

Tourisme médical : problèmes éthiques dans un contexte de globalisation

Loick MENVIELLE, Lecturer, Edhec Business School
393, promenade des Anglais, 06202 Nice
04.93.18.45.10 ; loick.menvielle@edhec.edu

Nadine TOURNOIS, Professeur de Marketing, IAE de Nice
Campus Saint Jean d'Angely, 24 avenue des Diabes Bleus, 06300 Nice
04 92 00 11 00 ; nadine.tournois@unice.fr

Abstract

The globalisation of the markets brought many benefit as well as to companies to consumers. Even if certain reserves were issued, it should well be recognized that it can bring *a growth and an economic development who have as much interest for the rich countries that for the poor countries* (Reddy and Vyas, 2004, p.166). One of the most important examples illustrating this situation is related to the internationalization of the tourism industry, knowing a lot of evolutions as well as the economic side as the social aspect. Sustainable tourism, cultural tourism or more amazing medical tourism (or healthcare tourism) are some examples of the development of the sector. Consequently, these globalization of tourism industry shows limits and paradoxes¹ which will be exposed further. Among them, medical tourism was retained as a paradoxical entity in itself. Indeed the sector of health protected up to now by the authorities or states and is henceforth considered as an emerging and lucrative industry among the new *international business*.

Key word: medical tourism, health care, paradox, globalization, ethic.

Résumé

La globalisation des marchés a apporté de nombreux bénéfices aussi bien aux entreprises qu'aux consommateurs. Même si certaines réserves ont été émises, il faut bien reconnaître qu'elle peut amener *une croissance et un développement économique qui ont autant d'intérêt pour les pays riches que pour les pays pauvres* (Reddy et Vyas, 2004, p.166). Un des symptômes tant économiques que sociaux de cette globalisation nous est fourni par l'internationalisation du tourisme. Cette dernière laisse entrevoir des limites et paradoxes¹ (Azarya, 2004) qui vont être exposés plus loin. Parmi eux, le tourisme médical a été retenu en tant qu'entité paradoxale s'il en est. En effet le secteur de la santé jusqu'ici protégé de fait par les pouvoirs publics, se retrouve au cœur d'un nouveau *business international* émergent.

Mots clés : tourisme médical, soins de santé, paradoxe, globalisation, éthique.

Les auteurs remercient Nooruddin Tejani de l'Aga Khan University (Karachi, Pakistan), pour son soutien.

¹ La perte des repères culturels et la modification des modes de vie des populations locales créent une véritable *Dysneyisation* des zones d'accueil. Certes, l'arrivée de touristes permet de redynamiser l'économie mais au prix, dans certains cas, de la destruction du territoire. L'activité touristique se résume à faire vivre le consommateur dans *une bulle climatisée, aseptisée et sécurisée dans laquelle ce qu'il voit, entend ou respire a été soigneusement élaboré* (Cazes et Courade, 2004, p.250)

Introduction

Sous l'influence de divers éléments, tels que l'évolution des courants socioculturels ou l'évolution du comportement des consommateurs, le secteur de la santé est devenu, dans les pays riches, un véritable secteur de biens de consommation courante. Cette situation n'est pas sans soulever un certain nombre de questions éthiques, morales, juridiques et marketing sur lesquelles il convient de se pencher. C'est dans ce contexte postmoderne, que le développement de ce nouveau business dénommé tourisme médical est né. Certes, les offres commerciales aujourd'hui proposées permettent de répondre aux défaillances des systèmes médicaux occidentaux mais conduit à une banalisation de l'acte chirurgical et médical. L'objet de notre recherche vise à s'interroger sur le développement du tourisme médical et d'appréhender les variables incitatives à l'expansion du phénomène étudié. Parallèlement à ce constat, la thématique abordée nous guide vers une réflexion plus approfondie sur les concepts épistémologiques liés à la société de consommation et à la marchandisation de la santé. Les principes énoncés par Rawls (1971) de philosophie politique, constituent, dès lors, une base théorique essentielle à l'approche tant scientifique qu'économique du secteur médical et de son application au tourisme médical. La finalité de ces travaux est d'apporter une vision originale, tant managériale que scientifique, d'un sujet souvent galvaudé, présenté de manière réductrice ou parcellaire, qui pourtant revêt un caractère beaucoup plus complexe et parfois paradoxal.

Nous évoquons dans une première partie, les différents enjeux du secteur touristique, ses grandes tendances et la diversification opérée dans ce domaine.

En seconde partie, nous nous concentrons sur l'objet de notre recherche, le tourisme médical, pour en proposer une définition, pour nous interroger sur les implications éthiques de la marchandisation de la santé au niveau international.

1 Le tourisme et le développement d'une offre mondialisée.

1.1. Le développement du secteur touristique

Le secteur touristique constitue sans nul doute l'exemple parfait pour illustrer les effets de la mondialisation. Faut-il le rappeler, entre 2006 et 2007, le nombre de touristes internationaux a augmenté de 6%, passant de 846 millions à 898 millions d'arrivées d'après le baromètre de l'Organisation Mondiale du Tourisme (OMT, 2008). Bien que les pays leaders dans le secteur

conservent leur attractivité à l'instar de la France, l'Espagne, les Etats-Unis, l'Italie et la Chine, il convient de souligner que de nouvelles zones géographiques laissent entrevoir d'intéressantes perspectives de développement. En effet, sur les 52 millions d'arrivées supplémentaires entre 2006 et 2007, ce sont les pays en voie de développement qui enregistrent les progressions les plus fortes. Le développement économique de l'Asie, poussée par des pays comme la Chine², l'Inde mais aussi Singapour est à l'origine de la compétitivité accrue de leurs offres touristiques. De même, le Moyen Orient a connu la plus forte progression (près de 13% d'après cette même étude) de son histoire.

Néanmoins la conjoncture nous appelle à relativiser l'ensemble de ces chiffres, même si les perspectives à 2020 émanant de l'OMT restent très favorables. Force est de constater que la crise économique à laquelle s'ajoutent les incertitudes relatives à une pandémie de grippe A-H₁N₁ laisse entrevoir un fort ralentissement des flux touristiques et des retombées économiques générées par les touristes eux-mêmes sur des perspectives à court et moyen terme, conduisant aux vues des résultats du premier semestre vers une diminution au niveau mondial de 4 à 6% des arrivées de touristes internationaux (OMT, 2009). Cette baisse ayant déjà été anticipée par une réduction sévère des déplacements d'affaires à travers le monde (KDS, 2009)³. De ce panorama prospère pour la première industrie mondiale, seul le continent Africain enregistre des résultats positifs avec une augmentation de 3% du nombre d'arrivées par rapport à l'année précédente. Les offres touristiques de niche proposées par l'Afrique du Nord et le Kenya permettent de favoriser la venue de visiteurs internationaux.

1.2. Le tourisme : de la mondialisation à la création de richesse

Plus que jamais, la politique touristique impulsée par les Etats se doit de proposer des offres différenciées, originales et répondant aux exigences des consommateurs. En guise de socle à ces offres commerciales : des offres touristiques de qualité, diversifiées et surtout renouvelées. Le travail de formation, relatif à la mise à niveau des professionnels du secteur (aussi bien sur le plan du *front office* que du *back office*) constitue une démarche obligatoire pour faire face, le plus favorablement possible aux turbulences du marché. Les perspectives annoncées par l'OMT, d'ici à 2020, restent largement optimistes mais laissent entrevoir l'émergence de zones géographiques tels que l'Asie de l'Est – Pacifique, le Moyen Orient et l'Afrique. Dans ce contexte de concurrence internationale, la pérennité du tourisme et de

² L'intégration de Hong-Kong rétrocedé en 1997 par le Royaume-Uni favorise pour partie ce développement économique, principalement dans le secteur de la finance.

³ Etude KDS, leader européen de la gestion des déplacements professionnels.

l'économie qui en découle constituent sans nul doute des enjeux conséquents. Ce qui est d'autant plus vrai que le tourisme constitue pour les pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), *un des moteurs de la mondialisation, représentant de 2 à 12% du Produit Intérieur Brut, de 3 à 11% de l'emploi et environ 30% des exportations de services* pour ces pays membres (OCDE, 2008, p7). En 2009, d'après le *World Tourism and Travel Council*⁴, les recettes du tourisme international représenteront près de 9,4% du PIB (soit 5474 milliards de dollars), près de 7,6 % du total des emplois dans le monde (219 millions des emplois dans le monde) et 10,9% du total des exportations (1980 milliards de dollars)

Cependant, la répartition des richesses est inégalement répartie entre les différents acteurs et reste principalement l'apanage des pays développés (Pison, 2005)⁵. Bien que ces derniers aient un certain avantage dû à leur position de premier entrant, les pays en développement peuvent bénéficier des *avantages relatifs à leur retard*⁶ (OCDE, 2008, p15), en évitant les écueils rencontrés par les pays occidentaux principalement et en bénéficiant de ressources pratiquement intactes, une main d'œuvre bon marché et des taux de change extrêmement favorables. Sur le long terme, le secteur touristique permet d'avoir un effet multiplicateur en augmentant le niveau de vie, la qualité des infrastructures de bases et l'arrivée de devises conduisant à une redistribution des richesses entre les nations, si celle-ci est correctement menée en ce sens.

Face à cette concurrence mondiale dont les offres locales tiennent lieu d'arme commerciale, nous comprenons aisément l'importance de capter et de maîtriser au mieux la manne touristique. Toutefois, de multiples barrières interfèrent sur l'expansion des offres touristiques des pays développés ou non. Différents facteurs sont à prendre en considération, tels que le potentiel touristique qui reste très préservé dans les pays les plus pauvres et correspond à une recherche d'authenticité de la part des consommateurs. L'investissement et les infrastructures existantes ont également été intégrés au même titre que la qualité des services et du capital humain.

⁴ http://www.wttc.org/bin/pdf/original_pdf_file/exec_summary_2009.pdf

⁵ Le PNB moyen par habitant pour 2005 se chiffrait à 7970\$. Au cours de la même période, il était de 2170\$ pour l'Afrique avec des écarts allant de 580\$ pour le Malawi et 11580 pour Maurice; 18190 \$ pour l'Amérique (avec des extrêmes allant de 1730\$ pour Haïti et 37750 pour les États-Unis), 4920\$ en Asie (820\$ pour le Yémen à 28680\$ pour Hong-Kong), 18550\$ pour l'Europe (4710 pour l'Albanie à 55500 pour le Luxembourg).

⁶ Evitant la destruction du littoral comme nous pouvons le voir sur la Côte d'Azur, de proposer des offres touristiques axées autour du développement durable, de proposer un niveau d'équipement parfois supérieur à certains hôtels occidentaux.

1.3. La diversification du secteur touristique

La diversification du secteur touristique est incontestablement la caractéristique fondamentale de son évolution. Cazalais (1991), Hut (1996) et Spindler *et al.* (2003) sont d'ailleurs unanimes pour souligner l'importance de cette diversification, à l'instar du tourisme industriel⁷, ceci afin de proposer un éventail d'offres toujours plus riche et plus diversifié.

Pour ne citer que quelques exemples, nous retiendrons le tourisme religieux avec l'augmentation du nombre de pèlerins en partance pour la Mecque ou bien encore l'inauguration de dessertes vers les villes Saintes comme Lourdes ou Compostelle, mises en place par la compagnie aérienne Mistral Air, sous l'égide du Saint-Siège. Les tourismes culturels, plaisanciers ou bien encore ruraux, quant à eux, donnent du relief, certes moins atypique, mais correspondant à de réels enjeux économiques et géographiques.

De même, le tourisme durable auquel nous pouvons joindre le tourisme solidaire, puisqu'ils s'inscrivent tous deux dans une même démarche de protection de l'environnement, du respect des cultures et du développement économique des zones d'accueil, connaissent eux aussi un engouement sans précédent (Cerina, 2007), (Lozato-Giotart et Balfet, 2007). Bien sûr, ce nouveau segment de marché, comme la plupart des segments de marché relatifs à l'exploitation commerciale du développement durable ou du commerce équitable ou plus généralement de l'éthique des affaires, n'est pas sans soulever de violentes critiques. C'est le cas de Wheeler (1995) ou de Mowforth et Munt (2003), qui n'hésitent pas à le qualifier de *stratagème marketing*. A ce titre, nous pouvons émettre un certain nombre de doutes sur le développement du tourisme durable et solidaire considéré trop abusivement comme un simple outil commercial par certaines entreprises de l'industrie hôtelière. Il est vrai que le comportement du consommateur dans ce domaine est pour le moins paradoxal, notamment quand il n'hésite pas à utiliser le transport aérien pour se rendre à destination, en occultant totalement la pollution supplémentaire ainsi provoquée. De même, si l'on se tourne du côté des entreprises, on peut légitimement se demander s'il existe une réelle démarche altruiste et éthique, comme le mettent en évidence Caire (2004) ou Lansing & De Vries (2006), ou s'il s'agit tout simplement une nouvelle orientation destinée à capter de nouveaux consommateurs afin d'élargir leur portefeuille clientèles? Il est vrai en tout état de cause qu'il est paradoxal de

⁷ Notons à ce sujet que certains auteurs préfèrent utiliser le terme de « tourisme de découverte économique » afin d'intégrer des concepts supplémentaires comme le tourisme scientifique et technique si nous nous référons aux analyses de Laliberté (2005).

développer industriellement, avec toutes les nuisances induites que l'on sait, une destination touristique dans le but d'avoir une action de type « développement durable » !

Parallèlement à ce constat, et s'inscrivant dans cette dynamique d'une offre commerciale renouvelée, un nouveau segment émerge : le tourisme de santé, également connu sous la dénomination de tourisme médical.

Il ne s'agit pas là d'un segment « banal », et ce pour plusieurs raisons. D'une part, les besoins médicaux, principalement dans les pays occidentaux où la population est vieillissante, sont de plus en plus importants, tant en nombre d'interventions qu'en niveau de coûts des prestations. D'autre part, on constate à des degrés divers des défaillances des systèmes médicaux en place, dans bon nombre de pays développés ou non.

1.4. Des perspectives favorables au tourisme médical

Afin de se placer sur la scène internationale du secteur touristique, certains pays ont développé des stratégies autour de la création de clusters et de pôles d'excellence dans l'industrie touristique, une notion que nous définissons ultérieurement dans ce document.

Un secteur de cette industrie illustre parfaitement cette situation et permet d'appréhender plus aisément les échanges qui peuvent exister dans la création de ces clusters : le tourisme médical. Poussé par une demande forte, le tourisme médical représente à ce jour près de 4% du tourisme mondial. D'ici 2010, 6 millions de personnes auront recours à ce type de *tourisme* d'après une étude du cabinet Deloitte (2008) et les projections restent largement favorables à ce type de pratiques. Dans un pays développé comme les États-Unis, près de 47 millions d'américains n'ont aucune assurance santé et 120 millions ne sont assurés que partiellement (Levasseur, 2008). Ce type de pratique encourage largement le développement du tourisme médical dont la variable incitative principale est le prix. On constate que les coûts des soins pratiqués en Inde ou en Thaïlande, sont en moyenne 70 à 80% inférieurs aux prix des soins américains (Walker, 2006). A cela, il faut ajouter *le taux de change favorable* avec ces pays comme le souligne Connell (2005) ou les défaillances des systèmes médicaux (délais d'attente, non prise en charge de certains malades), notamment dans les pays anglophones, incitant encore plus les patients à bénéficier de ces offres de services à l'étranger. Toujours d'après l'étude du cabinet Deloitte, les revenus générés par le tourisme médical en 2008

s'élevaient à 60 milliards de dollars américains et avoisineraient les 100 milliards d'ici à 2010.

Afin d'attirer le plus grand nombre de touristes-patients et surtout d'en capter la manne financière qui en découle, nous avons assisté, ces dernières années à une mutation des comportements de santé et à une régionalisation du secteur médical à l'échelon mondial (Horowitz *et al.*, 2007, Menvielle, 2009). Il n'est désormais plus rare de voir des patients anglais partir en Inde pour obtenir une prothèse de hanche ou une reconstruction du genou compte tenu des délais d'attente oscillants entre 9 et 18 mois dans les hôpitaux anglais, alors que le patient pourra être admis en moins d'une semaine dans une clinique du Kerala (Graham, 2005). De même, un Américain utilisera des moyens identiques pour palier un système médical défaillant.

Selon Connell (2005) et d'après une étude du cabinet McKinsey associé à la Confederation of Indian Industry (2006), le continent Asiatique (l'Inde particulièrement) va apparaître de plus en plus comme un leader sur le marché du tourisme médical. D'après les perspectives et les tendances du marché, ces mêmes experts annoncent le chiffre de 1,2 milliard de dollars généré par ce secteur d'ici à 2012.

D'autre part, au regard de l'allongement de la durée de vie des individus et de l'augmentation croissante du nombre des seniors qui devrait atteindre la barre des 220 millions de personnes dans les pays occidentaux (Hutchinson, 2005 ; Bennett *et al.*, 2004), nous pouvons raisonnablement penser que la demande mondiale en matière de soins médicaux sera favorable à l'Inde, qui possède une des offres les plus attractives au niveau mondial (Connell, 2005). Le XXI^{ème} siècle sera médical⁸ et le tourisme médical de masse se fera en Asie. La globalisation du marché de la santé n'est plus un vain mot, et au regard des défaillances grandissantes des systèmes de santé aux Etats-Unis et en Angleterre mais aussi des fortes connexions de ces pays avec l'Asie, nous pouvons présumer que le potentiel évalué à ce jour constitue une estimation révisable à la hausse dans les années à venir. Pour le moment, ce secteur reste encore peu exploité au regard de son potentiel de croissance et laisse entrevoir de belles perspectives d'avenir notamment sur le continent Asiatique (Pritchard, 2003). Déjà

⁸ En 2003, la valeur des échanges mondiaux relatifs aux services de santé représentait près de 12 milliards USD, soit 0.75% du commerce mondial des services. L'augmentation des besoins dans le domaine médical et l'incidence démographiques constituent des variables essentielles à l'explication à la croissance du secteur (23% par an depuis 2000), d'après Lautier (2005)

Goodrich et Goodrich (1987) mettaient en évidence, dans une étude exploratoire, un marché florissant et globalisé qui se voyait déjà nanti d'un avenir prometteur.

2. Tourisme médical et positionnement épistémologique

2.1. Postmodernité et comportement face au tourisme médical

Dans ce contexte d'hypermodernité, de repenser la société, d'amener à une « certaine forme de progrès scientifique », le postmodernisme prend toute sa place et son essence face à une globalisation du marché de la santé. Sur les bases d'une société moderne où la culture de consommation est souvent dépeinte comme une nouvelle « religion », le courant postmoderne revêt un caractère central notamment sous l'angle de l'enrichissement des connaissances portant sur l'analyse du comportement des consommateurs (Lipovetsky, 1983, 1987 ; Featherstone, 1991). L'accélération des nouveaux comportements (à risque), la dénaturalisation de l'acte médical ou chirurgical en un simple achat qui devient parfois anodin, inscrit ce type de comportement dans une démarche postmoderne (Brown, 1997).

Pour Hirschman et Holbrook (1992), les liens opérés entre le paradigme de recherche, sujet à intégration d'un courant épistémologique et les méthodologies relevant de l'analyse du comportement des consommateurs sont extrêmement importants. La démarche alors entreprise permet de réintégrer l'acte et le comportement d'achat dans son contexte et d'y inclure, par voie de conséquence, de percevoir tous les aspects entourant le consommateur. Une telle orientation permet d'entrevoir des explications plus fines et d'en comprendre les raisons qui amènent les individus à se comporter de la sorte. Ainsi est-il possible de procéder à des études transversales, parfois plus riches, plus complète et plus concrètes, s'enrichissant des autres disciplines portées sur l'individu (McAlexander, Shoulten et Koenig, 2002), puisant une réflexion à la source de l'anthropologie, de l'éthnographie (Kozinet, 1998), de la sociologie (Maffesoli, 1988 ; 1996) ou du récit introspectif (Cova *et al.*, 2007).

Certes, les pourfendeurs de ce courant pourront reprocher une approche trop subjective (ou moins statistique) mais qui a, sans nul doute, le bénéfice de vouloir représenter une réalité contextualisée. Le marketing a usé de cette orientation notamment dans le cadre des études d'Holbrook et Hirschman (1982) du marketing expérientiel visant à mettre en exergue les émotions vécues par les consommateurs dans leurs choix et comportements.

Cependant, la fragmentation de la représentation de la société moderne a amené à une perte fondamentale des repères initiaux visant, dans la société postmoderne à s'interroger sur les défaillances et l'éloignement de la réalité et du présent (Vattimo, 1987 ; Brodin, 2007). La recherche d'un soi authentique, d'un socle ou de soubassements fondamentaux à l'individu a donné naissance, dans certains pays, suite à la décolonisation, une nouvelle vague de post-colonialisme (Saïd, 2005). Cette postmodernité s'intègre alors dans un cadre de référence en trois temps : « *rupture, continuité et exacerbation* » (Brodin, 2007, p108).

- ✓ *Rupture*, car c'est une remise en cause de la modernité et des concepts que celle-ci a pu véhiculer (Lyotard, 1979 ; Maffesoli, 1985),
- ✓ *Continuité*, car il existe une certaine constance des individus et de l'environnement dans lequel ils se situent, les amenant à revisiter la notion de risque (Beck, 1986).
- ✓ *Exacerbation*, car il existe désormais une dualité incontestable entre le développement et l'utilisation des nouvelles technologies induite par une société de l'urgence et de la réactivité, face à une remise en cause du comportement global de la société qui est désengagée de la réalité la concernant, aboutissant à l'adoption de comportements dépassant l'entendement.

Face à cette approche, le tourisme médical se nourrit de ce positionnement épistémologique, d'une réflexion sociologique destinée à apprécier les changements sociétaux (notamment dans le cas des approches occidentales), d'en analyser les nouveaux liens qui en émergent (Lipovetsky, 1983 ; Maffesoli, 1988). La fragmentation des marchés de la santé dans le cas du tourisme médical et de sa régionalisation à l'échelon mondial, abordent des réflexions sur le postmodernisme (Firat et Schultz, 1997). Enfin, cette approche permet d'apprécier le phénomène sous un jour plus pertinent et non moins critique ou polémique, revisitant des questions fondamentales relevant de l'éthique ou d'une remise en cause (applicable pour certains axes du tourisme médical comme la chirurgie de confort) des méta-récits modernes, c'est-à-dire à une véritable interrogation sur la condition d'émancipation de l'individu (Baudrillard, 1981).

2.2. Les questions éthiques

De nombreuses questions éthiques sous-jacentes à ce type de tourisme doivent être mises en évidence. Nous ne reviendrons pas sur les discussions relatives au concept d'éthique dans le

domaine de la gestion⁹. Toute *solution* ou une réponse préconçue pourrait engendrer une vision subjective du tourisme médical.

L'association des termes éthique et marketing fait réagir de nombreux consommateurs. Pourtant, force est de constater que le tourisme médical, plus que toute autre activité touristique, se doit d'intégrer une déontologie. Le problème ne se limite certainement pas aux simples travaux des marketeurs qui sont pour partie les premiers visés par cette démarche mais englobe des démarches responsables des praticiens, des juristes (Grant, Mason, Khan, Davis, 2005) ou plus généralement, des responsables qu'ils soient au niveau des Etats ou qu'ils soient au niveau communautaire, en ce qui concerne le champ d'application porté sur l'Union Européenne.

L'actualité française et les réformes proposées par le gouvernement font rejaillir les questions fondamentales relatives au concept pourtant bien établi, mais pas infaillible, d'une protection sociale et sanitaire pouvant migrer au sein des entités privées mutualistes¹⁰. Si une telle hypothèse devait se confirmer, c'est toute une remise en cause du système de santé qui s'en suivrait, incitant de plus en plus, à l'instar des malades des pays anglophones, à se faire hospitaliser ou soigner dans des pays étrangers.

Notons à ce sujet, que le phénomène français du tourisme médical porte principalement sur le tourisme de confort (esthétisme) mais pourrait, suite à cette mutation du plan de financement de la sécurité sociale, encourager des patients français nécessitant des soins ophtalmologiques à partir, par exemple, vers l'Europe de l'Est (Hongrie, Pologne, République Tchèque...). Les prix des lunettes, des soins et des prothèses dentaires y étant très attractifs.

En trame de fond à ce débat : la responsabilité de l'Etat dans la prise en charge du système de maladie et de soin. Les travaux de Rawls sur la *Théorie de la Justice* (1971) ou le *Libéralisme Politique* (1993) apparaissent plus que jamais d'actualité. La mise en évidence des *biens premiers*¹¹, comme la santé, est considérée par Rawls comme un bien non monnayable et

9 Ouvrage d'A. Boyer *et al.* (2002).

¹⁰L'actualité politique a soulevé une question centrale relative à l'intervention de l'Etat dans le système social de santé. Même si nous ne pouvons présumer de l'avenir de ce projet de réforme budgétaire de la sécurité sociale, émise par Madame Bachelot, Ministre de la Santé, il faut admettre que de tels questionnements accoucheront à terme de modifications plus ou moins profondes du système actuel au profit peut être des mutuelles et des assurances.

¹¹ *Primary Goods* pour reprendre les termes de Rawls (1971).

permet d'inscrire ces biens vitaux (nécessaires à l'épanouissement de tous) en biens fondamentaux, nécessaires à l'établissement du principe d'égalité de liberté.

Or, est-il encore possible de garantir aux individus un accès aux soins de manière équitable ? La privatisation du secteur médical, notamment dans les pays anglophones, laisse présager une certaine remise en cause de ces fondamentaux énoncés par Rawls, c'est-à-dire le développement d'une société inégalitaire dans laquelle il n'est pas possible de garantir une *justice sociale comme équité* ni d'établir un véritable accès aux soins pour tous. Le tourisme médical serait-il une résultante d'une éventuelle défaillance de l'Etat dans le système de politique sociale ? Dans ce cas, les pays en voie de développement ou émergents, constitueraient-ils, via le tourisme médical, une voie de secours pour les pays riches non encore capables d'assurer leur mission de justice en termes de *biens premiers* ? Si tel est le cas, même si cette situation ne répond qu'à une partie des besoins, elle est néanmoins fortement paradoxale.

D'autres nombreux paradoxes surgissent, comme la mise en place d'une politique distributive équitable dans une société dite libérale. De même, les critiques adressées à la pensée benthamienne au nom de cette même logique d'équité, alors que la théorie rawlsienne reprend certaines caractéristiques, voire parfois s'inspire fortement, *conservant des traits fondamentaux*, de l'utilitarisme (Dupuy, 1988). La discussion pourrait continuer ou se reporter sur de nombreux points, toutefois, nous préférons donner un panorama du problème rencontré et soulever ainsi quelques questions qui s'appliquent à notre champ d'action :

- ✓ Quelle est la place de l'Etat dans la considération et la prise en charge des besoins et de l'accès à la santé pour ses concitoyens ?
- ✓ Doit-il nécessairement palier les *dérives* d'un marché qui laisse entrevoir la nécessité de considérer l'individu socialement responsable dans ses actes et par conséquent dans ses choix (Dworkin, 1981) ?
- ✓ De même, dans le cas du tourisme médical et à la lecture des travaux de Sen (1987), est-il possible de concilier éthique et rationalité économique ? Serait-ce une démarche purement utopique, alors même que ce type de tourisme développe de fait une sélection de ses patients et permet à certains individus de bénéficier de soins. Une double barrière se dresse face aux principes fondamentaux énoncés par Rawls ou Sen.

Il semble que la société et les projections que Rawls a pu entreprendre laissent présumer d'un certain idéalisme qui, en se confrontant à la réalité, fait du marché médical, un marché ordinaire. Cette discussion de philosophie politique qui mêle éthique et justice, confronte deux écoles de pensées économiques. Elle retranscrit des penseurs comme Rawls du côté des défenseurs de l'intervention de l'Etat dans la vie des individus (Keynes, 1936, 2002) et de l'autre, les pourfendeurs d'un Etat plus indépendant où l'individu serait livré à lui-même comme chez Hayek (1944), Friedman (1971) ou Nozick (1974). Ce dernier, l'un des grands contestataires de la pensée rawlsienne n'y voit qu'une aberration dans le système et dénonce l'interventionnisme outrancier de Rawls. Pour Nozick, la *Théorie de la Justice* viole les droits fondamentaux des individus, ne leur permettant pas de jouir de leur liberté, contestant ainsi l'existence des *droits sociaux*. Le grand débat orthodoxe *versus* hétérodoxe est relancé, avec désormais une question d'actualité portant sur la globalisation du marché de la santé, *via* le tourisme médical. En tout état de cause, c'est le problème de la gouvernance de ce marché global qui se pose de façon aigüe.

Plutôt que de polémiquer, nous souhaitons mettre l'accent sur l'intérêt d'accroître nos connaissances sur un marché peu étudié. Démontrer que ce tourisme est une aubaine pour les consommateurs sans en mesurer les éventuelles conséquences et défaillances serait dommageable pour le consommateur. A l'inverse, partir du postulat que ce secteur émergent n'induit que des risques et des préjudices pour le touriste-patient hospitalisé en Inde ou au Maroc, se résumerait à une démarche purement hasardeuse de la part de certains détracteurs¹².

Si nous analysons le concept du tourisme médical et sa mise en forme au niveau du marketing, nous voyons apparaître deux concepts parfois jugés antagonistes avec d'un côté la médecine dont les codes éthiques et déontologiques dominent la discipline et de l'autre le marketing qui a souvent été critiqué pour ses manquements à ce niveau (Flipo et Revat, 2003). Compte tenu du phénomène de globalisation induit par la notion de tourisme lui-même, est-il possible de parler de marketing éthique à propos de cette activité? Si nous prenons le cas des labellisations qui se mettent progressivement en place, de plus en plus de garanties sont données aux consommateurs (hygiène, procédures techniques, équipement des plateaux techniques). Cela permet d'instaurer un niveau de confiance satisfaisant entre le consommateur et l'infrastructure médicale. Sous l'égide d'instituts tels que l'Harvard Medical

¹² Nous reviendrons sur ce paradoxe qui résulte dans le fait de décrire une hospitalisation à l'étranger en sous-estimant la qualité des praticiens de ces pays alors qu'une partie a été formée dans les pays occidentaux.

International, des normes destinées à permettre une certaine transparence dans les processus commerciaux aussi bien en amont de la phase de *servuction*, qu'en aval pour garantir les engagements pris par les médecins à l'égard des patients, permettent d'initier une démarche éthique dans le domaine. Dans le même temps, si des principes sont adoptés par des institutions nationales comme le CCNE (Comité consultatif national d'éthique), comme par exemple celui spécifiant qu'il faut « *mettre le vivant hors marché, grâce à l'affirmation des principes de gratuité, puis d'anonymat, et garantir la dignité de la personne* », ou encore celui spécifiant qu'il y a « *non disponibilité du corps* » (1994), il n'en demeure pas moins vrai qu'il n'existe pas au niveau international d'organe de gouvernance et de contrôle, qui permette à ce marché, de fonctionner dans des conditions satisfaisantes d'un point de vue éthique.

3. Les paradoxes du tourisme médical

Face à la mondialisation du marché de la santé, le tourisme médical se développe à une cadence importante, générant des spécialisations par zones géographiques. Le planisphère (carte 1), met en évidence l'implantation du *tourisme médical de masse* qui est désormais l'une des spécialités touristiques des pays émergents. L'Amérique du Sud, l'Asie ou, plus proche de nous, le Maghreb (pour ne citer que les exemples les plus connus) développent de véritables infrastructures et entreprises destinées à palier les défaillances et/ou à concurrencer le secteur médical des principaux pays occidentaux. La variable prix du mix marketing constitue un élément important dans le choix de l'hospitalisation à l'étranger. Il convient néanmoins, d'y associer les très longues listes d'attente pour se faire opérer, ou les problèmes relatifs à la non prise en charge par les assureurs occidentaux de certains types d'opérations (Connell, 2005).

L'ampleur du phénomène se généralise désormais aux couches moyennes de la population. Le tableau 1 permet d'avoir un aperçu du prix des hospitalisations aux Etats-Unis et dans quelques grandes destinations désormais spécialisées dans le tourisme médical.

Pour adopter une position encore plus critique, il serait possible de comparer ces options médicales d'un nouveau genre avec le marché des compagnies aériennes *low cost*. Les réactions ne se sont pas fait attendre et les détracteurs misaient sur une défaillance et un échec des entreprises du secteur. Certes, certaines entreprises se sont difficilement remises de cette

nouvelle concurrence, mais force est de constater que le bouleversement induit par l'arrivée de certaines compagnies est devenu un élément singulier dans le secteur du transport aérien. Il est vraisemblable que le tourisme médical subisse les mêmes affres, permettant par la suite la concentration des meilleurs praticiens et ouvrant de nouvelles perspectives sur des critères de qualité et de labellisation.

L'émergence de ce marché, substitut aux manquements et absences de certains Etats en matière médicale entraîne une *vulgarisation* de la prestation médicale. La santé, le bien le plus précieux, est désormais considéré comme un simple *produit*. Seuls le niveau et le type de prestation diffèrent tant en termes de perception par le consommateur, qu'en termes de spécialisation géographique.

La santé et la vie d'un individu doivent être désormais pensées en termes de biens de consommation courante, dont l'offre et l'expansion des marchés ne font que commencer. Ainsi, le schéma classique de la *consommation internationale* d'un individu, commence-t-elle à se décliner en termes de santé : aller voir son dentiste en Hongrie, subir une chirurgie du genou en Inde et passer sa convalescence au Maroc...Le tableau suivant donne à cet égard, un aperçu synthétique des grandes opérations de chirurgie dite *vitale* pour le patient. On constate que les prix des soins pratiqués en Inde ou en Thaïlande, sont en moyenne 70 à 80% inférieurs aux prix des soins américains (Walker, 2006), pour une qualité de soin identique à celle que le patient aurait pu obtenir s'il avait été hospitalisé dans un pays occidental. A cela, il faut ajouter *le taux de change favorable* avec ces pays comme le souligne Connell (2005), incitant encore plus les patients à bénéficier de ces offres de services.

Tableau 1 : Options chirurgicales dans les principaux pays du tourisme médical

<i>Intervention</i>	<i>Montant de la prise en charge par les assureurs américains</i>	<i>Prix de détail des opérations</i>	<i>Inde</i>	<i>Thaïlande</i>	<i>Singapour</i>
<i>Pontage coronarien</i>	54741\$ à 79070\$	122424\$ à 176835\$	10000\$	12000\$	20000\$
<i>Remplacement valvulaire cardiaque (simple)</i>	71401\$ à 103136\$	159326\$ à 230138\$	9500\$	10500\$	13000\$
<i>Remplacement de genou</i>	17627\$ à 25462\$	40640\$ à 58702\$	8500\$	10000\$	13000\$

Source: traduit et adapté de Subimo (Tarifs en dollars américains, incluant au moins une journée d'hospitalisation); PlanetHospital Inc. (Walker, 2006)

En revanche, si nous nous attardons sur le cas de la chirurgie de confort (chirurgie plastique principalement) la variation des prix est quant à elle moins importante, même si elle reste très avantageuse. A titre indicatif, pour ce segment de marché, une patiente a le choix entre une implantation de prothèse mammaire à Paris pour un prix moyen de 5000 euros alors que certaines cliniques du Maghreb adoptent une politique de prix plus attractive avec un prix moyen de 2000 euros.

Cette globalisation du marché de la santé, déjà mise en exergue par Horowitz *et al.* (2007) sous l'angle médical, risque très certainement de déstabiliser les offres actuelles proposées dans les pays occidentaux et, par conséquent, laisse entrevoir une sérieuse concurrence pour des segments de consommateurs très sensibles au prix ou aux délais d'attente pour une opération.

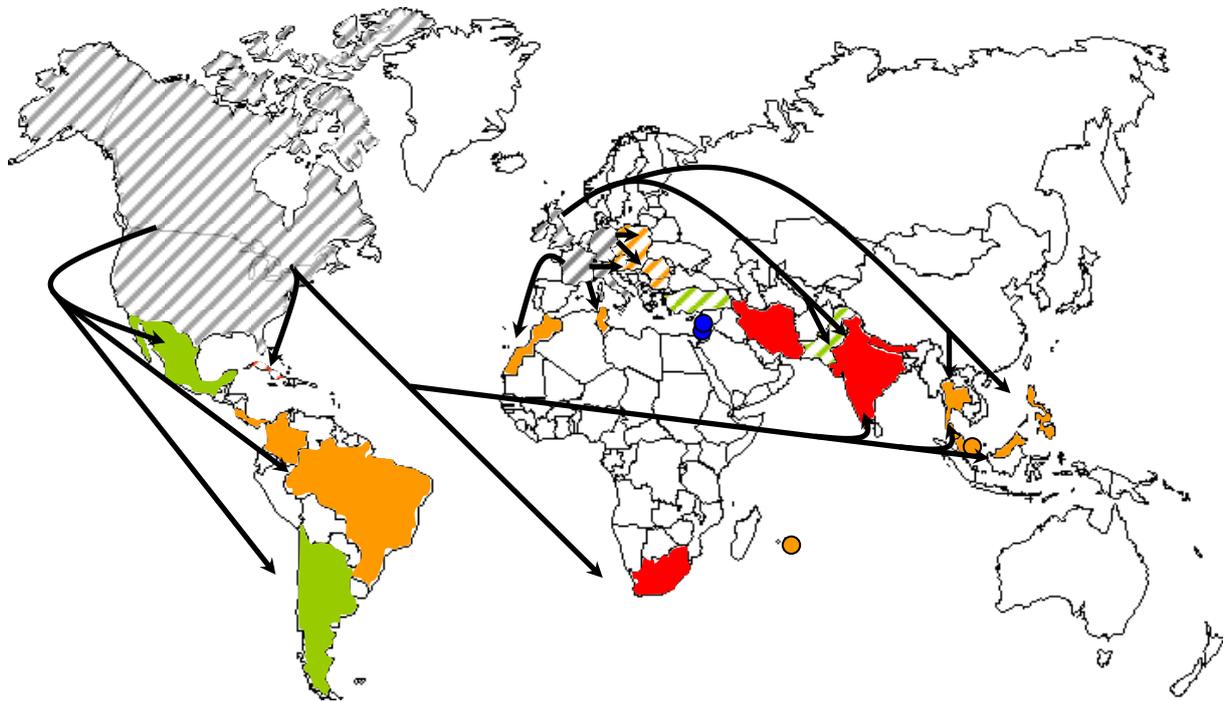
La carte de la globalisation du marché de la santé fait apparaître des relations intéressantes entre les pays concernés. Les zones grisées sont les principaux pays où la demande de soins médicaux est très forte compte tenu des variables présentées au préalable (prix, délais d'attente, non prise en charge de certaines opérations par les assureurs...).

Nous avons mis l'accent sur les relations les plus récentes et les plus surprenantes comme le fait pour un occidental d'aller se faire soigner dans des pays en développement. Les relations

inverses ont toujours existé, les économies développées ayant toujours été prestataires de soins médicaux divers auprès de ressortissants fortunés de pays en voie de développement.

De même, la totalité des relations intra-européennes ne sont volontairement pas mentionnées. Par exemple, les avortements pratiqués en Espagne ne constituent pas en soi du tourisme médical (il n'existe pas d'offres commerciales spécifiques comprenant l'intervention médicale et l'infrastructure hôtelière). En revanche, d'autres opérations pratiquées dans le pays s'inscrivent dans la droite ligne de notre étude. Enfin, signalons que les flux de patients anglais venant se faire opérer en France ou en Belgique ne sont pas non plus mentionnés sur cette carte, étant donné que la majeure partie des offres n'intègrent pas la notion relative au tourisme médical, l'intensité du risque perçu étant plus modérée et s'attache à un cadre plus conventionnel dans la démarche de relations hospitalières dans les principaux pays piliers de l'Europe occidentale (CLEISS, 2007). La démarche que nous avons souhaité adopter dans notre analyse est axée sur la notion paradoxale d'une hospitalisation dans des pays en développement, soulignant l'inversion des relations dites *habituelles* dans les relations Nord-Sud des échanges commerciaux. En effet, quoi de plus surprenant que d'aller se faire hospitaliser dans des pays où le niveau de médicalisation n'est pas des plus performants et le taux de mortalité élevé, suite à un manque de technicité très important au niveau général, pour les soins réservés à la population locale (Clift et Page, 1996). L'illustration proposée intègre en priorité les cas nord américain, anglais et français qui représentent des situations pertinentes pour présenter les grandes relations paradoxales du tourisme médical, notamment sur l'axe des relations postcoloniales. Par conséquent, l'origine culturelle, les rapprochements et les relations historiques entre Etats, inculque chez le touriste-patient, une vision spécifique du tourisme médical. Ainsi, la qualité des soins prodigués dans les infrastructures médicales indiennes, sera mieux perçue par des britanniques que par des français. Nous illustrerons à l'aide d'autres exemples des particularités complémentaires du tourisme médical notamment sous l'influence des religions.

Carte 1 : La globalisation du marché de la santé



Légende :

-  Zone de provenance des patients
-  Dominante chirurgie plastique
-  Dominante chirurgie dentaire
-  Dominante soins généraux
-  Dominante thermalisme, thalassothérapie

 Dominante chirurgie lourde (greffes, opérations du cœur, ...)

 Dominante chirurgie orthopédique

 Spécialisation chirurgie esthétique

 Spécialisation médicale de pointe (hyménoplastie, fertilisation, ...)

 Principaux flux de touristes-patients

Source : adapté de Courrier International (2008) et Connell (2005)

Dans cette droite ligne de l'analyse des paradoxes du tourisme médical, il est surprenant de voir les relations qui existent entre les pays occidentaux et les pays d'accueil et leur spécialisation.

En ce qui concerne le marché nord américain, de forts rapports existent avec les pays d'Amérique du Sud, principalement orientés vers la chirurgie de confort telle que la chirurgie plastique, dentaire ou les soins généraux d'analyses et de bilans de santé. L'Amérique du Sud avec en tête le Brésil constitue dans l'esprit du grand public une destination incontournable pour une chirurgie plastique à moindre coût mais peu de personnes auraient tendance à s'y

rendre pour y réaliser des bilans de santé ou pour suivre un traitement particulier, beaucoup moins coûteux qu'aux Etats-Unis ou au Canada.

Plus étonnant : Cuba qui constitue une destination très prisée des touristes-patients nécessitant des soins orthopédiques ou ophtalmologiques. Turner (2007) souligne le positionnement médical spécifique adopté par la république Castriste, constituant la région du continent américain la plus attractive en termes de soins en chirurgie et services orthopédiques. Goodrich (1993) parlait à l'époque d'offres médicales développées en deux temps: dans un premier temps, les spas et l'exploitation des sources thermales constituaient l'axe prédominant puis, dans un second temps, la stratégie adoptée a été de développer des pôles de compétitivité dans la chirurgie et les traitements médicaux en tous genres, tels que la chirurgie cardiaque, la traumatologie, mais aussi le suivi des patients souhaitant passer une convalescence au soleil.

Cette destination est tout du moins très surprenante et paradoxale lorsque l'on connaît véritablement la situation de précarité et de pauvreté qui existe dans ce pays et surtout le manque de moyens médicaux consacré à la population locale. Le simple fait de construire des infrastructures hospitalières de pointe est une aubaine pour les uns, un simple effet de snobisme pour les autres ou parfois même une non prise de conscience de la situation de précarité et d'hygiène qui peut exister dans ce pays. Il est évident que le touriste-patient en provenance de Montréal, Vancouver ou plus stupéfiant d'Austin au Texas ne sera pas traité dans les mêmes conditions que la population locale et souligne pour partie le fossé engendré par la globalisation de la santé.

A terme, dans une perspective pourtant peu réjouissante mais largement envisageable, nous pourrions voir les patients-résidents des pays émergents bénéficier d'un côté de soins précaires tandis qu'à quelques mètres d'eux les cliniques privées de la Havane destinées aux Occidentaux, utilisant les dernières technologies en matière d'IRM, de dialyse ou de chirurgie rétinienne, pourraient améliorer les conditions de vie des touristes-patients venus s'y faire soigner.

Le déséquilibre médical que subissent les Occidentaux dans leur propre pays, induit par une médecine à deux vitesses, génère un déséquilibre encore plus fort lorsqu'ils encouragent par leurs achats des nouveaux types de packages médicaux, reproduisant un système qu'ils ont

cherché à fuir chez eux. Il faut toutefois avouer que certains médecins et praticiens de ces pays mettent en évidence un aspect positif au tourisme médical puisqu'il permet de faire travailler de jeunes cliniciens locaux avec des outils de pointe qu'ils n'auraient pu obtenir. Quant à la possibilité de faire bénéficier les locaux des dernières avancées médicales, rien n'est encore sûr pour le moment.

L'ouverture des pays de l'Est aux économies libérales s'inscrit dans la droite ligne du développement massif du tourisme médical. Nous voyons fleurir aux portes de l'Allemagne et de l'Autriche une multitude de cliniques et de cabinets dentaires qui offrent des services très compétitifs pour ceux qui ne peuvent se payer des couronnes dentaires ou un sourire parfait. La faute au marketing et aux manquements des systèmes de remboursement de ces soins par les pays des touristes-patients ? Ce qui est sûr, c'est que cette frénésie peut être imputable pour partie à certaines dérives du marketing qui génèrent sur certains consommateurs des comportements abusifs de soins esthétiques en tous genres.

Toujours est-il que des pays comme la Pologne, la Hongrie, la Roumanie ou la République Tchèque ont su tirer parti de la situation *pour proposer au plus grand nombre des interventions dentaires à la portée de toutes les bourses* (Le Borgne, 2007, p. 49).

Notons également que la seconde spécialité médicale de ces pays, si nous pouvons nous exprimer ainsi, se situe au niveau de la fabrication de lunettes. Compte tenu des prix pratiqués dans les grands pays européens, notamment en Allemagne, bon nombre de frontaliers n'hésitent pas à se rendre dans ces pays voisins pour économiser quelques euros sur une nouvelle monture adaptée à leur vue durant un séjour dans les nouveaux Etats membres de l'Union Européenne.

Pour une chirurgie esthétique, le Maghreb constitue la région de prédilection. Le niveau de formation, les compétences linguistiques, la serviabilité du personnel médical mais aussi des infrastructures hôtelières, associés à la beauté des sites d'accueil, incitent de nombreux Français à aller se faire soigner en Tunisie ou au Maroc. La concurrence est rude pour devenir *incontournable sur le secteur de la chirurgie esthétique* (Le Borgne, 2007) mais ces deux pays déploient le maximum d'ingéniosité marketing pour séduire les consommateurs hésitants par rapport à d'autres destinations comme un *scalpel safari* en Afrique du Sud ou un *bistouri samba* au Brésil. Même si les termes employés peuvent prêter à sourire, ils ne sont que le

reflet de la dédramatisation de ce type de tourisme et soulignent un aspect inquiétant de la vulgarisation de la chirurgie en un simple acte de soin.

En clair, de tels abus de langage amènent inconsciemment le consommateur, très soucieux de son image, et donc ayant un *ego* assez développé, à prendre des risques sur sa propre intégrité physique qu'il ne prendrait jamais dans son pays d'origine, et qui sont en opposition totale avec son souci premier d'*image de soi* positive. Un paradoxe en soi.

De plus, bon nombre de patients oublient que le soleil Tunisien ou Marocain mis en évidence dans les brochures de voyages n'est qu'une simple variable incitative, un argument marketing dont ils ne pourront profiter dans la réalité. Combien de personnes, désireuses d'une chirurgie à bas prix au Maghreb, oublient que l'exposition au soleil et les coulées dans la piscine du splendide hôtel vendues par Internet ne seront pas pour elles avant au moins trois à quatre semaines, c'est-à-dire avant leur retour sur leur lieu de résidence...

Cette situation met parfaitement en évidence l'inconscience de certains touristes-patients qui ne considèrent plus les limites médicales, et oublient que la chirurgie, même esthétique, peut être à l'origine de complications voire du décès du patient. C'est n'est pas une remise en cause de la qualité réelle de la prestation chirurgicale de ces pays, qui tentent dans la mesure du possible de réduire ces risques, mais plus les réactions non prévisibles qui peuvent survenir à la suite d'une opération. N'oublions pas qu'il s'agit d'une intervention lourde et les médecins sont unanimes pour souligner ces facteurs non maîtrisables quels que soient les hôpitaux ou les pays d'accueil des patients.

Enfin, dernier grand continent émergent sur le secteur du médical : l'Asie. Selon Connell (2005) et d'après une étude du cabinet McKinsey associé à la Confederation of Indian Industry (2006), le continent Asiatique (l'Inde particulièrement) va apparaître de plus en plus comme un leader sur le marché du tourisme médical. D'après les perspectives et les tendances du marché, ces mêmes experts annoncent le chiffre de 1,2 milliard de dollars généré par ce secteur d'ici à 2012.

Au regard de l'allongement de la durée de vie des individus, de l'augmentation croissante du nombre des seniors qui devrait atteindre la barre des 220 millions de personnes dans les pays occidentaux (Hutchinson, 2005 ; Bennett *et al.*, 2004), il peut raisonnablement penser que la

demande mondiale en matière de soins médicaux sera favorable à ce pays, qui possède une des offres les plus attractives au niveau mondial, (Connell, 2005). Le XXI^{ème} siècle sera médical et le tourisme médical de masse se fera en Asie. La globalisation du marché de la santé n'est plus un vain mot, et au regard des défaillances grandissantes des systèmes de santé aux Etats-Unis et en Angleterre mais aussi des fortes connexions de ces pays avec l'Asie, nous pouvons présumer que le potentiel évalué à ce jour constitue une estimation révisable à la hausse dans les années à venir. Pour le moment, ce secteur reste encore peu exploité au regard de son potentiel de croissance et laisse entrevoir de belles perspectives d'avenir notamment sur le continent Asiatique selon Pritchard (2003). Déjà Goodrich et Goodrich (1987) mettaient en évidence, dans une étude exploratoire, un marché florissant et globalisé qui réservait un bel avenir. De nouvelles tendances sont certes apparues entre temps, mais les perspectives esquissées étaient prémonitoires.

4. Les relations postcoloniales et les dérives d'un système

Deux éléments méritent d'être précisés dans le cadre de cette analyse. Le premier est relatif aux relations qui existent entre les anciennes grandes puissances et leurs colonies, le second met en évidence les dérives relatives à ce type de tourisme.

La carte de la globalisation du marché de la santé (présentée en section 3) fait apparaître de grands rapprochements entre les anciennes puissances dominantes et les colonies qu'ils ont rétrocédées au cours du XX^{ème} siècle. Il est intéressant de souligner, dans cette analyse, que ces relations Nord-Sud et surtout postcoloniales constituent un paradoxe important en soi, dans l'idée d'aller chercher dans ces pays en voie de développement, des prestations de soins. En effet, pour Cooper (2001, p117), la décolonisation suivie de l'ouverture vers la mondialisation, a généré une remise en cause de l'équilibre des relations entre les nations, c'est-à-dire *une nouvelle relation entre les Etats-nations*, qui certes, réévalue le statut de ces pays, mais en aucun cas les met totalement sur le même pied d'égalité.

Repenser le système en place est donc de mise. Nous assistons à une remise en question du *vieil axe colonial centre-périphérie* (Racine, 2006, p.41) qui s'oriente vers une intégration *au cœur du système de l'ancienne puissance dominante* de nombreux intellectuels des pays en développement. Mais cette considération est d'une part assez lente et d'autre part, impose à ces derniers des règles de réussite parfois plus drastiques et plus dures que pour les autres. La

considération portée à leur égard n'est que le reflet de la vision que les occidentaux peuvent avoir sur ces pays. Même si une réelle progression est en place, elle n'est toujours vue que de manière relative et pose constamment un doute sur leurs capacités. Certes, beaucoup de préjugés et de stéréotypes entachent les perceptions des individus et ceux qui l'ignorent ne font qu'abreuer nos visions d'un point de vue réducteur.

Si de telles relations peuvent exister dans les échanges entre les anciennes colonies et les pays dominateurs de l'époque, c'est indubitablement la conséquence des relations relatives au concept théorique du post colonialisme, cher à Edward Saïd (2005) qui intègre la notion du partage de cultures communes, de rattachements et d'enrichissements intellectuels conjoints entre les différentes parties prenantes (entre Orient et Occident). Une certaine forme de supériorité envahit souvent le consommateur lorsqu'il se rend dans ces pays, imposant par là même une vision relevant parfois trop de l'idéalisme kantien. C'est ainsi que nous voyons des rapprochements culturels dans le choix touristique de la destination : les touristes-patients anglais préfèrent majoritairement se faire hospitaliser en Inde, les Allemands¹³ privilégient des soins dentaires en Hongrie ou en Pologne et les Français choisissent de subir une chirurgie plastique en Tunisie.

Bien que les travaux de Saïd incitent à débattre sur les notions coloniales et postcoloniales, il faut avouer que dans le cadre du tourisme médical de nombreuses inversions de situations sont à mettre en exergue. Longtemps sous estimées, ces anciennes colonies ont été considérées comme arriérées et non aptes à suivre la compétition mondiale. Ce concept postmoderne vise à remettre en cause l'ordre établi des relations séculaires des empires occidentaux.

Le tourisme médical suscite lui aussi de nombreux questionnements. Souvent dénigrée et reléguée au second plan, la médecine pratiquée dans ces pays émergents a su profiter des connaissances des empires colonisateurs. Les médecines marocaine, tunisienne ou bien indienne n'ont rien à envier à leurs *sœurs aînées* européennes, par exemple. Il faut avouer qu'une grande partie des praticiens qui opèrent ces touristes patients ont pour la plupart été formés aux Etats-Unis, en Angleterre ou en France, dans les plus grandes universités et instituts de médecine.

¹³ Le cas allemand est un peu particulier, puisqu'il ne s'agit pas de réelles relations postcoloniales mais de proximités culturelles et de liens économiques forts.

Dans ce débat, toute l'ambiguïté pour le touriste-patient résulte dans le fait de remettre sa vie entre les mains de chirurgiens dont ils ne connaissent ni réellement les compétences ni même le véritable professionnalisme. Quoi de plus surprenant que de confier à un individu ce qu'on a de plus cher et de plus précieux : la vie, qui est dans ce cas un inconnu total ? La réalité du tourisme médical est pourtant bien là : se faire soigner par des médecins situés à plusieurs milliers de kilomètres, sans réellement les connaître et ne les rencontrer pour la première fois que 24 heures avant une intervention. L'entendement voudrait que de telles situations ne puissent se produire ou du moins à des fréquences faibles ; or la réalité des faits mais surtout les variables incitatives (telles que le prix ou les délais d'attente) amènent ces patients d'un nouveau genre à pratiquer des comportements jugés *extrêmes*. Pour Page (2008), le touriste-patient s'engage dans des comportements paradoxaux, quittant un environnement protégé pour se confronter à des problèmes sérieux pour des personnes parfois peu habituées à voyager et dans des conditions physiques parfois peu optimales. Le moindre virus ou la moindre maladie peut alors être fatale (Behrens, 1997 ; Clift et Grabowski 1997). Pourtant force est de constater que les grandes zones géographiques d'implantation du tourisme médical regorgent de problèmes aussi bien d'ordre sanitaire (tels que la malaria ou les maladies tropicales), que le risque d'être assassiné ou kidnappé, victime d'attentats ou de catastrophes naturelles.

La manière de pratiquer la chirurgie et les conditions d'hygiène ne sont pas remises en cause *a contrario* des critiques véhiculées par certains détracteurs. Notre analyse se porte sur le comportement adopté par ces individus qui habituellement ne se seraient livrés à de tels agissements. Comment un patient peut-il dans ce cas appréhender la notion de risque relatif d'une part à l'intervention médicale elle-même et d'autre part au contexte géopolitique du pays dans lequel il sera traité ? Il ne faut pas non plus oublier que certains pays qui proposent ces nouveaux packages touristiques ne peuvent totalement assurer une stabilité politique. Pourquoi ne pas aller se faire opérer des yeux en Iran et visiter les charmes de la somptueuse Persépolis ? La situation dans laquelle se trouve le pays n'admet pas une telle possibilité, pourtant la réalité est toute autre¹⁴.

¹⁴ Nous invitons le lecteur à se rendre sur le site internet <http://www.surgeryiniran.com/> où il pourra juger par lui-même de la situation.

5. Le tourisme médical ou l'Art d'allier santé et religion

Même si nous ne l'avons pas évoqué directement, en plus des relations historiques qui peuvent unir certains pays entre eux, il faut ajouter à cette réflexion les relations communautaires et religieuses qui guident des patients à aller se faire soigner dans certains pays. En effet, comme nous allons le voir ci-après, le respect de règles issues de diverses religions a paradoxalement, un effet amplificateur sur le développement du marché du tourisme médical, lequel se trouve de fait investi d'une mission de conciliation entre évolutions des sociétés et maintien des pratiques religieuses. Assez paradoxalement donc, le tourisme médical assume un rôle plus ou moins international de pacificateur social.

Par exemple, dans le cadre de cette globalisation du marché de la santé, certaines jeunes juives américaines (New-Yorkaises pour la grande majorité) désireuses d'avoir des enfants, se rendent avec leurs maris, en Israël, pour y subir une insémination artificielle comme par exemple au Tel Aviv Sourasky Medical Center.

Officiellement l'insémination artificielle n'est autorisée que sous certaines conditions par la Halakha¹⁵, c'est-à-dire seulement si le sperme destiné à la procréation vient du mari de la future mère.

Toujours est-il qu'Israël regorge de nombreux spécialistes et experts sur le sujet de l'infertilité, de la fécondation in-vitro ou des grossesses à haut risque. L'Etat Sioniste fait figure de destination de prédilection pour ces femmes et ces hommes stériles, en manque d'enfants. Ce tourisme médical de fertilisation, permet à une partie de la diaspora juive de répondre, d'une part, à un réel problème physique des individus et d'autre part, de s'enquérir de spirituel. Cependant, bien que le cœur de cible soit la population de confession juive, ces centres médicaux restent bien sûr ouverts à tous.

Le tourisme médical ne relève donc pas seulement de la simple chirurgie esthétique en Tunisie comme le présentent certains médias. La complexité de ce phénomène est bien plus importante que nous aurions pu l'imaginer et souligne l'importance des croyances religieuses dans l'évolution de ce secteur

¹⁵La Halakha désigne l'ensemble des lois, des directives morales et religieuses destinées à régir la vie quotidienne des Juifs.

Dans la droite ligne des pressions et des incitations des préceptes religieux parfois éloignés de la réalité moderne (Usta, 2000), le Liban tire profit de la recherche de virginité des femmes du monde arabe. Beyrouth est devenue depuis ces dernières années, la capitale de l'hyméoplastie¹⁶ c'est-à-dire de la reconstruction de l'hymen. Profitant d'un séjour au Liban, ces femmes s'accordent une *seconde virginité*, loin des regards critiques que peuvent porter certains fondamentalistes sur le sujet. D'autres préfèrent, d'après Appleyard (2007), lorsqu'elles ont suffisamment d'argent pour voyager, venir en Europe pour se faire opérer à la très huppée Regency Clinic d'Harley Street à Londres, mais le phénomène reste toutefois moins important qu'au Liban. Parallèlement à ce constat, signalons que la Lebanon First National Bank développe des offres de crédits pour les personnes souhaitant recourir à la chirurgie esthétique ou dentaire : *le plastic surgery loan* (Shields, 2007).

Conclusion

Nous avons présenté, tout au long de ce chapitre les paradoxes relatifs au tourisme médical et la globalisation du marché de la santé. Nous avons vu que ce type de tourisme ne peut se résumer aux simples opérations de chirurgie esthétique et soulève de nombreuses questions d'ordre éthique. Le simple fait de pouvoir sélectionner ses patients dans ce processus d'achat de packages touristiques via Internet est en soi une démarche à contre sens de la déontologie médicale. Le fait de ne connaître le dossier des patients que la veille de l'opération constitue une hérésie pour certains spécialistes. Pourtant les pressions grandissantes de la globalisation, le développement d'une médecine à double vitesse et les défaillances des infrastructures hospitalières de certains pays (prix et délais d'attente pour les opérations) poussent ces touristes-patients à franchir les océans pour aller se faire opérer en Inde, en Afrique du Sud ou à Cuba.

La planète devient désormais un véritable supermarché de la santé où l'on pourra se faire soigner les dents en Hongrie, faire un lifting au Maroc et subir une reconstruction du genou au Kerala. C'est toute une nouvelle industrie qui est train de se mettre en place générant plusieurs milliards d'euros de chiffres d'affaires, mais dans cette course effrénée de la conquête du touriste, nous en arrivons à dénaturer et à « désacraliser » le médical, remettant entre les mains de ceux, que jadis nous avons sous-estimés, la notion qui nous est la plus

¹⁶ On parle dans certains cas de figure de l'hyméorrhaphie

chère, c'est-à-dire notre vie. Les concepts post coloniaux et post modernes prennent toute leur place dans cette thématique qui est trop souvent galvanisée et traitée de manière hâtive. L'analyse que nous avons souhaité apporter à notre lecteur visait à opter pour une vision globale avec une nouvelle configuration géopolitique des relations Nord-Sud, appliquée au secteur médical.

Si aujourd'hui, de nombreuses parties prenantes investissent ce secteur (hôteliers, voyagistes, cliniques), il convient de souligner les manquements actuels du système, notamment sur la gestion des risques postopératoires. Il est à craindre que de nombreux praticiens français voient venir dans leurs cabinets, dans les années à venir, de nombreux patients pour des erreurs médicales produites dans ces pays émergents. Or, ce secteur fait l'objet d'un véritable vide juridique pour le moment, rien n'a été encore clarifié à ce niveau. Cette question du tourisme médical est à ce point épineux que beaucoup de spécialistes européens ne font qu'effleurer le problème. Il faut souligner l'interrogation de la part de l'OMS sur le sujet et le manque d'investissement dans un débat plus profond qu'il ne peut paraître à première vue. L'approche adoptée dans ce travail, vise à aboutir à une réflexion conjointe des praticiens et des chercheurs sur un domaine dont l'origine du phénomène est imputable à un désengagement de l'Etat. C'est également la possibilité de s'interroger, en marketing, sur l'approche du risque perçu chez ces consommateurs d'un nouveau genre et d'approfondir l'analyse relative à une société de consommation poussée à son paroxysme.

Références bibliographiques

Appleyard D. (2007), « The Born again Virgins », *Daily Mail*, 17 December 2007, p.3.

Azarya V. (2004), « Globalization and International Tourism in Developing Countries: Marginality as a Commercial Commodity », *Current Sociology*, 52(6), p. 949-967.

Baudrillard J. (1981), *Simulacres et simulations*, Débats, Galilée.

Bauer R.A. (1960), « Consumer Behaviour as Risk Taking », in R.S. Hancock, editor - *Dynamic marketing for a changing world*, Proceedings of the 43rd Conference of the American Marketing Association, p. 389-398.

Beck U. (1986), *La société du risque – Sur la voie d'une autre modernité*, Champs Flammarion (2001).

Bendapudi N., Leone R. P. (2003), « Psychological Implications of Customer Participation in Co-production », *Journal of marketing*, 67(1), p. 14-28.

Bennett M., King B., Milner L. (2004). « The Health Resort Sector in Australia: A Positioning Study », *Journal of Vacation Marketing*, 10(2), p. 122-138.

Bentham J. (1815), *Deontology together with a Table of the Springs of Action and Article on Utilitarianism*, A. Goldworth (ed.), Clarendon Press, Oxford, 1983.

Bentham J. (1834), *Déontologie ou science de la morale*, Bowring J. (ed.) et Laroche B. (trad), Charpentier, Paris

Behrens, R. (1997), *Important issues influencing the health of travellers*, in Clift S., Grabowski P. (eds.), *Tourism and health: Risks, research and responses*, p. 38–47, Pinter London.

Bianchi R. (2006), « Tourism and the Globalisation of Fear: Analysis the Politics of Risk and (in)security in Global Travel », *Tourism and Hospitality Research*, 7(1), p. 64-74.

Boyer A. (dir.) (2002), *L'Impossible Ethique des Entreprises*, Editions d'Organisation, Paris.

Boyer M. (1996), *L'invention du tourisme*, Gallimard, Paris.

Brodin O. (2007), « Postmodernité et étude des comportements de consommation : deux illustrations par la définition des rumeurs et les méthodes d'étude des communautés », in Salerno F. et Colas H. (Eds), *Marketing, analyses et perspectives*, Vuibert.

Brown S. (1997), *Postmodern Marketing Two: Telling Tales*, London, ITBP

Caire G. (2004), « Une évaluation critique de la politique de développement durable du groupe Accor », dans Offredi C. (dir.) *La dynamique de l'évaluation face au développement durable*, L'Harmattan, Paris.

Cazelais N. (1991), « Le tourisme industriel, une avenue pour réconcilier l'industrie et l'environnement », *Téoros*, 10(1), p. 35-38.

Cazes G., Courade G. (2004), « Les masques du tourisme », *Revue Tiers Monde*, t.XLV, n°178, avril-juin.

Cerina F. (2007), « Tourism Specialization and Environmental Sustainability in a Dynamic Economy », *Tourism Economics*, 13(4), p. 553-582.

CLEISS (2007), *Rapport Statistique – Exercice 2007*

Clift, S., Grabowski, P. (1997), *Tourism and health: Risks, research and responses*, Pinter, London.

Clift, S., Page, S. J. (1996), *Health and the international tourist*, Routledge, London.

Cohen E. (2004), *Contemporary Tourism: Diversity and Change*, Elsevier, Oxford.

Connell J. (2005), « Medical Tourism: Sea, sun sand and ... surgery », *Tourism Management*, 27, p. 1093-1100.

- Conrady R., Buck M. (2008), *Trends and issues in global tourism 2008*, Springer, Berlin.
- Cooper F. (2001), « Le concept de mondialisation sert-il à quelque chose ? Un point de vue d'historien », *Critique Internationale*, 1(10).
- Courrier International (2008). « Pourquoi nous voulons un corps parfait », Janvier, n°900: 41.
- Doucet H. (1996), *Au pays de la bioéthique : l'éthique biomédicale aux Etats-Unis*, Labor et Fides, Genève.
- Dupuy J.P. (1988), « Les paradoxes de « Théorie de la Justice », Introduction à l'œuvre de John Rawls », *Revue Esprit*, Janvier 1988, p .72-84.
- Dworkin R. (1981), « What is inequality ? Part II : Equality of Ressources », *Philosophy and public affairs*, 10, p. 283-345.
- Featherstone M. (1991), *Consumer Culture and Postmodernism*, London, Sage Publications
- Firat A.F. et Venkatesh A. (1995), "Liberatory postmodernism and the reenchantment of consumption", *Journal of Consumer Research*, 22(3), p 239-267.
- Flipo J.P. (1984), *Le management des entreprises de services*, Les Editions d'Organisation, Paris.
- Flipo J.P. (1988), « On the Intangibility of Services », *The Service Industries Journal*, 8(3), p. 286-298.
- Flipo J.P., Revat R. (2003), « Ethique et Marketing », *Cahiers de Recherche EM Lyon*, n°11, juin 2003.
- Friedman M. (1971), *Capitalisme et liberté*, Laffont, Paris.
- Garcia-Altes M.(2005), «The Development of Health Tourism Services», *Annals of Tourism Research*, 32(1), p. 262-266.
- Gartner W.C., Lime D.W. (2000), *Trends in Outdoor Recreation, Leisure and Tourism*, Cabi Publishing, New York.
- Gilbert E. (1954), *Brighton: Old ocean's bauble*, Methuen, London.
- Goodrich J.N. (1993), « Socialist Cuba: A Study of Health Tourism », *Journal of Travel Research*, 32(1), p. 36-41.
- Goodrich J.N., Goodrich G.E. (1987), « Health-care Tourism – An Exploratory Study », *Tourism Management*, 8(3), p. 217-222.
- Graham K. (2005), « It was a big leap of faith », *Guardian* 21 Juin, p. 8–9.

Grant, D., Mason, S., Khan, M., Davis, R. (2005), *Current issues in travel and tourism law*, in Wilks J., Pendergast D., Leggatt P. (eds.), *Tourism in turbulent times*, Elsevier, Oxford.

Grell G.A.C. (1994), « Ecotourism and Health Tourism in the Caribbean », *Bulletin of Eastern Caribbean Affairs*, 19(1), p. 39-45.

Hayek F. A. v. (1944), *La route de la servitude*, Puf [1985], Paris.

Hindu Business Line (The), « CII initiative to promote health tourism in Kerala », 7th March 2006, disponible à :

<http://www.thehindubusinessline.com/2006/03/07/stories/2006030702271900.htm> dernière consultation le [27/02/2008]

Hirschman E.C. et Holbrook M.B. (1992), *Postmodern Consumer Research – The Study of Consumption as Text*, Newbury Park, Sage Publications

Holbrook M.B. et Hirschman E.C. (1982), “The experiential aspects of consumption: consumer fantasies, feeling and fun”, *Journal of Consumer Research*, 9, September, p 142-154.

Horowitz M.D., Rosensweig J.A., Jones C.A. (2007), « Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace », *MedGenMed*, 2007, 9(4), p. 33-41.

Hut A. (1996), « Le Tourisme Industriel : à quelles conditions ? », *Revue Théoros*, 15(2), p. 19-22.

Hutchinson B. (2005), « Medical Tourism Growing Worldwide », *Messenger - University of Delaware Review*, 13(4).

KDS (2009) Etudes - «Les voyageurs d'affaires prudents face a la crise financière : règles strictes et visioconférence », Février 2009, Paris.

Keynes J.M. (1936), *The General Theory of Employment, Interest and Money*, The Collected Writings of John Maynard Keynes, Vol. VII, 1ère ed, Macmillan, London.

Keynes J.M. (2002), *La pauvreté dans l'abondance*, Gallimard, Paris.

Kozinet R.V. (1998), ”On netnography: initial reflections on consumer research investigations of cyberculture”, *Advances in Consumer Research*, 25, p 366-371.

Lansing P., De Vries P. (2006), « Sustainable Tourism: Ethical Alternative or Marketing Ploy », *Journal of Business Ethics*, 72(1), p. 77-85.

Laliberté M. (2005), « Le tourisme industriel, un volet du tourisme d'apprentissage », disponible à : <http://veilletourisme.ca/2005/03/07/le-tourisme-industriel-un-volet-du-tourisme-dapprentissage/> , dernière consultation le [02/10/2008]

Laroche M., Bergeron J., Goutaland C. (2003), « How Intangibility Affects Perceived Risk: the Moderating Role of Knowledge and Involvement », *Journal of Services Marketing*, 17(2), p. 122-140.

Lautier M. (2005), « Les exportations de services de santé des pays en développement », Agence Française du Développement, 25.

Le Borgne C. (2007), « Le tourisme médical : une nouvelle façon de se soigner », *Sève – Presses de Sciences Po*, 2(15).

Le Breton D. (2002), *Signes d'identité. Tatouages, piercings et autres marques corporelles*, Maitailié

Lipovetsky, G. (1983). *L'ère du vide*. Paris : Gallimard.

Lipovetsky, G. (1987). *L'empire de l'éphémère*. Paris : Gallimard.

Lozato-Giotart J.P., Balfet M. (2007), *Management du Tourisme*, 2^{ème} édition, Pearson Education, Paris.

Liotard J.F. (1979), *La Condition Postmoderne – Rapport sur le savoir*, Les Editions de Minuit

Liotard J.F. (1988), *Le Postmoderne expliqué aux enfants*, Paris, Galilée.

Maffesoli M. (1985), *La Connaissance ordinaire. Précis de sociologie compréhensive*, Librairie des Méridiens

Maffesoli, M. (1988). *Le temps des tribus*. Paris : Méridiens /Klincksieck

Maffesoli M. (1996), *Eloge de la raison sensible*, Grasset

McAlexander J.H., Shoulten J.W. et Koenig H.F. (2002), « Building brand community », *Journal of Marketing*, January, p38-54.

Menvielle L. (2009), « Les paradoxes du tourisme médical et la globalisation », in N.Tournois et E. Milliot « Les paradoxes de la globalisation des marchés », Paris : Vuibert.

Menvielle L., Menvielle W. (2007), « Medical Tourism: a New Way of Travelling », 3rd International Congress on Tourism, Athens Institute for Education and Research, July 5-6, in Athens, Greece.

Mueller H. and Lanz Kaufmann E. (2001). « Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry », *Journal of Vacation Marketing*, 7(1), p. 5-17.

Morin E. (1990), *Introduction à la pensée complexe*, ESF, Paris.

Mowforth, M., I. Munt (2003), *Tourism and Sustainability: Development and New Tourism in the Third World*, 2nd ed., Routledge, New York.

N'Goala G. (1997), « Vers une théorie générale en marketing relationnel », *Cahier de Recherche*, GRECO, IAE Montpellier II, 34 p.

Nozick R. (1974), *Anarchie, Etat et Utopie*, PUF, Paris.

Organisation de Coopération et de Développement Economique (2007), « Enhancing the Role of SMEs in Global Value Chains », document d'information, Conférence mondiale de l'OCDE, Tokyo, 31 mai-1^{er} juin 2007

Organisation Mondiale du Tourisme (2009), «World Tourism Barometer», 7(2).

Organisation Mondiale du Tourisme (2008a), «World Tourism Barometer», 6(1).

Organisation Mondiale du Tourisme (2008b), « Réponse aux turbulences de l'économie et au changement climatique », conclusions de la réunion du comité de relance du tourisme, Sharm El Shiekh, Egypte, disponible à : <http://www.unwto.org/media/news/fr/pdf/Sharm.pdf> , dernière consultation le [06/01/2009]

Page S. J. (2008), « Current Issue in Tourism: The Evolution of Travel Medicine Research: A new Research Agenda for Tourism? », *Tourism Management*, 1(9)

Pritchard C. (2003), « Asian nations fight for tourists' helath dollars », *Medical Post*, Toronto, Nov 18, 39(42), p. 54.

Proulx L. (2005), « Tourisme, santé et bien être », *Revue Téoros*, 24(3), p. 5-11.

Racine J.L. (2006), « L'Inde émergente, ou la sortie des temps postcoloniaux », *Hérodote* – 1^{er} trimestre (120), p. 28-47.

Rawls J. (1971), *Theory of Justice*, Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Rawls J. (1993), *Political Liberalism*, The John Dewey Essays in Philosophy, 4, Columbia University Press, New York.

Reddy A.C., Vyas N. (2004), « The Globalisation Paradox: A Marketing Perspective », *International Journal of Management*, 21(2), p. 166-181.

Saïd E.W. (2005), *L'Orientalisme – L'Orient crée par l'Occident*, Seuil, Paris.

Sen A.K. (1977), *Social Choice Theory: a re-examination*, *Econometrica*, 45(1), p. 53-89.

Sen A.K. (1987), *Ethique et Economie, et autres essais*, PUF, Paris.

Shields R. (2007), « Banks court Beirut beauties with cosmetic surgery loans », *Independent on Sunday* (The), 22 April.

Smith M., Kelly C. (2006), « Wellness Tourism », *Tourism Recreation Research*, 31(1), p. 1-4.

Spindler J., Durand H. (2003), *Le tourisme au XXIe siècle*, L'Harmattan, Paris.

Turner L. (2007), « Canadian Medicare and the Global Health Care Bazaar », *Policy Options*, September.

Usta I. (2000), « Hymenorrhaphy : What happens behind the Gynaecologist's closed door ? », *Journal of Medical Ethics*, 26, p. 2217-2218.

Vattimo G. (1987), *La Fin de la modernité*, Seuil.

Walker T. (2006), « Consumers go abroad in Pursuit of Cost-effective Healthcare », *Managed Healthcare Executive*, 16(7), p. 10.

Wheeler M. (1995), « Tourism Marketing Ethics: An Introduction », *International Marketing Review* 12(4), p. 38-49.

Zeithaml, V. A., Parasuraman A., Berry L.L. (1985), « Problems and Strategies in Service Marketing », *Journal of Marketing*, 49, p. 33-46.

ⁱ The loss of the cultural reference marks and the modification of the ways of life of the local populations create true *Dysneyisation* of reception areas. Admittedly, the arrival of tourists allows a new dynamism of the economy but the price, in certain cases, of the destruction of the territory. The tourist activity is summarized to make live the consumer in a *air-conditioned, sterilized and safe bubble in which what it sees, hears or breathes was carefully elaborated* (Cazes and Courade, 2004, p.250)