Intercontinental. De même que dans le rapport entre la santé et le tourisme, se développent aussi des entreprises spécialisées dans l'organisation de vacances pour personnes en situations de handicap. Pour terminer sur les autres liens entre le tourisme et la santé que cette réflexion laisse en suspens, c'est la récente création du concept « d'hôtel hospitalier », qui devrait modifier le panorama de l'immobilier français. Dans l'hexagone, près de 26.000 cartes de séjours temporaires ont été émises en 2012, à l'endroit d'étrangers venus dans le cadre d'un voyage sanitaire soit 5,3% de l'ensemble de l'autorisation de séjours.⁷⁴⁵ La création d'hôtel Hospitalier est une mesure pertinente d'abord pour la patientèle nationale, mais aussi au regard de la présence croissante de patients non-résidents. Cette mesure devrait aider la France à mieux négocier le virage ambulatoire, et contribuer ainsi à la santé des français, et à l'amélioration des conditions d'accueil de sa patientèle internationale.

⁷⁴⁵Sébastien Cossenet, Olivier Lacoste : « Les perspectives du tourisme médical en France »

www.veilleinfotourisme.fr [2015] [consulté le 16/06/2017] P6

Bibliographie

Articles Internet

- ABEILLE Denis, [2013], www.groupeshospitaliers.blogspot.fr, [consulté le 17/03/2017]
- ALBARIC Christelle, La libéralisation du marché de la santé au Brésil, [2015], www.lettredesreseaux.com, [consulté le 04/03/2016]
- ALLAERT François-Xavier, Le tourisme pharmaceutique, [2016], www.dijon-sante.fr, [consulté le 06/05/2016]
- ASAMOA-BAAH Anarfi, Comment vaincre les nouvelles maladies infectieuses ?, www.observateurocde.org,
- ASAMOA-BAAH Anarfi, Comment vaincre les nouvelles maladies infectieuses ?,,
- AVERIL Ceril, Couverture santé Universelle ; pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés pour compte des régimes d'assurance maladie, [2013], www.oxfam.org,
- BAR-NOYE Noga, Le tourisme médical en Israël une destination pour les européens et américains, [2015], www1.allaincefr.com, [consulté le 16/12/2016]
- BAUDET Marie-Béatrice, MALINGRE Virginie, Les européens s'inquiètent de l'impact économique de la grippe A, [2009], www.lemonde.fr, [consulté le 12/03/2014]
- BAUER Anne, Grippe A/H1N1 : L'OMS droite dans ses bottes, [2009], www.lesechos.fr
- BAYRE Guillaume, la Mayo clinic met l'Amérique en bonne santé, [2014], www.lefigaro.fr, [consulté le 17/07/ 2015]
- BELKESSAN A, Les groupements étrangers pour les futurs hôpitaux algériens, [2014], www.econostrum.info, [consulté le 15/03/2017]
- BELSOEUR Camille, La question du tourisme en Tunisie est plus compliquée que quelques slogans sur le web, [2015], www.slate.fr, [consulté le 02/09/2017]
- BEME David, la vaccination des voyageurs, www.doctissimo.fr, [consulté le 12/04/ 2015]
- BEN SGHAIER Walid, Le développement du tourisme médical, [2013], www.memoireonline.com, [consulté le 17/12/2015]
- BERNIER Marcel, Séjour à l'étranger : le choc du retour, www.aide.ulaval.ca, [consulté le 11/02/2015]
- BIGARD Laura, La couverture sociale universelle au Costa Rica, www.iwpar.org, [consulté le 29/11/2016]
- BOUVET Patrice, Les retombées des évènements sportifs sont-elles celles que l'on croit ?[2013], www.regulation.revues.org, [consulté le 15/06/2016]

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE, Recommandations sanitaires pour les voyageurs, [2016], invs.santepubliquefrance.fr

CESSAC Marjorie, En Inde, l'explosion du tourisme médical, [2016], www.lesechos.fr, [consulté le 17/05/2017]

Charles Vermersch, Pierre Alexis Geoffroy, Thomas Fovet, Pierre Thomas, Ali Amad, Voyage et Troubles psychotiques : clinique et recommandations pratiques, www.jlpm, [consulté le 05/12/2014]

CHASLES Virginie, Les nouvelles dynamiques du tourisme dans le monde, [2011], www.geoconfluences.ens-lyon.fr [Consulté le 07/05/2013]

CHEMLA Véronique, Le tourisme israélien cherche à pallier les effets de l'opération bordure protectrice en 2014, [2016], www.goisrael.com, [consulté le 10/01/2017]

COFARD Jacques, Maladie chroniques : le gouvernement va-t-il rogner Les remboursements des ALD, [2015], www.medcape.com, [Consulté le 02/02/2016]

COSENET Sébastien, LACOSTE Olivier, Les perspectives du tourisme médical en France, [2015], www.veilleinfotourisme.fr, [consulté le 16/06/2017]

COUTURE Pierre, De plus en plus de québécois se font soigner les dents ailleurs, [2016], www.Journaldu Québec.com, [consulté le 28/11/2016]

DE PAOLA Florian, Paola Costa Rica : les français plus nombreux en 2016, [2017], www.lechotouristique.com, [consulté le 15/05/2017]

DENIS Anne, Cuba la grande mutation, [2015], www.slate.fr, [consulté le 10/12/2016]

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, [www social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr), [consulté le 10/12/2016]

DUBESSET Fabrice, De retour de voyage : mon guide contre le blues du voyageur, [2013], www.instinct-voyageur.fr, [consulté le 14/01/2015]

DURAND Damien, Les hôpitaux français à la conquête de l'étranger, [2016], www.lefigaro.fr, [consulté le 15/03/2017]

EL BOUTI Mounira, Liposuccion mortelle pour une jeune française en Tunisie : Aucune erreur médical n'est à l'origine de la mort selon la clinique, [2016], www.huffpostmaghreb.com, [consulté le 02/04/2017]

FACHE Alexandre, L'épidémie silencieuse : Comment contrer le braquage des labos, [2014], www.humanite.fr, [consulté le 12/05/2016]

FAOUZI Hassan, Pardon, vous avez dit Agadir, deuxième pôle touristique du Maroc ?, [2016], www.huffpostmaghreb.com, [consulté le 26/12/2016]

FARCIS Sébastien, Tourisme médical en Inde : Des congolais victimes de leurs compatriotes, [2014], www.rfi.fr, [consulté le 30/05/2017]

FILIATRE Pascale, Cuba tous les Américains ne sont pas, encore, des touristes, [2014], www.lechotouristique.com, [consulté le 28/05/2015]

FREMAUX Philippe, Obama bataille pour la santé, [2009], www.alternative-economiques.fr, [consulté le 17/09/2016]

GAGNON Jean-Michel, Le tourisme médical, un remède de plus en plus populaire, [2015], www.lapresse.ca, [consulté le 13/03/2017]

GALANT Colette, Tourisme : la crise du Chikungunya a coûté 500 emplois salariés, www.insee.fr, [consulté le 13/07/2012]

GARESSUS Emmanuel, Notre système de santé doit prendre exemple sur Singapour, [2013], www.letemps.ch, [consulté le 07/06/2017]

GIMBERT Virginie, BENAMOZIG Daniel, Les Médicaments et leurs prix : comment les prix sont-ils déterminés, [2014], www.strategie.gouv.fr, [consulté le 10/05/2016]

GRADT Jean-Michel, le tourisme médical, la France hors circuit, [2015], www.lesechos, [consulté le 17/02/2016]

GUANNEL Boris, MOREAU Arielle, PLATEAU Claire, VIATTE Robert, L'industrie pharmaceutique : sur les chemins difficiles de l'internationalisation, [2013], www.insee.fr, [consulté le 10/10/2016]

HUET Jean-Michel, Les TIC en Côte d'Ivoire : un levier de développement pour un pays en pleine reconstruction, [2014], www.journaldunet.com, [consulté le 31/08/2015]

HURISSEL Laura, Cancer un nouveau centre de soins à Lyon nommé Lumen, [2013], www.tribunedelyon.fr, [consulté le 03/12/2013]

JEAN BLANC Anne, Tourisme gare au syndrome du voyageur, [2012], www.lepoint.fr, [consulté le 09/03/2013]

KHELIFA Aissa, Mondialisation des soins et tourisme, [2013], www.institut-montparnasse.fr,

KOWAL Valérie, Inde Bienvenue au pays du tourisme médical, [2014], www.geopolis.francetvinfo.fr, [consulté le 17/07/2016]

LANGHAMMER Louise, VUILLEMIN Justine, L'Impact de l'Epidémie du Chikungunya sur le tourisme à la réunion à partir de 2005, www.bts-anabiotec.fr, [consulté le 27/06/2016]

LEFOUR Virginie, Qui décide du prix et du remboursement des médicaments en Belgique ?, www.rtbef.be, [consulté le 14/05/2016]

LEVASSEUR Maïté, Tourisme médical opportunités et controverses, [2008], www.veilletourisme.ca, [Consulté le 11/03/2017]

LUCAS Alisn, TONNEAU Dominique, Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques Rapport de phase 1 Mission nationale d'expertise et d'Audit Hospitaliers, [2005], www.chirurgie-ambulatoire.org, [consulté le 12/10/2016]

MAGNADIAS Jean, Histoire de la Sécurité Sociale, conférence présentée le 9 octobre 2003 à l'Institut CGT d'Histoire Sociale, [2003], www.wihs.cgt.fr, [consulté le 19/08/2014]

MAGNAN Alexandre, L'épidémie de Chikungunya à la Réunion : une occasion de réfléchir au(x) paradoxe(s) insulaire(s), [2006], [www.com.revues.org/cahiers d'Outre-Mer](http://www.com.revues.org/cahiers_d'Outre-Mer), [consulté le 15 avril 2016]

MARESCAUX Patrick, Sommet du tourisme urbain : Dubaï et Marrakech font rêver, [2015], www.media24.com, [consulté le 30/03/2017]

MARTIN Benoit, Assurance Voyage / Grippe H1N1 : Les voyageurs prennent les devants, News-assurances.com, [consulté le 16/06/2016]

MATEUS Christine, ROSENWEG Daniel, santé : l'inquiétante croissance du tourisme pharmaceutique, [2016], www.leparisien.fr, [consulté le 06/05/2016]

MILCENT Carine, Les systèmes de santé en Chine : Hong Kong, une exception ou un exemple, [2015], www.latribune.fr, [consulté le 20/12/2016]

MORALES Fernández Isabel, Iniciativas para potenciar el turismo de salud en España, [2015], www.envejecimientoenrend.wordpress.com, [consulté le 23/01/2017]

MORE Sandrine, L'Espagne mise sur le tourisme de la santé, [2016], www.lemonde.fr, [consulté le 23/01/2017]

NAU Jean-Yves, Comment la mondialisation entraîne des pénuries de médicaments en France, [2014], www.slate.fr, [consulté le 17/07/2015]

OTANI Kuzako, Le Japon, [2010], www.cairn.info, [consulté le 17/12/2017]

PALIERSE Christophe, La reprise s'esquisse enfin pour le tourisme tunisien, [2017], www.lesechos.fr, [consulté le 09/09/2017]

PEREZ Martine, H1N1 : 40% des décès frappent des biens portants, [2009], www.lefigaro.fr, [consulté le 15/04/2014]

PERRET Grégory, Hainan-excursion au-delà des idées reçues, [2011], www.lepetitjournal.com, [consulté le 27/11/2016]

PEYRE Julia et Al., Un autre regard sur la mondialisation de l'industrie : quelle relance pour l'industrie pharmaceutique, [2016], www.fondation-prometheus.org, [consulté le 15/02/2016]

Philippe Frémeaux, Obama bataille pour la santé, [2009], www.alternative-economiques.fr, [consulté le 17/09/2016]

PINNA Monica, la Corée du sud investit dans le tourisme médical, [2012], www.fr.euronews.com, [consulté le 14/12/2016]

PLIQUET Emmanuel, RIEDINGER Nicolas, Les implantations des entreprises industrielles françaises : entre délocalisations et conquête de nouveaux marchés, [2008], www.insee.fr, [consulté le 15/02/2016]

RIVIERE Phillipe, Crise financière en Asie : les risques de contagion, [1998], www.lemondediplomatique.fr, [consulté le 21/12/2013]

RIVIERE Phillipe, Crise financière en Asie : les risques de contagion, www.lemondediplomatique.fr, [consulté le 21/12/2013]

ROBIN Respaut, Cleveland Clinic exports marquee Ohio Brand to Abu Dhabi, [2014], www.reuters.com, [Consulté le 14/03/2017]

ROEDER Cyrus Frederik, Le secteur privé dans un système de santé public : l'exemple allemand, [2012], www.iedm.org, [consulté le 18/01/2017]

RUSCHKOVA Alzbeta, Bilan touristique 2016 : la Tchéquie, une destination de plus en plus attrayante, [2016], www.radiocz, [Consulté le 30/08/2017]

RUSCHKOVA Alzbeta, Bilan touristique 2016 : la Tchéquie, une destination de plus en plus attrayante, [2016], www.radiocz, [consulté le 30/08/2017]

SAN JOSE Juan Carlos, Le thermalisme en Espagne, [2007], www.jimcontent.com, [consulté le 25/01/2017]

SAPORTA Isabelle, Les horreurs du tourisme médical, [2006], www.marriane2.fr, [consulté le 10/07/2013]

SARASOHN-KHAN Jane, Medical Tourism - A Growing Retail Health Strategy, [2016], www.huffingtonpost.com, [consulté le 12/03/2017]

Service communication du Ministère de la santé et de lutte contre le sida, Forum économique ivoiro-marocain : la Ministre Raymonde Goudou présente le système sanitaire ivoirien aux investisseurs marocains, [2014], www.gouv.ci, [consulté le 17/06/2015]

SHAMAH David, le tourisme médical prospère en Israël, [2014], www.fr.timesofisarel.com, [consulté le 16/12/2016]

SOULEYMANE Ibrahim, Les évacuations sanitaires, nouveau canal d'échanges entre le Maroc et l'Afrique [2016], [2016], www.lesafriques.com, [consulté le 09/09/2016]

SPRENG Connor, Des partenaires au service des soins de qualité, [2013], www.proparco.fr, [consulté le 27/11/2016]

STRANBROOK Mathew, FLETCHER John, Attirer des touristes médicaux au Canada : une expérience risquée, [2014], www.cmaj.ca, [consulté le 07/03/2017]

TATU Natacha, La roulette hongroise : article sur le tourisme médical, [2009], www.carrefourfrancehongr.forumactif.org, [consulté le 10/10/2016]

UNGERLEIDER Neal, The \$6.5 Billion, 20-Year Plan To Transform An American City, [2015], www.fastcompany.com, [consulté le 12/03/2017]

VALDES ANDIN Florencia, La Corée du Sud se met au tourisme médical, [2012], www.geopolis.francetvinfo.fr, [consulté le 15/12/2016]

VALDES ANDIN Florencia, La Corée du Sud se met au tourisme médical, [2012], www.geopolis.francetvinfo.fr , [consulté le 15/12/2016]

VON Andrea, WESTHOFF Justin, Medizintourismus in Deutschland, [2016], www.deutschlandfunkktur, [consulté le 16/01/2017]

VOR Allen, RUSSEN Nutzen Angebot, Medizintourismus in Deutschland, [2014], www.wwww.expat-news.com, [consulté le 16/01/2017]

WENSI Jin, Hongkong : les chinois du continent ou le tourisme pharmaceutique, [2013], fr.cntv.c/journal de l'économie, [consulté le 17/02/2015]

WRIGHT Olivier, Santé, le Royaume Uni songe à exporter... ses hôpitaux, [2012], www.courrierintyernational.com, [consulté le 15/03/2017]

YOON Stella, L'économie du tourisme Coréen, [2013], www.francemondeexpress.fr, [consulté le 17/12/2016]

ZIZA Samuel, Le tourisme médical en Inde se porte bien, [2010], www.lefigaro.fr, [consulté le 20/05/2017]

ZIZA Samuel, Le tourisme médical en Inde se porte bien, [2010], www.lefigaro.fr, [consulté le 20 mai 2017]

A l'Est les nouvelles dents sont moins chers, [2004], www.haritzacd.com , [Consulté le 14/05/ 2013]

H1N1 : bilan économique au Mexique 2eme mort aux USA, [2009], www.rts.ch, [consulté le 12 août 2014] www.assur-travel.fr , [consulté le 14/02/2015]

www.wikipedia.org, [Consulté le 18/04/2015]

Protection sociale en Côte d'Ivoire : "un faible taux de couverture" (Duncan), [2013], www.abidjan.net, consulté le 04/06/2013

Chirurgie esthétique en Tunisie, www.estetikatour.com

Chirurgie esthétique en Tunisie www.estetikatour.com , [Consulté le 13/03/2017]

Hygiène aux toilettes : culture japonaise de la propreté, www.hyginale.com

L'évolution du tourisme médical au Canada, www2.deloitte.com, [consulté le 15/12/2016]

La Jordanie-Conseils sur l'assurance santé internationale, www.international-health-cover.com, [Consulté le 17/12/2016]

Le système de santé brésilien, [2010], www.expatriation.com, [consulté le 17/11/2016]

Le système de santé japonais, [2010], [consulté le 18/12/2016]

Le tourisme médical en République Tchèque peut atteindre 15%, [2016], www.zdravi.euro.cz , [consulté le 30/08/2017]

Le Tourisme médical en vogue en Corée du Sud, [2014], www.leventdechine.com , [Consulté le 13/12/2016]

Le tourisme médical, une tendance qui monte en Chine, www.marketing-chine.com, [consulté le 12/12/2016]

Maroc une croissance saine, [2011] www.oxfordbusinessgroup.com [consulté le 17/08/2016]

Maroc : 8, 9 millions de touristes recensés à la fin octobre, [2016], www.huffpostmaghreb.com, [Consulté le 25/12/2016]

Brésil Plus de 6, 4 million de touristes étrangers ont visité le pays en 2014, [2015], www.veilleinfotourisme.fr,

Surveillance mondiale des maladies infectieuses, www.who.int, [consulté le 08/09/2014]

Tourisme médical Profil des patients migrants, www.geram862.mywhc, [consulté le 17/09/2016]

Ebola Ellen Johnson-Sirleaf décrète le couvre-feu au Libéria, www.jeuneafrique.com, [consulté le 21/03/2015]

Examen du tourisme médical dans le monde, [Letourismedanslemonde.blospot.fr], [consulté le 13/07/2015]

La Jordanie, développer les infrastructures de santé, [2015], www.lalettrediplomatique.f, [consulté le 27/12/2016]

La présentation de la République Tchèque : données générales, [2017], [www.diplomatie .gouv.fr], [consulté le 30/08/2017]

Pour la première fois, l'organisation OCDE, note le système de santé en Israël, [2012], www.health.gov.il, [Consulté le 04/03/2017]

Protection sociale : la chine se refait une santé, [2008], [www.alternatives-economiques.fr], [consulté le 26/12/2016]

Tourisme et santé, une affaire où tous sont gagnants, www.cuba24horas.com, [consulté le 25/08/2015]

Grippe A : L'hygiène, la meilleure mesure de prévention, [2009], www.lhotellerie-restauration.fr, [consulté le 17/06/2016]

Grippe H1N1/Assurance annulation : Les agences de voyages chouchoutent leurs clients, www.news-assurances.com, [Consulté le 13/07/2012]

Hongrie : chiffres du tourisme 2013, [2013], www.veilleinfotourisme.fr, [consulté le 26/08/2017]

Le Japon ne veut pas perdre ces riches touristes médicaux chinois, [2012], www.lexpresse.fr, [consulté le 15/12/2016]

Toujours plus de touristes à Singapour, [2012], www.paris-singapour.com, [consulté le 08/06/2017]

La PMA à l'étranger facilité pour les couples lesbiens, [2016], www.lexpress.fr, [consulté le 17/04/2017]

Chine : projet de zone de tourisme médical au Hainan, [2013, www.french.peopledaily.com, [consulté le 20/12/2016]

Comment promouvoir le Maroc, comme plateforme de soins ?, [2015], www.linkedin.com, [consulté le 05/03/2016]

Soins reçus à l'étranger et réforme santé aux Etats-Unis, [2010], www.patientssansfrontieres.fr, [consulté le 12/07/2017]

Les vaccinations à effectuer avant de partir en voyage à l'étranger, Comment ça marche :, [2008], www.santé-medecine.journaldesfemmes.com, [Consulté le 12 avril 2015]

Chirurgie esthétique en Tunisie, [2017], www.estetikatour.com, [Consulté le 13/03/2017]

Hygiène aux toilettes : culture japonaise de la propreté », www.hyginale.com, [consulté le 06/12/2014]

Le système de santé brésilien, [2010], www.expatriation.com, [consulté le 17/11/2016]

Le système de santé japonais, [2010], www.expatriation.com, [consulté le 18/12/2016]

Le Tourisme en Thaïlande, [2016], www.geotourweb.com, consulté le 10/11/2016]

Le Tourisme médical en vogue en Corée du Sud, [2014], www.leventdechine.com, [consulté le 13/12/2016]

Le tourisme médical, une tendance qui monte en Chine, www.marketing-chine.com, [consulté le 12/12/2016]

Chikungunya Aide Mémoire, [2008], www.who.int.com, Consulté le 13/07/2012]

L'Espagne attire plus de 20.000 touristes de la santé chaque année, [2013], www.lecourrier.es, [consulté le 15/10/2015]

Les brésiliens plus gros consommateurs de chirurgie esthétique devant les Etats-Unis, [2014], www.lemonde.fr, [consulté le 05/03/2016]

Les CHU vont pouvoir créer des filiales à l'étranger, www.hopital-finances.fr, [consulté le 16/06/2017]

Côte d'Ivoire : 18 millions d'abonnées 11.40 millions d'identifié, [2012], www.koaci.com, [consulté le 10/07/ 2015]

Amor Dehissy Directeur Général d'Estetika Tour, [2010], www.mille-et-une-tunisie.com, [consulté le 30/03/2017]

Tourisme dentaire : la destination la plus populaire la Hongrie, [2009], www.portfolio.hu, [consulté le 22/07/2017]

Profitant des crises en Egypte, en Syrie et en Tunisie la Jordanie ouvre ses bras aux touristes algériens, [2011], www.liberte-algerie.com, [consulté le 27/12/2016]

L'organisation du système de santé en Tunisie, [2012], [www.fr.april-international.com], [consulté le 09/09/2017]

L'essor du tourisme médical, [2017], www.psychomedia.qc.ca, [consulté le 28/03/2017]

L'Espagne, Eldorado de la procréation médicalement assistée, [2015], www.leparisien.fr, [consulté le 02/02/2017]

L'Inde attire le tourisme procréatif anglais, www.lepetitjournal.com, [consulté le 17/10/2016]

Comment la Jordanie est devenue l'hôpital du Moyen-Orient, [2013], www.leconomiste.com, [consulté le 22/12/2016]

Rejeter le tourisme médical afin de protéger l'assurance-maladie, [2013], www.cnc-aiic.ca, [consulté le 11/03/2017]

Le tourisme médical se développe en France, [2016], www.francetvinfo.fr, [consulté le 30/03/2017]

Le virus H1N1, fléau du tourisme international, www.lapresse.ca, [consulté le 15/03/2014]

La législation en matière de PMA en France, www.natisens.com, [consulté le 17/04/2017]

Comment ça marche : Les vaccinations à effectuer avant de partir en voyage à l'étranger, [2008], www.santé-medecine.journaldesfemmes.com, [consulté le 12/04/2015]

Les médias en parlent, www.esthetikatour.com, [consulté le 30/03/2017]

Tourisme médical au Costa Rica, www.tourismmedical.net, [consulté le 28/11/2016]

Médicaments génériques : une mondialisation incontrôlable ?, [2013], www.destinationsante.com, [consulté le 14/07/2014]

La montée du tourisme médical à Dubaï, [2017], www.visitdubai.com, [consulté le 30/03/2017]

Le nombre d'abonnés à la téléphonie mobile a atteint 22 millions en Côte d'Ivoire (Ministre), www.abidjan.net, [consulté le 04/06/2014]

Rhénanie Palatinat, www.granderegion.net, [consulté le 18/01/2017]

Assurance santé aux Emirats Arabes Unis pour les expatriés, [2013], www.globalsurance.com, [consulté le 29/03/2017]

Espagne : santé et protection sociale, www.france-expatries.com, [consulté le 24/01/2017]

La santé au Costa Rica, [2008], www.expat.com, [consulté le 28/11/2016]

Le secteur de la santé au Brésil, [2013], www.awex-export.be, [consulté le 05/03/2016]

La Thaïlande, paradis du tourisme médical, [2003], www.lexpress.fr, [consulté le 15/07/2014]

Le tourisme de la santé peut prendre un nouvel élan, [2009], www.portfolio.hu, [consulté le 25/08/2017]

Le tourisme de santé en République tchèque, [2016], www.zdravi.euro.cz, [consulté le 29/08/2017]

Le tourisme médical en Israël en plein boom, [2014], www.tel-avivre.com, [consulté le 12/05/2017]

Le tourisme médical en Thaïlande est à la hausse, [2013], www.voyagemedical.fr, [consulté le 12/04/2015]

Le tourisme médical en Turquie espère une baisse de la TVA, [2010], www.lesechos.fr, [consulté le 10/12/2016]

Le tourisme médical, www.health-region.de, [consulté le 16/01/2017]

Le tourisme médical un sillon à creuser pour l'économie cubaine, [2013], www.leparisien.fr, [consulté le 14/07/2015]

Tourisme et territoire, volume 4, [2015], www.tourter.com, [consulté le 28/04/2015]

Guide ultime pour le tourisme dentaire, www.mdentalclinic.de, [consulté le 10/10/2016]

Espagne un système de santé plus cher pour les patients, [2013], www.lesechos.fr, [consulté le 05/01/2017]

Brezil, www.medicroatie.com, [consulté le 03/04/2017]

Zika : l'outre-mer appelle à ne pas décourager les touristes à venir, [2016], www.quotidiendutourisme.com, [consulté le 15/06/2016]

Le tourisme médical, ce business juteux, [2017], www.bfmbusiness.bfmtv.com, [consulté le 16/07/2017]

La législation en matière de PMA en France, www.natisens.com, [consulté le 17/04/2017]

Tourisme médical : Profil des patients migrants,, [consulté le 17/09/2016]

Le tourisme médical, une tendance qui monte en Chine, www.marketing-chine.com , [consulté le 12/12/2016]

Le système de santé japonais, [2010], www.expatriation.com, [consulté le 18/12/2016]

Soins reçus à l'étranger et réforme santé aux Etats-Unis, [2010], www.patientssansfrontieres.fr , [consulté le 12/07/2015]

Le tourisme médical, www.health-region.de , [Consulté le 16/01/2017]

Article des Presses

- AIRAULT, Régis, Voyage et Risque de décompensations psychiatriques, adsp, n° 76, septembre 2011,
- BACHONGY, Karine, santé publique : emirats arabes unis, une réforme d'inspiration libérale, Gestions hospitalières Gestions hospitalières, N°508, septembre 2011, PP 435-437
- BAUER, Anne, Grippe A/H1N1 : L'OMS droite dans ses bottes,, 12 octobre 2009,
- BEAUREPERE, Thierry, Rapatriement sanitaire des transports parfois sur le fil, Les Echos, mardi 13 octobre 2009, P43-44
- BENKIMOUN, Paul, un rapport sans complaisance de l'igas invite à rénover le thermalisme, Le Monde, lundi 17 janvier 2000,
- BENMOSBAH, Lofti, Qualité des soins en Tunisie état des lieux et perspectives, Techniques Hospitalières, mars-Avril 2015, p8-10
- BERCOFF, André, Mr. George et Dr. Soros, Valeurs Actuelles, 31 Mars 2016, P33
- BILE, Michel, L'impact d'Internet et des réseaux sociaux sur l'information au patient, Revue générale de droit médical, N° 59, mercredi 1 juin 2016, PP 63-74
- BILLE, Michel, L'impact d'Internet et des réseaux sociaux sur l'information au patient, Revue générale de droit médica, N°59, Juin 2016, P 63-74
- BONCZ, Imre, un aperçu du système de santé hongrois, Hospital, N°3, Aout 2005, PP41-42
- Boncz, Imre, un aperçu du système de soins de santé hongrois, Hospital, Aout 2005, P41-42
- BOUVIER, Patrick A., Explosion du tourisme médical : des voyageurs d'un nouveau, Revue Médicale Suisse, N°157, Mai 2008, P 1196
- BRESSON, Alexandra, Un budget santé au régime, Metro News, mercredi 22, janvier 2014,
- BRESSON, Alexandra, une pilule pour échapper à la tourista, Métro News, vendredi 14, Juin 2013,
- CLUZEL-METAYER, Lucie, L'irruption de la qualité dans le domaine sanitaire, revue de droit sanitaire et social, N° 6, 2014, p989-1071
- COLLIN, Arnaud et Al, L'analyse économique des coopérations inter-hospitalières : la coopération pour la concurrence, Journal de gestion et d'économie médicales, N°2, novembre 2015, P137-152
- DELAHAYE, Christian, sans précédent dans l'histoire de la médecine - la première épidémie combattue mondialement dès sa naissance, Le Quotidien du Médecin, N°8681, Décembre 2009, P36
- DEMAILLY, Lise, L'idéal de démocratie sanitaire et sa mise en pratique ambiguë, Techniques Hospitalières, mars-avril 2016, p47-51
- DEMAILLY, Lise, L'idéal de "démocratie sanitaire" et sa mise en pratique ambiguë, Techniques Hospitalières, N° 756, Mars 2016, PP 47-51
- DUBOIS, Jean, Histoire de l'hydrothérapie et du thermalisme, santé Mentale, N°60, septembre 2001, PP42-44

DULUC, Gilles et al., Offrir des soins de qualité à 1, 2 milliard de personnes, les défis du système de santé indien, Techniques hospitalières, N° 751, mai 2015, P 65-69

DUPRE, Christine, la libéralisation des soins, une pillule amère pour les tchèques, La Tribune, 2 mai 2008, P 4

DURIEZ Marc, LEQUET-SLAMA Diane, Les systèmes de santé des pays de l'Est, ADSP Haut comité de la santé publique, N° 49, Décembre 2004, PP 9-13

ESPESSON-VEGAT, Béatrice, la circulation des professionnels de santé dans l'union européenne : la coopération, juste expression de la libre circulation, Revue générale de droit médical, N°44, samedi 1 septembre 2012, PP 79-99

GENOT-POK, Isabelle, Place de l'utilisateur à l'hôpital vers un véritable partenariat ?, Revue Hospitalière de France, 572, septembre 2009, p10-12

HABOUDI, Camilla, Transfert de Gamètes dans un pays étranger : le conseil d'Etat relativise la loi, Droit déontologie & soin, N°3, Septembre 2016, P 304-309

HEIDERICH, Didier, La perception du risque dans la société de la peur, Cahiers Espace, N°85, mai 2005, P10

HELMAN, André, L'Hôpital compétitif. Et l'humain, dans tout ça, Revue du Mauss semestrielle, N°41, 2013, P35-40

LAJOS, Ari, restructuration du système hospitalier hongrois, Hospital, N°3, Aout 2005, PP 41-42

LANG, Patrick, La chirurgie esthétique féminine - approche éthique, Profession Sage-Femme, N°204, Avril 2014, PP 29-32

LE PAJOLEC, Sébastien, Les "accros" du bistouri, chirurgie esthétique et dépendance dans nip/tuck, Alcoologie et addictologie, N°33, Décembre 2011, PP 297-302

LEMESRE, Daniel, Les fonctions logistiques et hôtelières, premières vitrines de la qualité de l'hospitalisation. À quel prix ?, Techniques hospitalières, N°750, Mars 2015, PP 27-30

LORCA, Pascal, Des satellites au secours des pauvres, Valeurs actuelles, jeudi 17 juillet 2014, P58

MANIÈRE Philippe, SILBER Denise, Hôpital, le modèle Invisible, Les Échos, 29 juillet 2005,

MENVIELLE Loic, MENVIELLE William, Le tourisme médical, une nouvelle façon de voyager, Teoros, Vol 29, 2010, p109-119

Moullan Yasser, BOURGUEIL Yann, Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques, Questions d'économie de la santé, N°203, PP1-8

MOYSAN, Yvon, Le système de santé Singapourien : un modèle public-privé unique, Les cahiers Hospitaliers, N° 278, dimanche 1 mai 2011, P10

NOBRE Thierry, BIRON Noëlle, L'ABC à l'hôpital : le cas de la chirurgie infantile, Finance contrôle stratégie, N°2, Volume 5, juin 2002, P90

NOBREGA, Fred, la gestion médicale de la mayo clinic, Hospitalisation, nouvelle Union hospitalière privée, N° 179, février 1990, P57-59

NYS, Jean-François, Migrations internationales et crise des personnels de santé au niveau mondial, Soins Cadres de santé supplément, n°63, 2016, ppS3-S4

OMNES, Louis, Du côté de la Cleveland clinic what else ?, Gestions hospitalières, N° 515, mardi 1 avril 2014, PP 205-210

OUHARZOUNE, Yasmina, La Thaïlande compte 2000 infirmières de pratique avancée, Soins, N°805, dimanche 1 mai 2016, PP5-7

PETIT, EP, le serment d'Hippocrate, source de l'éthique médicale, La Presse médicale° 2, 19 janvier 2002, PP 52-55

POLTON, Dominique, Les systèmes de santé occidentaux et leurs évolutions, Les Cahiers français, N° 369, Aout 2012, P 15-22

PRZYSWA Eric, GUARNIERI Franck, Contrefaçon de médicaments sur Internet : prévenir une menace réelle sur la santé publique, Les tribunes de la santé, N°40, Septembre 2013, PP 77-83

REQUILLART, Hervé, thermalisme : faut-il dérembourser les cures thermales ?, Impact médecin, N°457, Juin 1999, P46

REQUILLART, Hervé, thermalisme : faut-il derembourser les cures thermales ?, Impact Médecin, N° 457, vendredi 18 juin 1999, P46

RICHARD, Jean-Baptiste, Deux tiers des français consultent Internet à des fins de santé, Santé en Action, N°436, Juin 2016, p48-49

ROZEE, Virginie, La gestation pour autrui en Inde, Population et sociétés Institut national d'études démographiques, 537, Octobre 2016,

SPINHIRNY, Frédéric, Expériences de santé à l'étranger, Gestions hospitalières, N° 517, Juillet 2012, P 330-380

STROOBANTS, Jean Pierre, Aux Pays-Bas, le Tourisme du médicament est une affaire qui marche, le Monde, jeudi 16, avril 2009,

VAN Erck, Erck, L'accréditation en secteur hospitalier : améliorer la qualité au moyen de l'agrément, Architecture hospitalière, N°38, septembre 2016, P 15-17

VINCENT, Pierre, Hongrie : la réforme du système de santé privilégie le rôle du médecin de famille, Le Quotidien du Médecin, N° 5400, mardi 26 avril 1994, P1

WEISZ, Georges, Le thermalisme en france au xxème siècle, Medecine et Science, N°1, Janvier 2002, PP 101-108

ZOHORE, Lassane, Abidjan devenue poubelle à ciel ouvert, Jeune Afrique Special villes, N°4, Edition 2013,

La Can pas décalée, Lyon Plus, mardi 4, novembre 2014, P15

Les maladies infectieuses, la lutte continue, Recherche et Santé, N° 124, 2010,

Les maladies infectieuses, la lutte continue, Recherche et Santé, N°124, Octobre 2010, P13-29

Bébés de l'Hôpital de Chambéry, un quatrième décès suspect a été déclaré, Lyon Plus, 16 janvier 2014, P6

Recommandations sanitaires pour les voyageurs, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, N°22-23, samedi 1 juin 2013

Ouvrages

- ALEXANDRE, Emmanuelle, *La régulation des dépenses pharmaceutiques*, 2003, 456p
- AMIROU, Rachid, *Imaginaire touristique et Sociabilités du Voyage*, Paris, PUF, 1995,
- ARMAINGAUD, Arthure, *Montaigne était-il hypocondriaque ?*, Paris, Masson et Compagnie, Librairie de l'Académie de Médecine,
- ATTALI, Jacques, *Sept Leçons de vie, Survivre aux crises*, Paris, Fayard, 2009, 291p
- AUTHIER Andre, DUVERNOIS Pierre, *Patrimoine et traditions du thermalisme*, 1997,
- BAYART, Jean François, *L'illusion Identitaire*, 1996,
- BERESNIAK Ariel, DURU Gerard, *Economie de la santé*, 2008,
- BERTHO LAVENIR, Catherine, *La Roue et le Stylo : comment nous sommes devenus touristes ?* Paris, Odile Jacob, 1999, 138p
- BLANADET, Raymond, *L'Asie du Sud-Est, nouvelle puissance économique*, Presses universitaires de Nancy, 1992, 344p
- BOISSEAU DU ROCHER, Sophie, *L'Asie du Sud est prise au piège*, Paris, Broché, 2009, 452p
- BOUCHAUD, Olivier et al., *Médecine des Voyages et Tropicale*,,
- BOURDIEU, Pierre, *Sur la télévision*, 1996,
- BOVAY, Georges-Michel, *Malaria, l'épopée du paludisme*, Paris, Denoël, 1972, 314p
- CHRISTIN, Rodolph, *L'imaginaire Du Voyageur ou l'expérience Exotique*, Paris, L'Harmattan, Logiques Sociales, 2000, 236p
- CHRISTIN, Rodolph, *Le tourisme émancipation ou contrôle social*, Editions du Croquant, 2011, 283p
- CLEMENT, Louis, *Le paludisme chronique hors des pays à endémicité*, Lyon, Imprimerie Bosc Frères & Riou, 1922, 104p
- CONTREPOIS, Alain, *L'invention des maladies infectieuses*, Paris, Editions des archives contemporaines, 2001, 308p
- CROUZET, Annie, *Hôpitaux de Lyon 15 siècles de médecine*, 2011,
- DALLE, Dalle, *Maroc, Histoire, société, culture*, Paris, La découverte, 2007, 221p
- DEMONTROND, Phillipe-Robert, *L'Analyse du concept*, Paris, Apogée, 2004, 221p
- DEMURGER, Alain, *Les Hospitaliers de Jérusalem à Rhodes*, 2013,
- DEWAILLY Jean-Michel, *Tourisme et Géographie entre Pérégrinité et Chaos*, Paris, L'Harmattan, Coll. Tourismes et Sociétés, 2006, 221p
- DOGGOR DI NUZZO, Béatrice, *L'accueil un métier, Application au Tourisme et a l'hôtellerie*, 2009,
- FALHAUT Antoine, ZYLERMAN Patrick, *Des Epidémies et des Hommes*, 2008,

FAURE Alain, LEVY VROELANT claire, *Une chambre en ville, Hôtels Meublés et garnis à Paris 1860-1990*, 2007,

FLEURET Sebastien, HOYEZ Anne-Cécile, *Santé et Géographique nouveaux regards*, Paris, Economica Anthropos, 2011, 302p

FOUCAULT, Michel, *Naissance de la Clinique*, Paris, Broché, 1963, 240p

FOUGIER, Eddy, *Parlons mondialisation en 30 questions*, Paris, La Documentation française, 2011, 96p

GALANT C., Henry, *Histoire politique de la sécurité sociale française, 1945-1952*, Paris, Comité d'histoire de la Sécurité Sociale, 2004, 208p

GOUBERT, Jean Pierre, *Une histoire de l'hygiène, Eau et salubrité en France contemporaine*, 1986,

HALPHEN, Catherine, *La santé un enjeu de société*, 2010,

HOUELLEBECQ, Michel, *Plateforme*, Paris, Flammarion, 2001, 369p

ISAACSON, Walter, *Steve Jobs*, JC Lattès, 2011, 668p

JANA Claverie, KUBOVA Alena, *Prague*, Terrai, 2002, 208p

KALFON, Pierre, *Tourisme et innovation ; comment décrypter les tendances qui bouleversent le monde du voyage*, Paris, Editions L'Harmattan, 2009, 134p

KOTLER, Philip, *Marketing du tourisme et de l'accueil*, Londres, Pearson Education, 2016, 420p

LAPLANTINE, François, *Anthropologie de la Maladie*, 1986,

LAXALT, Jean-Michel, *Et si demain la sécurité sociale... éclatait*, Paris, Jacob Duvernet, 2009, 175p

LECOURT, Dominique, *La santé face au principe de précaution*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, 176p

MARCHETTI, Dominique, *Quand la santé devient médiatique, les logiques de production de l'information dans la presse*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2010, 191p

MILLET-BARTOLI, Françoise, *La beauté sur mesure ; psychologie et chirurgie esthétique*, Paris, Odile Jacob, 2008, 250p

MOULLE François, DUHAMEL Sabine, *Frontières et santé Genèse et Maillage des réseaux Transfrontaliers*, Paris, L'harmattan, 2010, 283p

REAU, Bertrand, *Les Français et les vacances*, Paris, Broché, 2011, 240p

SANLAVILLE, Ferdinand, *Les logements insalubres et la loi du 13 avril 1850*, Paris, Berger-Levrault et Editeur, 1884, 27p

SARAH, Robert, *Dieu ou rien, entretien sur la foi*, Pluriel, 2016, 448p

SCHUMPETER, Joseph, *Théorie de l'évolution économique*, Paris, Dalloz, 1999,

SPINHIRNY, Frédéric, *Expériences de santé à l'étranger*,

STEINER, Phillipe, *La transplantation d'organes, un commerce nouveau entre les êtres humains*, Paris, la découverte, 2010, 636p

STORA, Jean-Benjamin, *Vivre avec une greffe ; accueillir l'autre*, Paris, Editions Odile Jacob, 2005, 312p

SVANDRA, Philippe, *Comment développer la démarche éthique en unité de soins*, Bruxelles, Editions Estem, 2005, 238p

VIGARELLO, Georges, *Le propre et le sale l'hygiène du corps depuis le Moyen Age*, Paris, Seuil, 1978, 282p

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	P11
INTRODUCTION	P12-P22
PREMIERE PARTIE	
CHAPITRE I	
Définitions et polémiques autour du tourisme	P23
Origines et approches conceptuelles à revisiter	P23-P26
La controverse touriste-voyageur par le biais de Montaigne «précurseur" de la pratique médico-touristique.....	26-28
La supériorité du voyageur sur le touriste	P28- P29
Montaigne au croisement du voyageur de l'anthropologue et du patient	P29-P32
Polémique sur la déstructuration des sociétés traditionnelles par le tourisme.....	P32-P35
La valeur sociale du voyage	36-P38
CHAPITRE II	
Les termes de l'association des concepts de tourisme et de santé au niveau historique	P39
Dans l'Antiquité	P39-P41
Religion, voyage et santé au Moyen Âge par le biais du pèlerinage chrétien	P42-P46
Tourisme et santé de la Renaissance à l'époque moderne.....	P47-P48
Tourisme et santé au fil du thermalisme	49-P53
L'époque contemporaine et l'entrée des premières mesures d'hygiène en hôtellerie.....	P54-P61

CHAPITRE III

Esquisse à notre époque d'une dyade « <i>tourisme-santé</i> », aux relents multiformes.....	P62-P64
La Médecine du voyage	P67-P74
Voyage et vaccination	P74-P75
La réglementation sanitaire internationale	P75-P78
Assurances voyages et rapatriement sanitaire	P78-P82
Voyage et santé mentale.....	P82-
P86	
La dépression post-voyage	P87-P89

CHAPITRE IV

La mondialisation de la santé et ses axes de déclinaisons	P90-
P92	
La mondialisation des personnels de santé	P92-P94
Le secteur de la pharmacie dans la mondialisation et le "tourisme pharmaceutique" ..	P94-
P102	
Le rôle du tourisme dans la propagation des épidémies.....	P103-
P106	
Les épidémies de portée mondiale et leurs impacts sur l'activité touristique	P107-
P117	

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE V

Conception et réalité autour de la pratique du tourisme médical	P118
Une diversité dans la pratique pour un terme générique	P118-
P121	

Polémique autour de la validité épistémologique du concept de tourisme médical..... P122-
P130

CHAPITRE VI

Genèse et motivations du tourisme médical 130

Deux changements majeurs dans la perception du concept de la santé aux sources du
tourisme médical..... P130-
P135

Quelles motivations pour le tourisme médical ?..... P139-
P154

Quel profil pour le patient international ? P155-
P160

Le tourisme classique et l'assurance santé universelle préalables à l'essor du tourisme
médical P161-
P166

Analyse du modèle thaïlandais dans les préalables à l'essor du tourisme médical P166-
P169

Analyse du modèle chérifien pour les préalables à l'essor du tourisme médical..... P170-
P174

Chapitre VII

Permanences dans les stratégies de développement du tourisme médical P175

L'attractivité des coûts, un invariant des stratégies de développement du tourisme
Médical P175-
P179

Accréditation et système qualité, éléments incontournables des stratégies de développement
médico-touristique P179-
P184

Partenariats et participations à des réseaux pour le développement du tourisme médical
P184-P188

L'action des politiques et le jeu de la fiscalité, élément des stratégies pour l'émergence du
tourisme médical..... P188-
P190

Le rôle des intermédiaires dans les stratégies de développement du tourisme
Médical P190-
P192

Des recoupements dans les stratégies de communication sur le segment du tourisme médical
..... P192-
P197

Chapitre VIII

Les inconvénients et les avantages du tourisme médical : Ethique et suivi post-opératoire en
question..... P198-
P207

Les avantages du tourisme médical P207-
P210

Chapitre IX

Les destinations principales du segment médico-touristique au niveau mondial et les
spécialités développées P211-
P212

Les destinations de l'Asie dans le panorama du tourisme médical P212

L'Inde et son activité médico touristique P212-
P219

L'activité du tourisme médical à Singapour P219-
P221

Le tourisme médical en Corée du Sud..... P222-
P223

Le tourisme médical en Chine	P223-
P225	
L'activité médico-touristique au Japon	P226-
P227	
L'activité du tourisme médical dans le Moyen-Orient	P227
Le tourisme médical en Jordanie.....	P227-
229	
Le tourisme médical en Israël	P230-
P233	
Le tourisme médical aux Emirats Arabes Unis : Dubaï	P234-
238	
L'Amérique du sud et les caraïbes dans l'activité du tourisme médical	P238
Le tourisme médical au Brésil.....	P228-
P242	
Le tourisme médical au Costa Rica	P242-
P246	
Le tourisme médical sur l'île de Cuba	P246-
P251	
Tourisme médical en Amérique du Nord	P251
Le cas du Canada.....	P251-
P255	
Le tourisme médical aux Etats-Unis d'Amérique	P255-
P260	
Le Tourisme médical en Europe de l'Ouest	P260
Le cas de l'Allemagne	P260-
P264	

Le cas de l'Espagne.....	P265-
P269	
Le tourisme médical en Europe de L'est	P270
La situation de la Hongrie.....	P270-
P274	
Le tourisme médical en République Tchèque	P274-
P279	
Le tourisme médical dans le Maghreb	P280
Le cas de la Tunisie	P285
Proposition d'un Modèle de développement de système d'assurance santé universelle, en Côte d'Ivoire pour le développement d'un hub sous régional de santé	P285-
293	
CHAPITRE X	
La double position de la France sur le segment du tourisme médical	P294
La France en tant que pays émetteur de patients internationaux	P294-
P299	
La France en tant que pays récepteur de patients internationaux.....	P299-
P313	
Le tourisme médical à Paris et sa région.....	P314-
P316	
Le tourisme médical à Marseille	316-
P318	
Le tourisme médical à Lyon	P319-
329	
CONCLUSION.....	P329-
P339	
Bibliographie.....	P339-
P355	

Remerciements.....	P356
Tables des matières.....	357
Résumé.....	364

Remerciements

Je voudrai ici exprimer ma gratitude à toutes les personnes, professionnelles du secteur de la santé, du tourisme, amis, connaissances, famille qui ont participé directement ou indirectement à la réalisation de ce travail. Je ne voudrai oublier personne, avec une pensée spéciale à, Jean-Michel Hoerner, Ickx Fontaine Gnakouri, Alfred Zebi, Guy Gnakouri, Monsieur et Madame Alain Kaikainger, Emmanuel Abalé, Marc-Aurèle Abalé, Nicolas Pépoque, Catherine Sicart et tous mes enseignants de l'IUP de Perpignan, Jean-Louis Olive, Suzanne Gilardot de l'université de Perpignan, Monsieur et Madame Gérard Canicio, Daniel Guérrini, le personnel de la Bibliothèque Municipale de Lyon, Esther Bacherot et le personnel de la documentation centrale des HCL à Lyon, Aurélie Fayard, Cécile Visconte de la clinique de la Mutualité à Lyon, Pasteur Michel Chiner, Pasteur Pierre Chiner, Pascal Yamin, Myriam Hammadi, le Député Jean Louis Touraine , Docteur Céline Choquet, Marie-Pierre Peschier, Ange Goué, Monsieur et Madame Alexandre Vigny, Mathieu Lagarde, Julie Guichard, Kevin Boiteux, Docteur Anne-Charlotte Tauty, Benjamin Gnaléga, Julie Bœuf, Xavier Tixador, Thérèse Sen Baïla, Brigitte Rondel, Dominique Morinello, Madame Cécile Adnet Cavallé des HCL, le Professeur Jean-François Guérin, Madame Sandrine Bourrat, Olivier Lefrançois. Merci aux uns pour leur contribution à la réalisation de ce travail, et aux autres pour leur soutien durant ces 18 années de vie en France.

Résumé

L'association des concepts de tourisme et de santé, est marquée par une opposition qui découle de la nature des deux concepts. Le lien entre ces deux domaines de la vie des sociétés est protéiforme, et s'inscrit dans l'histoire, les pratiques sociales et l'actualité. Cette relation se décline sous la forme du thermalisme de l'Antiquité, à la création des premiers hôpitaux pour héberger les pèlerins du Moyen Âge, et l'organisation du premier voyage à forfait par Thomas Cook en 1841, dans une campagne contre l'alcool en Angleterre. Aujourd'hui la médecine du voyage et ses recommandations pour les séjours dans les pays tropicaux, de même que les récentes épidémies de portée mondiale, et leurs incidences sur l'économie touristique, ajoutent de nouveaux démembrements à la relation entre la santé et le voyage. Mais c'est par le biais du tourisme médical que cette étude tente d'approfondir le rapport entre les deux concepts. Forme de migration moderne, on découvre un secteur économique rapportant en 2013, près de 60 milliards de dollars, et un modèle économique que tentent de dupliquer de nombreuses destinations. Dans les préalables de ce phénomène, il y a pour ces destinations, une économie touristique efficace, et un secteur de la santé irrigué par un système d'assurance santé, sous son trait universel. Enfin le tourisme médical, dévoile sa face controversée, celle de l'Éthique re-questionnée dans la PMA, ou pour les suites médicales de la pratique, avec les problèmes post-opératoires. Mais c'est surtout sous la forme d'une nouvelle mise en valeur des territoires urbains, que pèse désormais le tourisme médical, en France et ailleurs aussi.