

TOURISME MEDICAL VERSUS IMMIGRATION THERAPEUTIQUE : DES CATEGORIES EXOGENES REDUCTRICES

Cet article est en partie la traduction française d'une première version publiée en 2015 dans *Journal of Intercultural Studies* sous le titre : « Care and migration experiences among foreign female cancer patients in France: neither medical tourism or therapeutic immigration », vol. 36, n°6, p. 641-657.

Anaïk PIAN

MCF en sociologie, Université de Strasbourg (DynamE)

anaikpian@yahoo.fr

RESUME : A partir du cas de femmes maghrébines et africaines atteintes de cancer, venant en France où elles reçoivent un traitement anti-cancéreux, l'article met en lumière la diversité des expériences dont rend difficilement compte la catégorie générique de mobilités thérapeutiques, appliquée à la situation de personnes étrangères en quête de soins. Il montre comment la dimension spatiale est indispensable pour comprendre la manière dont ces femmes utilisent l'offre de soin et, plus largement, saisir les inégalités qu'elles perçoivent, les moyens par lesquels elles tentent d'y faire face et les effets produits sur les parcours de vie. L'article contribue ainsi à déconstruire la dichotomie, fréquente dans la littérature, entre tourisme médical et immigration thérapeutique : dichotomie renvoyant plus à des catégories exogènes, liées au gouvernement des populations et à des régimes de légitimité distincts, qu'à une expérience anthropologique.

INTRODUCTION

Recouvrant différents types d'acteurs et de pratiques, les mobilités thérapeutiques réfèrent à la circulation des savoirs, des professionnels de santé et des individus à la recherche de soins (Sakoyan J., Musso S. et Mulot S., 2011). Elles soulèvent entre autres, du point de vue des Etats receveurs, la question de la légitimité/illégitimité à venir demander et à recevoir des soins sur un territoire national donné. Ces enjeux recourent pour partie les distinctions faites dans la littérature entre tourisme médical et immigration thérapeutique.

Dans un rapport datant de 2012, Tremblay définit le tourisme médical de la manière suivante : « différent d'une urgence médicale à l'étranger ou de l'obtention de soins lors d'un séjour prolongé dans un autre pays, le tourisme médical désigne, de manière générale, le fait de voyager outre frontière afin d'obtenir des soins de santé, qui peuvent, ou pas, être offerts dans le pays de résidence et dont les coûts sont assumés par le patient » (p. 1). Même s'il n'existe pas de définition unifiée du tourisme médical (Lunt N. et al. 2011) - certains auteurs le distinguant du

tourisme de bien-être, d'autres non-, il est associé au fait de voyager à l'étranger en vue de recevoir des soins (Sobo E.-J., 2009 ; Roberts E. et Sheper-Hughes N., 2011). A ce propos, Chasles (2011) fait remarquer que depuis les années 1980, le terme englobe de plus en plus des pathologies lourdes (cancer, problèmes cardiaques, etc.), ce qui rend d'autant plus problématique l'association entre mobilités liées aux soins (et, partant, à la maladie) et activités de loisirs sous-tendues par le terme « tourisme ». Dans la littérature, le tourisme médical, qui peut être transfrontalier¹ ou impliquer de longues distances, concerne autant des flux Nord-Nord, Sud-Sud, Sud-Nord que Nord-Sud². A travers

¹ On peut citer, à ce propos, l'article de presse de Célia Garcia-Montero publié le 05.04. 2016 dans *rue 89* sous le titre « Pourquoi des Alsaciens sont tentés de se faire soigner en Allemagne ».

² Marquant alors, comme le souligne Chasles (2011), une rupture – du moins en partie- avec des représentations antérieures où les pays du Sud étaient perçus comme à risque pour la santé des ressortissants des pays occidentaux.

un modèle d'analyse push/pull, des études (Nys J.F., 2010 ; Crooks V. et *al.*, 2010) s'attachent à saisir les motivations des individus y ayant recours (coût des soins, qualité/spécialisation, accès à des procédures non autorisées dans le pays d'origine – en matière de procréation par exemple -, délais d'attente ou encore opportunités de combiner tourisme et soins, etc.) et ont pointé les risques associés à ces pratiques (complications post-opératoires, etc.). Mettant en avant les facteurs socio-démographiques, économiques et politiques favorables à son développement, des études montrent comment le tourisme médical peut être activement soutenu par les Etats et des agences de voyage spécialisées (Nys N., 2010 ; Lee M., Han H. et Lockyer T., 2012 ; Labonté R., 2013). Les populations concernées sont alors vues comme drainant des mannes financières importantes au profit des pays receveurs même si des travaux (Wilson A., 2011 ; Ormond M., Mun W.K., Khoon C.C., 2014) pointent les possibles effets pervers pour les pays le promouvant (en ce qui concerne, par exemple, la structuration nationale de l'offre de soins, l'accès aux soins des populations locales, etc.).

A contrario, dans la littérature, l'usage du terme immigration thérapeutique est plutôt unilatéralement appliqué aux populations (plutôt pauvres) des pays en développement venant rechercher des soins dans les pays développés (ou plus développés que le leur). Ainsi, Mbaye (2009 : 55) définit l'immigration thérapeutique comme « un déplacement de personnes ou de groupes de personnes d'un pays dépourvu de soins vers un autre, dans l'objectif exclusif de bénéficier de soins inexistantes dans le pays d'origine ». Ces populations sont souvent accusées d'abuser du système de soin du pays hôte (A.-Y. Guillou 2009), de détourner un droit humanitaire en vue de s'installer indûment sur un territoire donné et de constituer un coût économique pour les sociétés concernées, n'ayant pas les moyens d'assumer à leur propre charge les coûts des soins. En France, les vifs débats qui ont eu lieu à l'Assemblée nationale en 1997 suite à l'expulsion d'un Algérien atteint du VIH-Sida en est un exemple (Mbaye, 2009). Perçues comme représentant un risque potentiel pour la santé publique (Adam-Vézina E., 2012 ; Bashford A. (dir), 2006), ces

populations le sont aussi pour les finances publiques³.

A partir de l'expérience de femmes maghrébines et africaines atteintes de cancer, venant en France où elles reçoivent un traitement anti-cancéreux, l'article se propose d'interroger la pertinence anthropologique des catégories d'immigration thérapeutique et de tourisme médical. Après une première partie présentant les modalités de l'enquête de terrain, une seconde partie s'attachera à restituer la diversité des conditions de la venue en France de ces femmes atteintes de cancer ; puis, une troisième partie mettra en évidence, le temps passant, l'évolution de leurs logiques de présence et les recompositions socio-spatiales et familiales qui y sont liées. Par logique de présence, il est fait référence à la manière dont les individus se pensent et se projettent dans un espace et horizon temporels donnés (Pian, 2009), à la fois subjectif et objectif. Au regard de ce matériau empirique, la conclusion apportera un regard critique sur les catégories de tourisme médical et d'immigration thérapeutique.

PARTIE 1. L'ENQUETE DE TERRAIN : UNE ETUDE QUALITATIVE DANS DEUX VILLES BRETONNES

L'étude s'est déroulée en Bretagne, principalement à Brest et Rennes, entre 2010 et 2013⁴. Si la Bretagne est historiquement une région de faible immigration - les immigrés « nés étrangers à l'étranger » représentant, en 2011, seulement 2,9% de la population régionale (contre 1,6% en 1999) -, leur nombre a connu une progression continue ces dernières années (Auzet L, Maillochon A.,

³ Il est toutefois intéressant de noter que ces usages dans la littérature ne recoupent pas toujours ceux des professionnels de santé rencontrés qui peuvent employer, d'une manière péjorative, le terme de tourisme médical pour désigner la quête de soins d'étrangers non solvables ou suspectés comme tels.

⁴ Elle s'inscrit dans le cadre du programme de recherche INVUSO (2010-2013) financée par l'Institut national du cancer, et menée avec les Universités de Bretagne Occidentale (Labers) et de Rennes 2 (Eso).

Tiercin Le Meur C., 2015). Entre 2006 et 2011, la population immigrée s'est accrue de 28% en Bretagne alors que la population totale de la région a connu, sur la même période, une augmentation de 4% (*Ibid.*)⁵. En 2013, toujours selon les chiffres de l'INSEE (*Ibid.*), sur l'ensemble de la région, 2131 primo-arrivants ont été concernés par la signature du Contrat d'accueil et d'intégration, dispositif obligatoire pour les étrangers souhaitant s'établir en France. Dans le même temps, les demandes d'asile ont fortement augmenté ces dernières années, même si elles restent moindre comparativement à d'autres territoires (pour l'année 2012 par exemple, le nombre de demandes d'asile en Bretagne s'élève à 1200 contre 200 en 1995)⁶.

Dans le cadre de cette étude, le choix du contexte breton⁷, dont le paysage migratoire est en évolution, relevait de plusieurs considérations.

La recherche répondait tout d'abord à un enjeu de connaissances. En effet, si les études quantitatives sur les inégalités sociales de santé touchant les étrangers et immigrés ont connu, depuis maintenant quinze ans, un essor certain en France (Juso F. et al., 2009 ; Hamel C. et Moisy M., 2016), les études qualitatives réalisées à l'échelle locale sont moins développées (Hoyez A.-C., 2011) ; en l'occurrence, aucune recherche n'avait été menée, jusqu'à ce jour, sur les étrangers atteints de cancer en Bretagne. Dans le même

temps, la recherche partait du principe que ce n'est pas parce qu'un phénomène est (pour l'heure du moins) quantitativement peu important, qu'il ne l'est pas qualitativement. Le terrain exploratoire a d'ailleurs très vite montré comment, à Brest mais aussi à Rennes, la présence proportionnellement faible des étrangers atteints de cancer dans les services de soins s'accompagnait de prises en charges complexes, accentuées par le fait que les personnels soignants comme du secteur social étaient relativement peu habitués à gérer les problématiques croisées de la migration et des traitements en cancérologie (trouver un interprète en urgence ; ouvrir des droits de prise en charge ; organiser un rapatriement sanitaire au pays d'origine, etc.).

Il reste que le caractère diffus de la population d'étude sur les territoires rennais et brestois l'a rendu difficile d'accès aux premiers abords. Numériquement minoritaires dans les services de soins hospitaliers, les réseaux d'hospitalisation à domicile et dans l'établissement régional de lutte contre le cancer, les étrangers atteints de cancer l'étaient également dans les centres de soins gratuits intervenant auprès des populations précaires, comme le Point H à Brest ou le Centre médical Louis Guilloux à Rennes⁸.

A Brest, en 2010, le Point H a pris en charge, outre des Français en situation de précarité, environ 200 personnes d'origine étrangère, la plupart étant des primo-arrivants originaires des pays de l'ex-bloc soviétique. Tous publics confondus, les principaux motifs de consultations relevaient de diabète, de maladies cardio-vasculaires, d'hyper-tension, de toxicomanie et d'alcoolisme⁹. Ces dernières années, néanmoins, Le Point H avait réorienté

⁵ Les immigrés européens restent majoritaires, et les britanniques demeurent en tête de la population immigrée. On note cependant une forte augmentation de la population originaire d'Afrique subsaharienne.

⁶ Insee Dossier Bretagne n° 1 - Mai 2015, http://www.insee.fr/fr/insee_regions/bretagne/themes/insee-dossier/IND_1/IND1_Ch9.pdf, consulté le 19/08/2016.

⁷ Rennes et Brest figurent, avec Saint-Brieuc, Lorient, Vannes et Quimper, les principales villes où se concentre la population immigrée.

⁸ Rennes et Brest figurent, avec Saint-Brieuc, Lorient, Vannes et Quimper, les principales villes où se concentre la population immigrée.

⁸ Anciennement réseau-ville-hôpital 35, le Réseau Louis Guilloux (RLG) héberge entre autre un pôle « migrant » (comprenant notamment un centre de santé, le Centre Médical Louis Guilloux), un pôle interprétariat, et porte actuellement le projet DATASAM (Dispositif d'appui technique pour l'accès aux soins des migrants), projet de régionalisation de l'accès aux soins du « public migrant précaire » soutenu par l'Agence régionale de santé.

⁹ Entretien avec un médecin du Point H.

vers les services hospitaliers quelques patientes originaires d'Afrique et du Maghreb, arrivées en France avec un visa touristique et atteintes de cancer.

En 2011, à Rennes, bien que le Centre médical Louis Guilloux soit spécifiquement destiné au public migrant (notamment primo-arrivant) en situation de précarité¹⁰, les cas de cancer relevés étaient également rares sur la période récente. Auquel cas, les intéressés avaient été réorientés vers les services hospitaliers ou le centre régional de lutte contre le cancer (avec parfois la mise à disposition d'un interprète). En 2011, les populations alors suivies au centre médical Louis Guillou étaient majoritairement issues du Caucase, de la Mongolie, de la Chine intérieure, de la Géorgie ainsi que du Congo RDC (dont des mineurs isolés). Les maladies infectieuses figuraient parmi les premières pathologies traitées¹¹.

Le caractère diffus de la population d'étude a donc conduit à diversifier les modes d'entrée sur le terrain, *via* les secteurs associatif (associations interculturelles et d'aide aux migrants sur le plan administratif), social (services sociaux hospitaliers) et médical (services hospitaliers, réseaux de cancérologie et de soins palliatifs, centre régional de lutte contre le cancer, médecins généralistes réputés pour accueillir une patientèle étrangère importante). Il faut par ailleurs préciser que les femmes atteintes de cancer et arrivées en France en qualité de touristes ne constituaient qu'une partie de la population d'étude de cette recherche, qui incluait plus largement d'autres profils migratoires : demandeurs d'asile, immigrés installés en France depuis plusieurs années dont des travailleurs immigrés retraités, sans-papiers¹².

Le volet de l'enquête ici restitué s'appuie plus précisément sur des observations dans un

¹⁰ Au Point H de Brest comme au Centre médical Louis Guilloux à Rennes, l'objectif des professionnels est de réorienter, dès que possible, les populations prises en charge dans le dispositif de droit commun.

¹¹ Entretien avec un médecin du Centre médical.

¹² Catégories dont les frontières sont poreuses et labiles dans le temps.

centre anti-cancéreux régional. Il repose également sur des entretiens auprès d'étrangères malades, des professionnels des secteurs sanitaires et sociaux, ainsi que des responsables associatifs. Comme indiqué précédemment, les patientes interviewées (une vingtaine) ont été recrutées à partir de plusieurs structures ne se limitant pas à l'établissement où ont été effectuées les observations. Pour l'ensemble des enquêtées, les récits recueillis prennent place à différents moments de la trajectoire de la maladie (des premiers diagnostics à la rémission) et à différents moments de la migration (de l'arrivée récente en France, datant d'environ un mois, à une arrivée remontant à plus d'une dizaine d'années). Il s'est avéré qu'elles étaient toutes atteintes d'un cancer du sein ou du col de l'utérus. Les thématiques suivantes ont été abordées dans les entretiens : la situation (dans le pays d'origine, les circonstances du diagnostic, les conditions de la venue en France et de l'accès aux soins, les rapports avec les éventuels proches en France et au pays depuis la maladie, les perspectives d'avenir.

Du fait du caractère « doublement sensible » du terrain (vulnérabilité des corps malades et questions administratives liées au titre de séjour des étrangers précaires), un pragmatisme méthodologique attentif aux questions éthiques et déontologiques (sur le terrain et sur le matériau) s'est avéré nécessaire. Les entretiens auprès des femmes concernées ont, le plus souvent, impliqué des rencontres renouvelées dans le temps, nécessaires pour établir une relation de confiance. L'enquête ethnographique a donné lieu à des accompagnements informels (repérage dans le système de soin et le système associatif, aide au remplissage de formulaires de demande de logement social, etc.) permettant de mieux recontextualiser les propos recueillis. Ce faisant, l'article s'appuie sur la reconstitution de quelques études de cas détaillées. Les études de cas, rappelle De Sardan (2008), ne prétendent ni ne cherchent la représentation statistique ; en revanche, elles permettent de dégager des logiques sociales révélatrices de processus sociaux plus larges¹³. En rendant compte, de manière

¹³ Cf. Egalement à ce sujet Beaud et Weber (1995).

dynamique, des logiques d'action des femmes concernées, il s'agit ici de mettre en évidence, d'un point de vue compréhensif, des expériences qui, au-delà de leur singularité, renseignent sur la manière dont se négocient, progressivement, de nouvelles formes de présence et de nouveaux rapports aux espaces vécus. Ces expériences revêtent une portée heuristique en ce qu'elles permettent d'interroger la pertinence anthropologique des catégories de tourisme médical et d'immigration thérapeutique.

PARTIE 2. LES CONDITIONS DE LA VENUE EN FRANCE ET DES DIAGNOSTICS: DES CIRCONSTANCES PLURIELLES ET PARFOIS INOPINEES

Les femmes dont il est question ont pour point commun d'être arrivées en France munies d'un visa touristique. Au moment de leur venue, elles appartenaient dans leur pays d'origine à des milieux urbains et aisés (cadres, professions libérales, commerçant(e)s ou sans activité professionnelle). Leur arrivée en France s'inscrit dans deux grands types de scénarios au regard de l'entrée dans la maladie et de la connaissance des diagnostics.

Dans un premier scénario, la venue en France est *principalement ou uniquement* motivée par des raisons de santé. Ce scénario peut être illustré par les situations suivantes.

Dans la première, le cancer est diagnostiqué dans le pays d'origine. Suite au diagnostic, la décision de suivre un traitement en France peut relever d'une décision exclusivement prise dans la sphère privée, qu'elle soit individuelle ou familiale¹⁴. La critique des systèmes de

soins dans le pays d'origine (manque de soins de qualité et de personnels qualifiés, etc.) et la conviction d'une meilleure prise en charge en France motivent ces décisions. Celles-ci prennent appui sur différents canaux d'informations (échanges avec la famille immigrée et/ou des proches au pays ayant eu une expérience de soins en France, consultation de forum et de sites internet, etc.) participant à la visibilité des soins transnationaux. Elles peuvent aussi faire l'objet de concertations avec les professionnels de santé (spécialiste ou médecin généraliste) des pays d'origine qui, ouvertement ou de manière détournée, suggèrent à leurs patients de se rendre en France. Si les praticiens concernés leur laissent entendre que les moyens médicaux dans l'hexagone leur offriront une plus grande chance de rémission, leur implication concrète reste cependant limitée : le plus souvent, ils se contentent d'évoquer le nom d'un établissement où ils ont effectué un stage, une formation ou encore de mentionner le nom d'un collègue rencontré lors d'un congrès, etc.

Dans la seconde situation, la venue en France s'inscrit dans la recherche de diagnostics fiables, suite à des symptômes persistants, non identifiés au pays d'origine, mais qui inquiètent fortement les intéressées. Baszanger (1986) conçoit le diagnostic comme une étape dans la trajectoire de maladie marquée par un consensus sur la « cause du problème » entre malades et médecins. Dans le cas des maladies chroniques, ce consensus est le fruit de négociations complexes qui impliquent un « long travail » (*Ibid*) de la part des malades pour faire reconnaître la gravité de leurs symptômes dès lors qu'ils tendent à être minimisés par les médecins. Afin de parvenir à leur reconnaissance, note l'auteure, les intéressés adoptent diverses stratégies (changement de médecin, consultation à répétition, etc.) dont procède ici la mobilité internationale. C'est le cas de Justine (53 ans, divorcée), huissier de justice au Gabon qui, en mai 2011, constate la présence d'une petite boule au sein. Elle ressent progressivement une intense fatigue puis des douleurs au niveau de la poitrine. En juin 2011, elle demande conseil à son frère, médecin en Bretagne, qui l'incite à effectuer une mammographie au Gabon, tandis que ses proches au pays relativisent les symptômes. Justine préfère se rendre en France, ayant peu

¹⁴ Face à la menace de mort que représente le cancer, il semble y avoir généralement consensus, au sein des proches, pour tenter des soins en France, les chances de « guérison » ou plus exactement de rémission étant alors considérées comme plus importantes. Un terrain dans les pays d'origine serait nécessaire pour confirmer cette hypothèse. En revanche, en cas d'échec des traitements curatifs en France et d'un pronostic vital engagé, la question du retour ou non au pays d'origine en fin de vie fait l'objet, très souvent, de vifs débats au sein de la sphère familiale, cf. Pian, 2015.

confiance dans la technicité du système de soin au Gabon. Les exemples, parmi son entourage, de personnes décédées du cancer après des diagnostics erronés au Gabon et/ou une quête de soins tardive en France, l'incite à venir au plus vite :

« *Le bilan je ne veux pas le faire au Gabon. On dit le cancer, si tu sens quelque chose, si on commence à titiller, ça se réveille toujours, donc j'ai dit 'non, je viens directement là-bas' (...).* »

- *Parce que vous pensiez que ça pouvait être un cancer ?*
- *Même pas, mais je me suis dit : 'au cas où, ça ne coûte rien de venir' » (Entretien réalisé en Bretagne, en 2012, deux mois après son arrivée en France).*

Dans la troisième situation, enfin, le cancer est diagnostiqué en France à l'occasion d'examen réalisés dans le cadre d'autres problèmes de santé, par exemple d'infertilité. La France, de plus, n'est pas nécessairement la destination initiale, comme pour Hawa, Guinéenne (37 ans, commerçante) n'arrivant pas à avoir d'enfants avec son compagnon. S'étant d'abord rendue en Allemagne où vivent certains de ses proches, elle rejoint en 2006 la Bretagne où réside une autre partie de sa famille lorsque s'annonce la nécessité de réaliser des examens approfondis. Etant francophone, pouvoir directement communiquer avec le personnel médical lui semblait important. Mais on peut aussi se demander si des contraintes administratives d'accès aux soins n'ont pas également influencé la décision de suivre un traitement contre le cancer en France.

Le second type de scénario peut être illustré par différentes situations où la venue en France est liée *entièrement ou principalement à d'autres* raisons que des problèmes de santé. Certaines femmes sont d'abord venues pour rendre visite, le temps des vacances, à des proches (ou également parfois dans le cadre de séminaires ou d'échanges professionnels). Suite à un malaise brutal impliquant un transfert aux urgences puis des examens complémentaires, un cancer est diagnostiqué. D'autres mettent à profit leur séjour sur le territoire français pour réaliser un bilan de santé dans une perspective de prévention, considérant les expertises médicales peu fiables dans leur pays d'origine – ou du moins,

moins fiables qu'en France. Dans une autre situation, enfin, des symptômes ont été identifiés par les intéressées dans leur pays d'origine mais les examens réalisés n'ont conduit à aucun diagnostic. Il s'agissait alors, pour les femmes rencontrées, de profiter de leur séjour touristique en France pour solliciter un nouvel avis médical et définitivement infirmer l'existence d'une quelconque maladie grave. A la différence du premier scénario où les raisons de santé sont déterminantes dans la venue en France, ici, les symptômes tendent à être minimisés. C'est dans cet état d'esprit que Nadia (39 ans, divorcée puis remariée, 3 enfants), inspectrice des impôts à Alger, quitte l'Algérie pour la France. Depuis un an, elle ressentait une boule au sein qui, selon son gynécologue, était anodine. Au fil des mois, elle se sent de plus en plus fatiguée et déprimée mais fait confiance à son médecin, ami de longue date. Son mari lui propose alors de passer une dizaine de jours en vacances en Bretagne, dans sa famille, afin de lui « changer les idées ». Le couple part accompagné de leur plus jeune fille (4 ans). Nadia se dit qu'elle profitera du séjour pour consulter un médecin et s'assurer que « ce n'est rien ». Mais une mammographie réalisée sur la recommandation du médecin traitant de la belle-famille révèle un cancer.

En dépit de ces différents scénarios de venue, des dimensions communes sont à relever.

Tout d'abord, la présence de membres familiaux est le plus souvent centrale dans le choix de la Bretagne comme destination. L'accueil par la famille¹⁵ constitue une ressource précieuse, qu'il s'agisse d'orienter le parent nouvellement arrivé vers un médecin généraliste, un spécialiste, un centre de soin gratuit ou une clinique¹⁶. Les réseaux familiaux

¹⁵ On voit bien ici l'interconnexion entre le local et le global.

¹⁶ Pour des raisons de proximité géographique avec leur lieu d'hébergement et/ou de rapidité des rendez-vous, il n'est pas rare que les étrangers nouvellement arrivés effectuent leurs premiers examens dans des cliniques privées. Toutefois, dès qu'un cancer est diagnostiqué, ces établissements les redirigent vers les hôpitaux publics afin de ne pas avoir à gérer les problèmes de « papiers » et de prise en

offrent également un hébergement d'appoint même si, le temps passant, la cohabitation devient souvent source de tension. Les uns ne s'attendaient pas à devoir héberger un parent malade sur la durée ; les seconds n'avaient pas envisagé de rester si longtemps.

Ensuite, ces femmes arrivées en France en qualité de touristes appartiennent à des milieux sociaux aisés dans leur pays d'origine – étant donné les conditions drastiques de délivrance des visas. Cependant, il leur demeure difficile voire impossible d'assumer seules le coût de traitements qui, dans le cadre du cancer, s'élèvent à plusieurs milliers d'euros. Autrement dit, un accès relativement facile au territoire français (pour les étrangers issus de milieux sociaux aisés, pouvant obtenir des visas touristiques) n'assure en rien un accès facile aux soins dans le cadre de traitements lourds. Tant que les étrangers sont sous le statut de touristes (c'est-à-dire tant que la durée de leur visa n'est pas expirée), ils ne relèvent d'aucune prise en charge sociale et ne sont pas éligibles à l'Aide médicale d'Etat¹⁷. Afin de diminuer le coût des soins, des professionnels de santé mettent parfois en place des solutions « bricolées » (par exemple,

charge, d'autant plus qu'ils ne possèdent pas de service social interne.

¹⁷ Créée en 2000, l'AME institue un régime spécifique d'affiliation à la sécurité sociale pour les étrangers en situation irrégulière. Jusqu'à la réforme de 2011, succédant à celle de 2003, elle était subordonnée à trois conditions : l'irrégularité du séjour, la justification de trois mois de présence et de résidence sur le territoire français ainsi que le non dépassement d'un certain seuil de ressources. La réforme de 2011 introduit entre autres une réduction du panier de soins et le paiement d'un droit de timbre de 30 euros pour les bénéficiaires majeurs. Si la loi française prévoit une procédure « Fonds pour soins urgents et vitaux » pour les étrangers ne pouvant prétendre à l'AME, la circulaire du 16 mars 2005 y exclut toutefois les titulaires de visa de court séjour (COMEDE, 2014a et b). En effet, le visa touristique ou de court séjour n'étant pas un titre de séjour, il ne donne pas droit au système de protection sociale français.

opter pour une prise en charge en ambulatoire et repousser autant que possible l'hospitalisation, même si celle-ci serait justifiée d'un point de vue médical, etc.) ; dans d'autres cas, certains patient(e)s usent de différentes « tactiques » (De Certeau, 1990) comme « perdre » leur passeport pour se retrouver en situation irrégulière plus vite. Il s'agit pour eux de sortir le plus rapidement possible du statut officiel de touriste. En effet, une fois leur visa expiré (se retrouvant donc irréguliers) les étrangers malades tentent une demande de prise en charge au titre de l'Aide médicale d'Etat et déposent généralement, avec l'appui des services sociaux des établissements de soin, une demande d'autorisation provisoire de séjour pour soins. Si celle-ci est acceptée¹⁸ (ce

¹⁸ Le droit au séjour pour soins institué en 1998 a été révisé en juin 2011 par la loi Besson et est aujourd'hui défini par l'article L 313 -11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda). La décision administrative du droit au séjour pour raison médicale appartient au préfet, après avis du médecin de l'Agence régionale de santé (ARS). En France en 2009, 74 % des demandes de régularisation pour soins ont reçu un avis favorable (de la part des médecins de l'Agence régionale de santé) et le cancer représente 4,8 % des pathologies invoquées pour ce motif (la région Bretagne a quant à elle rendu, en 2008, 2 % du total des avis). Ces données, obtenues en février 2012 auprès de la Direction générale de la santé, ne correspondent pas nécessairement aux titres de séjour effectivement délivrés par les préfetures, même si les données peuvent se corroborer. En la matière, les pratiques semblent très inégales selon les régions et les préfetures. Ainsi, dans un rapport daté de 2014a, le COMEDE (Comité pour la santé des exilés) note « un net durcissement dans l'appréciation des critères médicaux pour le droit au séjour des étrangers malades par les médecins de l'ARS Ile-de-France (ou à Paris par le médecin de la préfecture de Police), en contradiction avec l'instruction ministérielle de la DGS du 10 novembre 2011. Cette évolution s'accompagne également d'un durcissement des pratiques administratives des préfetures. En contradiction avec la réglementation, la préfecture de Paris et la préfecture des Hauts de Seine exigent, pour l'enregistrement d'une première demande de titre de séjour pour raison médicale, la preuve d'un an de présence

qui est généralement le cas dans le cadre du cancer), elle ouvre droit sous conditions de ressources à la couverture maladie universelle. Il reste que les intéressés trouvent souvent paradoxal et surtout angoissant, au regard d'une maladie susceptible d'évoluer très vite, de devoir attendre de se retrouver en situation irrégulière pour pouvoir bénéficier de ces procédures¹⁹. Un double niveau d'accessibilité est dès lors à prendre en compte : celle-ci ne se limite pas au fait de pouvoir se rendre (légalement) en France, mais elle pose aussi la question des conditions administratives et financières d'accès aux soins, sans quoi la mobilité se vide de son sens.

D'autre part, les médecins consultés en France (médecins traitant de la famille immigrée ou

spécialistes consultés à l'hôpital)²⁰ ne partagent pas nécessairement le point de vue des étrangers sur les inégalités de prise en charge entre ici et là-bas. Certains tentent de les convaincre de repartir au plus tôt arguant du fait qu'ici, les traitements sont les mêmes que ceux existants dans leur pays et qu'en conséquence, ils ne pourront « rien faire de plus ». Mais lors de ces premiers contacts, les conseils restent le plus souvent évasifs, sans que des coordonnées précises – d'établissements ou de confrères – leurs soient communiquées²¹. Par ailleurs, ces médecins sont conscients des difficultés liées à la prise en charge financière des soins même si, une fois devant le fait accompli, ils en viennent souvent à la conclusion suivante : « maintenant qu'ils sont ici, s'ils ne veulent pas repartir, on va les prendre en charge car on est là pour soigner ». Dans ces conditions, qu'implique, dans le parcours de vie de ces femmes, de rester suivre un traitement contre le cancer à l'étranger ?

PARTIE 3. SUIVRE UN TRAITEMENT ANTI-CANCEREUX EN FRANCE : DES ESPACES-TEMPS EN TENSION

Il n'est pas rare que l'annonce du cancer ou la confirmation du diagnostic s'accompagnent, en premier lieu, d'un temps suspendu où les intéressées ont du mal à se projeter dans la durée en France, avec tout ce que « rester » pour y recevoir des soins implique, tant au niveau des rapports avec les proches restés au pays que des éventuelles activités professionnelles exercées. Certaines ont tout

en France. Parfois même, ces préfectures refusent d'enregistrer la demande tant que le demandeur n'apporte pas une preuve par mois de présence en France » (p. 79). Le droit au séjour pour raison médicale peut donner lieu à la délivrance d'une carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale » (CTS) lorsque le demandeur justifie d'une résidence habituelle en France, critère interprété par les préfectures comme une résidence d'au moins un an en France ; ou il peut donner lieu à une autorisation provisoire pour soins (APS), notamment lorsque cette condition de résidence n'est pas remplie. Cependant, de nombreuses préfectures délivrent des APS au lieu de CTS. Les APS maintiennent les étrangers malades dans une situation sociale et juridique très précaire car elles n'autorisent pas à travailler et leur durée de validité se limite à quelques mois (de 3 à 6 mois renouvelables). De plus, elles rendent très difficile la sortie du territoire et ne donnent pas droit à certaines prestations sociales comme l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).

¹⁹ Même si ce point n'est pas traité dans le cadre de cet article, il convient de rappeler que des études, comme celles de Musso (2012) auprès d'étrangers atteints du VIH/Sida, ont mis en évidence la manière dont les catégories administratives, dans le cadre des autorisations provisoires de séjour pour soin, impactent les identités sociales et les formes de subjectivités.

²⁰ A qui les intéressées remettent parfois, le cas échéant, les résultats des diagnostics établis au pays d'origine.

²¹ En revanche, lorsqu'il s'agit d'organiser un retour au pays d'origine en fin de vie à la suite d'une prise en charge en France, davantage de mobilisations sont mises en place pour s'assurer d'un suivi médical au pays d'origine. Les professionnels rencontrés sont toutefois peu familiers de ces démarches qui impliquent, très souvent, le recours à des ressources ad hoc (consultations de forums spécifiques, comme le forum de la société française des accompagnants en soins palliatifs, bouches à oreilles entre confrères exerçant parfois dans d'autres régions, etc.).

d'abord envisagé de suivre un traitement tout en effectuant des allers retours réguliers avec leur pays d'origine. Mais trois dimensions viennent souvent briser ces perspectives : d'une part, les propos des médecins rappelant la gravité de la maladie ; d'autre part, la « réalité » des premiers traitements et de leurs effets secondaires ; enfin, le coût financier. Des études ont montré comment les liens avec le pays d'origine sont importants à prendre en compte pour appréhender l'état de santé des populations migrantes (Acevedo-Garcia D. et Almeida J., 2012) ; ces liens sont tout autant essentiels pour saisir l'expérience de la maladie en situation de migration et l'expérience de la migration en étant atteinte d'une maladie à caractère léta. L'articulation entre les temps incertains de la maladie et de la migration est productrice d'espaces-temps en tension. Au cœur de ces tensions, se donnent à lire des recompositions socio-spatiales et familiales. Au cours du terrain mené, nous avons pu identifier trois grands types de configuration : le déchirement, l'éclatement et le détachement²².

Quelles recompositions socio-spatiales et familiales ?

Le déchirement correspond à une configuration où les formes de soutien profanes dont peuvent bénéficier les femmes atteintes de cancer est limité du fait de l'existence de « liens faibles » (Granovetter M., 1973) avec un réseau de proches en France, tandis que le noyau dur de leur entourage demeure au pays d'origine. Dans le déchirement, c'est aussi la situation des proches restés au pays qui bascule du fait de la maladie du parent absent.

A l'annonce de son cancer, Nadia reste un an en France sans voir son époux ni ses filles. Les premiers mois, elle est hébergée par les cousins de son mari, chez lesquels elle était initialement venue en vacances. Mais la cohabitation devient vite difficile. Sa belle-famille lui fait comprendre que sa présence prolongée devient un poids. Aux tensions autour du partage de l'espace dans la maison, s'ajoute le fait que Nadia, issue d'un milieu social aisé, se retrouve matériellement dépendante de parents éloignés appartenant à

un milieu populaire. Les différences de classe accentuent les difficultés de cohabitation.

Pendant ce temps, l'organisation familiale en Algérie se recompose. La sœur cadette de Nadia, célibataire, cadre des finances publiques, vient s'installer dans la maison familiale afin d'aider son beau-frère à s'occuper des enfants. Un soutien est également apporté par la mère de Nadia. Malgré tout, Nadia raconte les difficultés de son mari pour tenir son nouveau rôle de père : amener les enfants à l'école, s'occuper des devoirs et assumer un ensemble d'activités domestiques desquelles il se tenait jusqu'alors à distance. Le couple doit aussi faire face à des difficultés financières. A la perte de l'emploi de Nadia s'ajoute la faillite de l'entreprise du mari (entrepreneur) n'arrivant plus, aux dires de Nadia, à concilier obligations familiales et activités professionnelles. Le couple n'a plus les moyens d'employer une femme de ménage et le mari a de plus en plus de mal à assumer l'ordre domestique. L'absence liée à la distance géographique accentue ces recompositions. Cette situation montre comment se faire soigner en France bouscule fortement l'institution familiale, à la fois d'un point de vue des relations parentales et conjugales mais aussi d'un point de vue économique (la perte de revenus se répercutant sur la division des tâches domestiques).

Une autre configuration relève de l'éclatement. Elle correspond à des situations où les femmes malades bénéficient d'un soutien familial en France - où réside une partie de leurs proches -, tandis qu'une autre partie de leur famille avec laquelle elles entretiennent des rapports étroits demeure au pays. Justine en fait l'expérience : deux de ses filles poursuivent leurs études supérieures dans le Sud de la France, tandis que son aînée vit au Gabon. Il en est de même de sa mère, souffrant de dépendance liée au grand âge et de laquelle Justine est très proche. En France, Justine est hébergée chez son frère qui vit dans une région éloignée de celle où ses filles étudient. Certes, ce dernier lui assure un soutien moral et pragmatique (hébergement, orientation dans le système de soins en France, etc.). Mais Justine souffre d'être séparée de sa mère et de son aînée restées au pays : pour des raisons de santé ou des problèmes de visa, ces dernières ne peuvent venir lui rendre visite et elle appréhende la séparation sur le temps long.

²² Ces configurations ne sont pas figées mais peuvent évoluer dans le temps.

L'éclatement n'est pas tant lié à la dispersion familiale en soi, mais à des possibilités de co-présence inconciliables.

Enfin, le détachement correspond à des situations où vivre la maladie à l'étranger se présente comme une échappatoire permettant d'éviter ou de contenir la stigmatisation d'un cancer considéré comme tabou ou honteux (notamment lorsqu'il touche des parties corporelles intimes) et de prendre de la distance à l'égard du cercle communautaire. C'est ainsi qu'à la suite de son cancer, Hawa a définitivement rompu avec son compagnon en Guinée. Même si elle est encore en cours de traitement, elle est aujourd'hui confiante dans l'avenir, n'excluant pas la possibilité de former un nouveau couple en France ce qui lui semblait impensable dans son pays, du fait du poids des représentations sociales du cancer et de l'infertilité. Pour elle comme pour d'autres, le cancer joue un « rôle de révélateur » en « négatif » (Sarradon Eck A., 2009), amenant à prendre conscience de contraintes sociales dont procèdent les liens au groupe social d'appartenance. Pour Hawa, être malade et soignée à l'étranger offre une manière de reprendre la main sur sa destinée personnelle dans un nouvel espace de vie.

La littérature sociologique et anthropologique a mis en évidence la complexité du rapport au temps dans l'expérience de cette maladie chronique à caractère léthal. Comme le souligne Ménoret (1999), ce rapport se caractérise par une double incertitude, portant à la fois sur le temps (durée des traitements, rémission, temps qui reste à vivre, etc.) et évoluant au cours du temps (amélioration ou dégradation de l'état de santé, etc.). Mais l'incertitude concerne autant les malades que leurs proches (Olson R.-E., 2011) et confronte à une disjonction de temporalité entre les temps du malade, de la maladie et le temps ordinaire des proches (Pourtau L., Dumas A., Amiel P., 2011). Pour appréhender l'expérience du cancer en situation de migration il apparaît cependant réducteur de s'en tenir à de seules considérations temporelles. L'incertitude temporelle se double en effet, les premiers temps du moins, d'une forte incertitude spatiale, dès lors que les intéressées ne savent pas encore si elles vont rester vivre en France ou non.

Rester : de « nouveaux » départs ?

Pour comprendre, le temps passant, la réorientation des logiques de présence de ces femmes amenées à recevoir des soins en France, il est nécessaire d'« intégrer les dimensions contextuelles des parcours » (Demazière D. et Samuel O., 2010). La volonté ou décision de « rester » tient à l'imbrication de plusieurs considérations, à la fois politiques, administratives (possibilité d'obtenir une autorisation de séjour pour soins), socio-économiques, familiales et médicales (évolution du cancer, réponse aux traitements). Lorsque la trajectoire du cancer connaît une évolution favorable, (re)construire une vie en France tend à s'inscrire, de manière typologique, dans deux registres d'expérience, mettant en regard les situations *ici* et *là-bas*.

La (re)construction d'une vie en France peut se faire en contrepoint de pertes irrémédiables du fait de l'absence prolongée du pays d'origine et de la maladie.

Nadia, par exemple, n'envisageait pas au départ une durée des soins en France excédant un an. Mais les traitements se prolongent tandis que surviennent d'autres problèmes de santé liés à une insuffisance cardiaque. L'incertitude temporelle de la prise en charge du cancer, les problèmes financiers rencontrés par la famille en Algérie, la dépression de l'une de ses filles ne supportant plus son absence, conduisent Nadia, en concertation avec son époux, à revoir ses projections initiales. Trois ans après le début des traitements, Nadia, qui a obtenu un logement social, fait une demande de regroupement familial avec l'appui d'une association. La famille vit aujourd'hui en France depuis plus de dix ans. Le mari travaille en intérim en tant qu'ouvrier ou employé. Le couple n'envisage plus de vivre en Algérie : « avec le cancer, on a tout perdu là-bas ». Pourquoi rentrer alors qu'ici la famille a pu se reconstruire ?

A contrario, la (re)construction d'une vie en France peut d'abord prendre appui sur des opportunités émergentes ici, suite à de nouvelles rencontres amoureuses, la familiarisation à un nouveau mode de vie... C'est le cas de Hawa (Guinéenne, cancer du sein) dont le mariage a été précédemment relaté.

La reconstruction d'une vie en France soulève néanmoins des enjeux communs, que cette logique s'inscrive dans un registre d'opportunités nouvelles ou en contrepoint de pertes irréversibles.

Parmi les femmes rencontrées, la volonté de s'installer durablement en France fait intervenir une dimension récurrente, afférente à l'incertitude temporelle du cancer : la crainte d'une récurrence à plus ou moins long terme qui réactive la comparaison des systèmes de soin entre ici et là-bas. La critique des dispositifs de santé et des prises en charge dans les pays d'origine concerne autant les établissements publics que privés. Outre la technicité des soins et la qualité du matériel disponible, sont mises en cause les compétences des médecins et leur « travail relationnel » (Marche, 2013 ; Marche et Pian, 2015) où se joue le rapport aux patients en tant que « sujets de soins ». A cela s'ajoute l'absence de couverture médicale étendue à l'ensemble de la population, vue comme une condition importante de l'accès aux soins. Comme il l'a été souligné, ces critiques témoignent des inégalités perçues dans le développement du marché du soin. Elles se doublent d'une teneur éminemment politique lorsque s'y adjoint une mise en cause explicite de la gouvernance. Telle cette Malgache qui accuse le gouvernement de ne rien faire pour développer le système sanitaire de Madagascar et décrit le mélange d'hypocrisie et d'inertie des médecins laissant « traîner les choses » avant de déclarer à leur patient que leur seule « chance » est d'aller se faire soigner en France. La mise en cause des gouvernements des pays d'origine peut encore aller plus loin. Dénonçant des erreurs de diagnostics voire des incompétences médicales volontairement entretenues, certains sont persuadés que le régime de leur pays cherche à accroître ses recettes financières en multipliant les frais médicaux inefficaces à la charge de la population.

D'autre part, « rester » tend à s'accompagner d'une redéfinition des positions socio-économiques. La perte de revenus liée aux activités professionnelles au pays d'origine et le coût de la vie en France se conjuguent pour engendrer une baisse du pouvoir d'achat qui se répercute sur les conditions de vie, *ici et là-bas*. Passer d'une villa à un logement social exigu ou à un hébergement chez un tiers ; solliciter des aides auprès d'une assistante

sociale de quartier ou le service social hospitalier ; recevoir des bons alimentaires ... autant de « ruptures d'intelligibilités » (Bessin M., 2009) où des rapports de dépendance (inédits) aux institutions sociales marquent les subjectivités, dans le rapport à soi et aux autres. Il serait cependant réducteur de faire une lecture en termes de simple inversion de positions dans l'espace social. Hawa, par exemple, commerçante, issue d'un milieu social aisé en Guinée, a vécu d'aides sociales au lendemain du diagnostic de son cancer, puis a trouvé un emploi aidé par l'intermédiaire d'une association locale d'aide à l'insertion sociale. Bien qu'à première vue, sa présence en France s'accompagne d'une baisse de « standing de vie », elle y acquiert une indépendance par rapport aux membres de sa famille (qui la soutenaient dans son commerce) et y voit la possibilité de nouveaux horizons professionnels, à distance des réseaux communautaires.

Comprendre les recompositions socio-spatiales et familiales en jeu, dès lors que ces femmes restent en France pour suivre un traitement contre le cancer, implique de prendre en compte différentes échelles de dimensions, tant structurelles (politiques migratoires, système sanitaire, etc.), que liées à l'évolution de la maladie ainsi qu'à des logiques d'ordre plus subjectives. En effet, au cœur de ces recompositions, interfèrent autant les conditions administratives du séjour (régularisation ; conditions d'accès aux soins, etc.), le rapport de confiance aux gouvernements dans leur capacité à soutenir un système de soins compétent que la manière dont se renégocient, ici et là-bas, les rapports aux proches et plus largement aux espaces vécus.

CONCLUSION

Ces études de cas donnent à voir des inégalités du marché du soin perçues par des femmes originaires du Maghreb et d'Afrique, et les manières par lesquelles elles tentent d'y faire face en restant se faire soigner en France. Ces inégalités se déclinent à plusieurs échelles. Elles renvoient à des inégalités politiques, économiques et sanitaires Nord/Sud, le système de soin français étant considéré, par les intéressées, comme plus fiable et compétent que celui de leur pays. Face à ces inégalités entre régions du monde –

renvoyant en outre aux rapports post-coloniaux- se greffent d'autres inégalités, liées à la fois à la possibilité de se rendre à l'étranger, mais aussi d'y recevoir un traitement adapté. Il reste que l'expérience de la mobilité de ces femmes atteintes de cancer invite à réinterroger des distinctions et présupposés fréquents apposés, dans la littérature, aux catégories d'immigration thérapeutique et de tourisme médical.

Un premier présupposé est d'ordre socio-économique. L'immigration thérapeutique serait essentiellement le fait de populations pauvres des pays en voie de développement qui chercheraient à se faire soigner, à la charge des pays développés. En revanche, comme le soulignent Roberts et Scheper-Hughes (2011), le tourisme médical est, dans une grande partie de la littérature, associé à la mobilité des « globaux » ou élites cosmopolites se distinguant des « locaux » (Bauman Z., 1999) privés du droit à cette mobilité spatiale. Roberts et Scheper-Hughes (2011 : 19) insistent alors sur le fait que le tourisme médical « does not conceive of health care as a right or an entitlement of citizens [...] but rather as a thing, a commodity, that can be bought and sold through global medical markets »²³.

Or comme il l'a été montré, la ligne de partage entre riches/pauvres ou appartenance privilégiée/non privilégiée est relative et peut évoluer dans le temps et dans l'espace, notamment du fait des expériences combinées de la maladie et de la migration. De plus, avoir accès à la mobilité (de part l'obtention de visas touristiques) ne signifie pas un accès facile aux soins (en l'absence de couverture maladie en France).

La seconde dichotomie est d'ordre temporel : qui dit tourisme médical, sous-tend une mobilité ponctuelle et limitée ; qui dit immigration thérapeutique sous-tend le fait de rester, de s'installer, pour une durée beaucoup plus longue. Cette distinction recouvre celle propre aux termes d'*immigration* et de

tourisme : autrement dit, le touriste vient et repart quand l'immigré, lui, vient et reste. Or, la mesure de cette distinction soulève des enjeux méthodologiques liés au point de vue adopté : s'agit-il d'une mesure a posteriori ? De se baser sur une durée prédéterminée ? Sur l'intentionnalité de départ ? La question de la durée est d'autant plus difficile à saisir qu'au cours des expériences viennent s'articuler différentes dimensions (à la fois sanitaires, économiques, sociales, familiales, politiques, etc.) qui, comme on l'a vu, contribuent à redéfinir les projets initiaux : en l'occurrence ici, c'est un enchevêtrement d'évènements qui conduit ces femmes à rester ce qui, au départ, n'était pas nécessairement envisagé.

Une autre dimension, enfin, est à relever. Dès lors qu'il est présenté comme « a social and medical reality that is being actively promoted by governments and by private companies in parts of the so-called developing world (Roberts E. et Scheper-Hughes N., 2011 : 9)²⁴, le tourisme médical est souvent associé, dans la littérature, à des mobilités encadrées et encouragées par les Etats. En revanche l'immigration thérapeutique serait moins balisée par le « haut ». Mais là encore, la distinction est sujette à discussion. En témoignent les conventions signées par des établissements de soins avec des pays tiers (l'Algérie en l'occurrence dans le cadre de notre terrain) pour faciliter et organiser la prise en charge de patients étrangers atteints de cancer. Or, ces conventions n'ont pas toujours été reconduites, au motif, entre autres, de la création « d'un appel d'air » non contrôlé : du fait de la réputation par le bouche à oreilles de la structure dans le pays d'origine, de plus en plus de patients auraient été tentés de venir s'y faire soigner en dehors du cadre pré-établi, sans pour autant pouvoir assumer financièrement l'ensemble des soins.

En définitive, les lignes de partage entre tourisme médical et immigration thérapeutique semblent avant tout renvoyer à des régimes de légitimité distincts, porteurs d'enjeux politiques et idéologiques. Les catégories et plus précisément leurs usages ne sont ni neutres ni sans effets sur la réalité sociale. Plus qu'un

²³ Notre traduction : « doit être moins vu comme un droit ou une citoyenneté du monde, mais plutôt comme une commodité qui peut être achetée et se vend sur un marché médical mondialisé ».

²⁴ Notre traduction : « une réalité sociale et médicale activement promue par des gouvernements et compagnies privées »

acte de désignation, elles sont un acte de classification et donc de distinction et de hiérarchisation. Elles mettent en jeu les représentations de l'étranger où pèse, en fonction des origines sociale et géographique, une logique de soupçon plus ou moins forte à l'égard d'une prise en charge et/ou d'une installation illégitimes sur le territoire national. Mais ces catégories sont peu à même de rendre compte d'une expérience anthropologique²⁵. Elles dressent une frontière *a priori* entre des configurations de soin à l'étranger sans tenir compte de l'évolution des logiques de présence et de la part des contingences conduisant à rester, repartir, réorganiser un séjour s'étirant vers un « provisoire durable » (Sayad A., 1999) ou un durable provisoire. Il n'en demeure pas moins que les inégalités sociales qui conditionnent l'accès aux soins à l'heure de la mondialisation demeurent marquées. Ces inégalités rappellent combien les corps eux-mêmes sont au cœur d'enjeux politiques, à la croisée des échelles reliant le local au global et le global au local.

BIBLIOGRAPHIE

- Acevedo-Garcia D. et Almeida J., 2012, Special issue introduction: place, migration and health. *Social science and medicine*, 75, p. 2055–2059.
- Adam-Vézina E., 2012, « Femmes africaines séropositives en quête d'asile. Opportunités et contraintes de la politique migratoire canadienne », *Revue européenne des migrations internationales*, Expériences de la santé en migration, 28 (2), p. 129–148.
- Auzet L., Maillochon A., Tiercin Le Meur S. (2015), Les immigrés en Bretagne. Des profils qui se diversifient fortement, INSEE Analyses Bretagne, n°19, mai, http://www.insee.fr/fr/insee_regions/bretagne/themes/insee-analyses/INA_19/INA_19.pdf, consulté le 19/08/2016.
- Bashford A. (dir.) 2006, *Medicine at the border: disease, globalization and security, 1850 to the present*. New York: Palgrave Macmillan, 271 p.
- Baszanger I., 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie* », XXVII, 3 (27), p. 3–25.
- Bauman Z., 1999, *Le coût humain de la mondialisation*, Paris, Hachette, 180 p.
- Beaud S. et Weber F., 2010, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La découverte, 336 p.
- Bessin M., 2009, « Parcours de vie et temporalités biographiques: quelques éléments de Problématique », *Informations sociales*, 156, p. 12–21.
- Chasles V., 2011, « Se déplacer pour se faire soigner : une mobilité en expansion généralement appelée 'tourisme médical' », *Géoconfluences*, <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/géoconfluences/doc/typespace/tourisme/TourScient2.htm>, consulté le 5 avril 2016.
- Comité Médical pour Les Exilés (COMEDE), 2014a. *Migrants/étrangers en situation précaire Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels*, http://www.comede.org/IMG/pdf/guide_comede_2013.pdf, consulté le 19 janvier 2015
- Comité Médical pour Les Exilés (COMEDE), 2014b. *La santé des exilés [online]*, <http://www.comede.org/IMG/pdf/RapportComede2014.pdf>, consulté le 19 janvier 2015.
- Crooks V., et al., 2010, "What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review", *BMC health services research*, 10 (1), <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/266>, consulté le 28 juillet 2015.
- De Certeau M., 1990. *L'invention du quotidien. Tome 1. Arts de faire*, Paris, Gallimard, 416 p.
- Demazière D. et Samuel O., 2010, « Inscrire les parcours individuels dans leurs contextes »,

²⁵ Une autre confusion est ajoutée par l'usage courant du terme. Ainsi, les soignants rencontrés tendent à employer de manière péjorative le terme de « tourisme médical » dans une acceptation proche de l'usage du terme d'immigration thérapeutique dans la littérature.

- Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines, 11, <http://temporalites.revues.org/1167>, consulté le 1 octobre 2015
- Granovetter S.M., 1973, « The strength of weak ties. American journal of sociology », 78 (6), p. 1360–1380.
- Guillou A-Y., 2009, « Immigration thérapeutique, immigration pathogène. Abandonner le «parcours thérapeutique» pour l'expérience migratoire » – Commentaire, Sciences Sociales et Santé, 27 (1), p. 63–71.
- Hamel C. et Moisy M. (2016), « Migration et conditions de vie : leur impact sur la santé », In Beauchemin C., Hamel C. et Simon P. (dir.), Trajectoires et origines Enquête sur la diversité des populations en France, Paris, Ined, chapitre 9.
- Hoyez A.-C., 2011, « L'accès aux soins des migrants en France et la 'culture de l'initiative locale'. Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », Cybergeo: European journal of geography. Available from: <http://cybergeo.revues.org/24796>, consulté le 8 février 2013.
- Jusot F. et al., 2009, « Inégalités de santé liées à l'immigration en France: effet des conditions de vie ou sélection à la migration? », Revue Économique, 60 (2), p. 385–411.
- Kennedy P., 2013, « Rééquilibrer les comptes. La résilience du local et la fragilité d'une conscience globale », In: A. Caillé and S. Dufoix (dir.). Le tournant global des sciences sociales. Paris: La découverte, p. 133–151.
- Labonté R., 2013, « Overview: medical tourism today: what, who, why and where ». Transdisciplinary studies in population health series, 4 (1), <http://www.ruor.uottawa.ca/en/bitstream/handle/10393/23788/Travelling%20Well%20Essays%20in%20MedicalTourism.pdf?sequence=1>, consulté le 28 juillet 2015
- Lee M., Han H. et Lockyer T., 2012, « Medical tourism- attracting Japanese tourists for medical tourism experience », *Journal of travel and tourism experience*, 29 (1), p. 69–86.
- Lefebvre H., 1974, La Production de L'espace. Paris: Anthropos, 485 p.
- Lunt N. et al., 2011. Medical tourism: treatments, markets and health system implications: a scoping review. Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD/OCDE), <http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>, consulté le 28 juillet 2015
- Marche H. 2013, « Entre personnalisation et responsabilisation : le travail relationnel « sous pression » dans les soins oncologiques ». Quaderni, n°82, p.55-66.
- Marche H. et Pian A. 2015, « Figures de l'altérité et de l'indicibilité dans les soins oncologiques », in Hintermeyer P., Le Breton D., Profita G. (dir.), *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*, Nancy, Presses Universitaires de Lorraine, p. 141-152.
- Mbaye M.-E., 2009, « Sida et immigration thérapeutique en France: mythes et réalités ». Sciences Sociales et Santé, 27 (1), p. 43–62.
- Ménoret M., 1999, Les Temps du Cancer. Paris: CNRS, 237 p.
- Musso S., 2012, « Etre régularisé au titre de la maladie en France », Revue Corps, Num2RO Corps des affects. Corps en migrations, CNRS Editions, n° 10, p. 153-163
- Nys J-F., 2010, « Les nouveaux flux de migrations médicales », Revue Internationale et Stratégique, 77 (1), p. 24–35.
- Olivier De Sardan J.-P., 2008, La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socioanthropologique, Paris: Academia, 365 p.
- Olson, R.E., 2011, « Managing hope, denial or temporal anomie? Informal cancer carer's accounts of spouses' cancer diagnoses », Social sciences and medicine, 73, p. 904–911.
- Ormond M., Mun W.-K. et Khoon C.-C., 2014, « Medical tourism in Malaysia: how can we better identify and manage its advantages and disadvantages. Global health action », 7, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4161948/>, consulté le 3 novembre 2014

Pian A., 2009. Aux nouvelles frontières de l'Europe. L'aventure incertaine des Sénégalais au Maroc, Paris: La Dispute, 237 p.

Pian A., 2012, « De l'accès aux soins aux trajectoires du mourir. Les étrangers atteints de cancer à l'épreuve des contraintes administratives », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 2 (8), p. 101-125.

Pian A., 2015, « Ici ou là-bas? La fin de vie en situation de migrations », In: M. Bresson, F. Colomb et J.-P. Gaspar (dir.), *Les Territoires vécus de l'intervention sociale*, Paris: éd. Septentrion, p.191-200.

Pourtau, L. Dumas A. et Amiel P., 2011, « Les individus face à l'événement 'cancer' », *Temporalités*, <http://temporalites.revues.org/1531>, consulté le 13 février 2013

Roberts E. et Scheper-Hughes N. (dir.), 2011, "Special issue: medical migrations: global quests for health and life", *Body & society*, 17 (2-3).

Sakoyan J. Musso S. et Mulot S., 2011, « Quand la santé et les médecines circulent », *Anthropologie et santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 3, <http://anthropologiesante.revues.org/819>, consulté le 2 octobre 2015

Sarradon-Eck A., 2009, « Le cancer comme inscription d'une rupture biographique dans le corps », In: F. Cousson-Gélie, E. Langlois and M. Barrault, eds. *Faire face au cancer. Image du corps, image de soi*. Boulogne Billancourt: Tikinagan, p. 285-311.

Sayad A., 1999. *La double absence*. Paris: Seuil, 448 p.

Sobo E.J., 2009, « Medical travel: what it means and why it matters », *Medical anthropology*, 29 (1), p. 326-335.

Tremblay M., 2012, « Tourisme médical: quel rôle pour l'État? Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation », ENAP, 2012, 21 p. Rapport évolutif. Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec, <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/03/030293256.pdf>, consulté le 3 avril 2015

Unti J.A., 2009, "Medical and surgical tourism: the new world of health care globalization and what it means for the practicing surgeon", *Bulletin of the American college of surgeons*, 94 (4), p. 18-25.

Wilson A. 2011, "Foreign Bodies and National Scale: Medical Tourism in Thailand, *Body and Society*, Vol. 17, n° 2 -3, p. 121-137.