Se faire soigner à l'étranger

Des migrations féminines dans l'ombre ?

Anaïk Pian

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/3287>

DOI : 10.4000/hommesmigrations.3287

ISSN : 2262-3353

Éditeur

Musée national de l'histoire de l'immigration

Édition imprimée

Date de publication : 1 juillet 2015

Pagination : 83-91

ISBN : 978-2-919040-32-2

ISSN : 1142-852X

Référence électronique

Anaïk Pian, « Se faire soigner à l'étranger », *Hommes & migrations* [En ligne], 1311 | 2015, mis en ligne le 01 juillet 2018, consulté le 03 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/3287> ; DOI : 10.4000/hommesmigrations.3287

SE FAIRE SOIGNER À L'ÉTRANGER

DES MIGRATIONS FÉMININES DANS L'OMBRE ?

par ANAÏK PIAN, maître de conférences en sociologie, DynamE, université de Strasbourg.

Se faire soigner en France, quand l'on est migrant, est loin d'être simple. A fortiori quand l'on est atteint d'une maladie grave. C'est ce dont rend compte une recherche portant sur les parcours de soins des femmes primo-arrivantes atteintes d'un cancer en Bretagne. Leur statut administratif ou leur instabilité résidentielle sont autant d'éléments qui compliquent le traitement de leur maladie. Les catégories usuelles comme l'immigration thérapeutique ou le tourisme médical apparaissent alors particulièrement réductrices pour rendre compte de ces expériences complexes.

L

Les travaux qui, depuis maintenant plus d'une dizaine d'années, portent sur les migrations féminines dans le contexte de globalisation¹, ont été amenés à évoquer, en filigrane, les questions de santé et de maladie. Ces thématiques sont généralement abordées dans un cadre particulier : celui de la chaîne internationale du *care*² où des femmes, infirmières de métier ou employées domestiques, viennent s'occuper du corps des autres (garde de jeunes enfants ; aide à domicile auprès de personnes âgées dépendantes, etc.) en laissant derrière elles leur propre famille. Il reste toutefois des situations encore peu étudiées, sur lesquelles cet article propose un éclairage : celles de femmes qui,

par la migration, en viennent à prendre en charge non pas la santé d'autrui, mais la leur. À partir d'une recherche portant sur les parcours de soins des étrangers atteints d'un cancer en Bretagne, l'article présente un focus sur le cas de primo-arrivantes amenées à recevoir en France un traitement contre le cancer. Que sait-on de ces femmes, de leur profil, de leur parcours ? En quoi leur présence fait-elle débat dans un espace public particulier, le milieu hospitalier et plus spécifiquement les centres de lutte contre le cancer ? Peut-on parler de "tourisme médical", d'"immigration thérapeutique", pour qualifier leur expérience ? Ou ces catégories sont-elles réductrices ?

1. Morokvasic Morokvasic-Muller, Umut Erel, Kyoko Shinozaki (dir.), *Crossing Borders and Shifting Boundaries. Gender on the Move*, vol. 1, Opladen, Leske/Budrich, 2003. 2. Rhacel Salazar, *Servants of Globalization. Women, Migration and Domestic Service*, California, Standford University Press, 2001.

Le terrain repose sur une enquête qualitative menée en Bretagne entre 2010 et 2013 dans le cadre de la recherche INVUSO financée par l'Institut national du cancer³. Il s'appuie sur quelques observations dans un centre anti-cancéreux et, surtout, sur des entretiens formels et informels auprès d'étrangères malades (et parfois certains de leurs proches), des professionnels des secteurs sanitaires et sociaux et d'associations d'aide aux migrants.

Différents profils, différents scenarios quant aux conditions de la venue

Dans le cadre du terrain mené, trois principaux profils⁴ parmi les femmes primo-arrivantes ont pu être identifiés. Le premier concerne des femmes venues en France avec un visa touristique. Eu égard aux politiques d'immigration actuelles mar-

maladie grave. Le choix de la Bretagne comme destination semble guidé par des recommandations de professionnels de santé dans les pays d'origine (qui, par exemple, leur parlent d'un établissement dans lequel ils ont effectué un stage, etc.) ou par les réseaux communautaires du bouche à oreille. Parmi les demandeuses d'asile, certaines ont découvert être atteintes de cancer au cours de l'instruction de leur demande d'asile, tandis que d'autres ont suivi un premier traitement dans le pays d'origine et/ou arrivent au moment d'une récurrence.

Les conditions sanitaires de la venue des étrangères titulaires d'un visa touristique sont également diverses. Lorsque le cancer a fait l'objet d'un premier diagnostic dans le pays d'origine, le choix de venir se faire soigner en France repose sur la conviction d'une meilleure prise en charge dans l'Hexagone. D'autres femmes viennent en France dans l'idée de réaliser un diagnostic fiable, suite à des symptômes persistants et non identifiés, malgré parfois plusieurs examens réalisés dans leur pays ; d'autres encore saisissent l'occasion d'un séjour touristique, d'une visite à des proches ou d'un séminaire de travail pour réaliser un bilan de santé "par prévention", sans s'attendre à être atteintes d'une maladie chronique à caractère léthal. Certaines femmes, enfin, confrontées à des problèmes d'infertilité, viennent en France pour réaliser des examens médicaux, à l'issue desquels un cancer est diagnostiqué. Pour ces femmes arrivées en qualité de touristes, la venue en Bretagne plutôt que dans une autre région est le plus souvent liée à l'existence d'un réseau de proches résidant sur le territoire breton.

Deux constats méritent alors d'être pointés. En premier lieu, les raisons de santé ne sont pas toujours les principaux motifs de la venue de ces femmes en

Les raisons de santé ne sont pas toujours les principaux motifs de la venue de ces femmes en France.

quées par des conditions drastiques de délivrance des visas, ces femmes, vivant en milieu urbain dans leur pays d'origine, sont issues de milieux sociaux plutôt aisés. Elles sont originaires, parmi celles rencontrées, de pays d'Afrique et du Maghreb. Le second profil concerne des femmes en situation irrégulière, et le troisième des demandeuses d'asile. Issues de milieux sociaux hétérogènes (professions supérieures, classes moyennes ou populaires), urbains ou ruraux, ces deux dernières catégories d'étrangères sont majoritairement originaires d'Afrique et des pays de l'ex-bloc soviétique.

S'agissant des femmes en situation irrégulière, la plupart, parmi les cas relevés, sont venues en France se sachant atteintes d'un cancer ou du moins d'une

3. L'étude a été réalisée au sein du Labers (université de Bretagne occidentale). 4. Labiles dans le temps.

5. Bulletin *Vivre ensemble*, 2010. Dans ce bulletin, la Ligue contre le cancer à Paris rapporte être de plus en plus confrontée à des étrangers venant en France avec un visa touristique pour tenter de se faire soigner un cancer ou dont la pathologie est découverte à l'occasion d'un séjour touristique. Elle explique alors les rediriger vers sa permanence juridique téléphonique tenue par des avocats volontaires du barreau de Paris. La Ligue a également entrepris un travail de mise à disposition d'informations et de conseils pour l'accès aux soins des étrangers et entretient des liens avec l'Alliance des Ligues francophones africaines et méditerranéennes contre le cancer (Aliam). Par l'intermédiaire de ce réseau, constitué d'associations et d'ONG présentes dans les pays africains et le pourtour méditerranéen, elle met en contact les intéressés avec des structures associatives de leur pays d'origine afin de les informer sur les possibilités de prise en charge sur place.

France. Ce constat rejoint celui établi par l'Institut national de veille sanitaire (InVS) et repris dans un bulletin de la Ligue contre le cancer daté de 2010, selon lequel si des étrangers viennent en France en quête de soins, attirés par la bonne réputation des services hospitaliers et des soins dispensés, la majorité, neuf personnes sur dix, découvrent leur maladie sur le territoire⁵.

En second lieu, que ces femmes soient arrivées avec un visa de touriste, en situation irrégulière et/ou qu'elles soient en attente d'instruction d'une demande d'asile, les conditions administratives d'accès aux soins les confrontent généralement à des situations complexes, qui peuvent engendrer un retard dans le début des traitements. 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 en France et ne sont pas éligibles à l'aide médicale d'État (AME), régime spécifique d'affiliation à la Sécurité sociale dont peuvent bénéficier, sous certaines conditions⁶, les étrangers en situation irrégulière. Une fois leur visa expiré, se retrouvant en situation irrégulière, les étrangers malades peuvent tenter une demande de prise en charge au titre de l'AME et déposent généralement, avec l'appui des services sociaux des établissements de soin, une demande de régularisation pour soins. Si celle-ci est acceptée⁷ (ce qui est généralement le cas dans le cadre du cancer), elle ouvre droit, sous conditions de ressources, à la couverture maladie universelle.

Instabilité résidentielle et prise en charge médicale

Au-delà de ces dimensions administratives, l'instabilité résidentielle complexifie ces prises en charge. Les femmes venues sur le territoire en qualité de touristes sont généralement accueillies, dans un premier temps du moins, par des proches résidant dans la région. Ces derniers les aident dans leurs démarches de soin, qu'il s'agisse de les orienter vers tel ou tel établissement, tel ou tel médecin, ou de se repérer (transports, lieux) dans un territoire nouveau. Le soutien est aussi moral et pratique, notamment au lendemain des chimiothérapies, dont les effets secondaires se font durement ressentir. Toutefois, il n'est pas rare que ces cohabitations, impliquant un réaménagement de l'espace de vie, donnent lieu à terme à des tensions, voire à des conflits. Non seulement l'entourage ne s'attendait pas toujours à héberger, dans la durée, un parent malade mais, de plus, ces cohabitations peuvent confronter au sein d'une même famille des milieux sociaux hétérogènes. Nadia, inspectrice des impôts en Algérie, vient passer quelques jours

Que ces femmes soient arrivées avec un visa de touriste, en situation irrégulière et/ou qu'elles soient en attente d'instruction d'une demande d'asile, les conditions administratives d'accès aux soins les confrontent généralement à des situations complexes, qui peuvent engendrer un retard dans le début des traitements.

6. Celles-ci sont notamment subordonnées à un plafond de ressources ainsi qu'à trois mois minimum de résidence en France. 7. Le droit au séjour pour soins institué en 1998 a été révisé en juin 2011 par la loi Besson et il est aujourd'hui défini par l'article L 313 -11 1° 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. Un rapport du Comité médical pour les exilés (Comede) de 2014 relève en la matière des pratiques très inégales selon les préfetures. 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 préfetures 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 préfetures 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 trois à six 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). Voir Comede, *Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels*, 2014 [en ligne].

Dania : *"Quand je lace la paire de baskets que je portais à Saint-Domingue, je revois les grands couloirs de la maternité où je travaillais."* © SOPHIE PASQUET - HANS LUCAS.

de vacances en Bretagne chez les cousins de son mari, avec son époux et sa plus jeune fille. Elle profite du séjour pour consulter le médecin de famille de ses beaux-cousins car, depuis plus d'un an, elle ressent des douleurs à la poitrine. Bien qu'elle en ait parlé à plusieurs reprises à son gynécologue, celui-ci n'a pas jugé nécessaire de prescrire une mammographie. Suite au diagnostic d'un cancer du sein en France, Nadia reste chez sa belle-famille, tandis que son conjoint, pris par ses obligations professionnelles, rentre en Algérie avec leur fille. Nadia explique : *"J'avais du mal avec la famille après. Ils ne m'acceptaient plus (...). J'étais malade, chez eux, j'occupais une chambre, ils avaient des enfants. (...) L'épouse criait tout le temps après moi. (...) Elle me disait que j'étais de trop."* Nadia ajoute : *"Et vous savez, c'est des*

gens illettrés." Appartenant à la classe favorisée algérienne, cadre et diplômée, propriétaire d'une villa en Algérie, Nadia se retrouve en France matériellement dépendante de beaux-cousins éloignés, appartenant à un milieu populaire. Après plusieurs semaines, elle fait part de ses difficultés à son mari, qui la met en contact avec d'autres cousins éloignés, un couple âgé habitant la même commune.

Si les conditions d'hébergement peuvent s'avérer délicates pour les femmes ayant des attaches familiales en France, elles sont d'autant plus complexes pour celles qui ne disposent pas d'un appui relationnel préalable, à l'instar, dans le cadre du terrain mené, de certaines demandeuses d'asile ou de personnes en situation irrégulière. Outre les démarches de soin liées à leur cancer, les demandeurs d'asile

doivent faire face à la complexité et à l'attente⁹ des démarches liées à leur statut. Certains sont hébergés par des compatriotes ou ont pu obtenir une place en Centre d'accueil de demandeurs d'asile (Cada), à moins qu'ils ne se retrouvent dans des structures du type Centre communal d'action sociale (CCAS) ou, comme certains sans-papiers isolés, dans des filières d'hébergement d'urgence. Toutefois, les places sont limitées, parfois conditionnées par des procédures indépendantes des questions de santé (le temps d'instruction de la demande d'asile pour les Cada, par exemple) et ne sont pas toujours adaptées aux évolutions de l'état physiologique. Les appartements de coordination thérapeutique n'existent pas dans toutes les villes et le nombre de places est réduit.

Des parcours de soins erratiques

Au-delà de leur singularité, le cas de Diana et celui de Nya relatés ci-dessous mettent en évidence les logiques d'errance qui, en situation de grande précarité, marquent les trajectoires de soin⁹. Dans le même temps, ils renseignent sur les ajustements ad hoc auxquels sont contraints les professionnels de santé dans ce type de situation.

Diana (51 ans) arrive en Bretagne en 2010, sans papiers. Ne parlant pas français, elle est repérée dans la rue par une équipe du CCAS au cours d'une maraude nocturne. Elle est immédiatement emmenée aux urgences et, suite à plusieurs examens, un cancer de l'utérus est diagnostiqué. Une demande de régularisation pour soins est effectuée par la Permanence d'accès aux soins (Pass¹⁰) de l'établissement et Diana suit un traitement en ambulatoire. Elle obtient assez rapidement un logement social par le CCAS. Toutefois, à mesure de la médicalisation croissante de la prise en charge, le logement devient de moins en moins adapté, et ce, malgré la venue d'infirmières à domicile. Le CCAS alerte les

services de soin sur l'impossibilité de garder plus longtemps Diana dans le logement attribué, d'autant plus que s'ajoutent des problèmes de communication liés à la langue, et que la patiente est vite qualifiée de "problématique" pour le voisinage (cris, plaintes incessantes, etc.). Diana se retrouve alors hospitalisée dans un service de soins curatifs. Au terme de plusieurs mois, l'équipe médicale tente de la transférer dans un autre établissement, son état de santé ne justifiant plus, selon le médecin chef de service, l'occupation d'un lit en continu. Cette réorientation, difficile à mettre en pratique, fait l'objet de vifs débats en réunion de concertation pluridisciplinaire.

La patiente étant sans logement et sans réseau familial, il est décidé d'engager une procédure d'inscription en maison de retraite, accompagnée d'une demande de dérogation d'âge, et de solliciter une prestation handicap afin de couvrir (en partie) les frais impartis. En présence d'un interprète bénévole, appelé par l'intermédiaire d'une association de soutien aux demandeurs d'asile, le médecin du service demande à Diana de signer les formulaires requis (l'assistante sociale s'interroge toutefois sur la véritable compréhension et le consentement de l'intéressée). Aucune place n'est trouvée en maison de retraite ni en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Quelques mois plus tard, l'état de Diana se dégrade brutalement et l'équipe effectue une demande d'entrée en unité de soins longue durée (USLD). Là encore, les procédures prennent du temps et l'établissement en question semble peu enclin à accueillir cette patiente au parcours opaque, provisoirement régularisée, allophone, socialement isolée. Entre-temps, Diana est transférée dans un lit identifié soins palliatifs au sein d'un autre service de l'hôpital. Elle est finalement accueillie en USLD où elle décède quelques jours après son arrivée.

Outre les démarches de soin liées à leur cancer, les demandeurs d'asile doivent faire face à la complexité et à l'attente des démarches liées à leur statut.

9. Les noms des enquêtées ont été modifiés. 10. Sur le fonctionnement des PASS, voir Myriam Hachimi-Alaoui, Alexandra Nacu, "Soigner les étrangers en situation irrégulière. Des politiques migratoires aux postures professionnelles", in *Hommes & Migrations*, n°1284, 2010, pp. 163-173.

La solidarité des personnels de santé

Niya, âgée d'une trentaine d'années, est originaire d'Afrique de l'Est. Arrivée en Bretagne "sans papiers", elle est "recueillie" devant une gare par un membre d'une association de migrants qui l'oriente vers un centre de soin gratuit. La jeune femme ayant de fortes douleurs au ventre et présentant un état très affaibli, le médecin du centre de soin l'adresse aux urgences de l'hôpital, où un cancer de l'utérus à un stade avancé est découvert. Il n'est pas très clair de savoir si le cancer avait déjà été diagnostiqué dans son pays. Immédiatement, une demande de régularisation pour soins est mise en place. La patiente est hospitalisée près de trois semaines. Face à l'impossibilité de communiquer avec Niya qui ne parle pas un mot de français, l'équipe médicale contacte, par l'intermédiaire

Une chaîne de solidarité se met en place autour de cette jeune mère de famille dont la situation émeut fortement.

du service social, une ancienne patiente précédemment suivie pour une autre pathologie, afin de lui demander d'endosser le rôle d'interprète. Cette dernière accepte et une relation de proximité se tisse avec Niya. Assez rapidement, un échec théra-

peutique est annoncé. Informée qu'elle se trouve en stade terminal, la patiente émet le souhait de rentrer mourir au pays, où l'attendent son époux et deux jeunes enfants. La compatriote appelée par le service social propose alors de l'héberger le temps d'organiser le retour en Afrique. Cette proposition est acceptée avec soulagement par l'équipe : d'une part, parce que la prise en charge de Niya – ne comprenant pas "les manipulations sur son corps" et refusant de s'alimenter – est qualifiée de particulièrement "difficile" et "éprouvante" par les soignants ; d'autre part, son départ libère un lit, la patiente étant

hospitalisée dans un service de soins curatifs ne correspondant plus à son état de santé. L'équipe médicale et le service social prennent alors contact avec un réseau de soins palliatifs, qui accepte de la suivre à domicile. Dans le même temps, une forte mobilisation de la part des soignants et de l'assistante sociale de l'hôpital, des médecins du réseau de soins palliatifs et du centre de soin gratuit, mais aussi d'associations interculturelles contactées par la famille de "l'interprète" se met en place pour organiser et financer le retour de Nya. La mairie est appelée par le service social de l'hôpital qui cherche à se renseigner sur les démarches relatives à l'obtention d'un sauf-conduit, la patiente n'ayant pas de papiers. À leur tour, des élus se mobilisent pour obtenir quelques fonds afin de participer à l'achat du billet d'avion. Une collecte est organisée et plusieurs professionnels ayant été en contact avec la patiente y contribuent. Bref, une chaîne de solidarité se met en place autour de cette jeune mère de famille dont la situation émeut fortement. Le retour est d'autant plus compliqué à organiser que ses proches sont difficilement joignables, n'ayant pas de ligne téléphonique dans leur village. Finalement, la patiente rentre en avion et décède quelques mois plus tard.

Ces deux études de cas sont révélatrices des pratiques bricolées auxquelles les professionnels ont recours pour permettre l'accès aux soins de ces femmes au parcours migratoire complexe et opaque : ces logiques "bricolées" se retrouvent autant dans les procédures d'accès aux soins qu'au cours du continuum des soins – impliquant des problèmes de communication liés à la langue¹¹ – mais aussi en bout de chaîne, en cas d'échec thérapeutique. En effet, la question du retour au pays d'origine en fin de vie engage des enjeux financiers, organisationnels et relationnels particulièrement complexes¹². Plus précisément, ces études de cas montrent comment l'instabilité résidentielle de ces femmes primo-arrivantes

11. Anaïk Pian, "La fabrique de l'interprétariat auprès des immigrés atteints de cancer : la place des proches en question", in Simone Pennec, Françoise Leborgne-Uguen, Florence Douguet, (dir.), *Les Négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, PUR, 2014, pp. 193-204. 12. Anaïk Pian, "Ici ou là-bas ? La fin de vie en situation de migrations", in Maryse Bresson, Fabrice Colomb, Jean-François Gaspar (dir.), *Les Territoires vécus de l'intervention sociale*, Paris, éd. du Septentrion, 2015, pp. 191-200.

Dania, 48 ans, aide soignante, Dominicaine.

© SOPHIE PASQUET - HANS LUCAS.

se répercute sur les orientations entre services et établissements effectuées par les professionnels de santé : dans un contexte de contraintes budgétaires et organisationnelles où les lits disponibles et leur durée d'occupation sont comptés, l'accueil d'un malade ne présentant pas des garanties de "sortie" au terme du suivi médical impartit engendre des réticences, le service craignant de se retrouver à gérer un patient "incassable" par la suite.

Certes, et cela se manifeste de manière exemplaire pour Niya, les soignants peuvent exprimer une empathie voire une solidarité à l'égard de ces femmes étrangères. Une telle attitude tend à

être d'autant plus forte au regard du jeune âge des intéressées et/ou de leur statut de mère de famille – comme, plus généralement, cela a pu être relevé auprès de patients majoritaires atteints de cancer¹³. Ces sentiments moraux¹⁴ n'effacent pas, pour autant, une représentation dominante : celle de l'étranger/étrangère qui coûte cher au système de soins français¹⁵, voire qui en "abuse". Ces représentations, à resituer dans un contexte hospitalier marqué par de fortes pressions en termes de maîtrise des dépenses et de rentabilité, sont en lien avec ce que le personnel hospitalier (soignants ou administratifs) dénonce fréquemment sous le terme de "tourisme médical".

¹³. Hélène Marche, "Au-delà de l'autonomie du patient : l'esprit de soin' dans les trajectoires de cancer avancé", in *Anthropologie & Santé*, n° 10, 2015 [En ligne]. ¹⁴. Didier Fassin, *La Raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, Seuil/Gallimard, 2010. ¹⁵. Anaïk Pian, "De l'accès aux soins aux trajectoires du mourir. Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives", in *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, 2012, pp. 101-127.

Tourisme médical *versus* immigration thérapeutique ?

Ces femmes suivant en France un traitement contre le cancer sont souvent étiquetées par les professionnels rencontrés comme pratiquant un tourisme médical à “charge” pour la société française. Bien qu’en Bretagne, région de faible immigration, les étrangers – qui plus est atteints de cancer – soient proportionnellement peu nombreux dans les services de soin, ce type de discours et ces représentations n’en sont pas moins présents. Ils s’adosent à un argument financier récurrent, mettant en avant le coût particulièrement élevé des traitements dans le cadre du cancer¹⁶. Or il est inté-

Ces femmes suivant en France un traitement contre le cancer sont souvent étiquetées par les professionnels rencontrés comme pratiquant un tourisme médical à “charge” pour la société française.

ressant de noter que cet usage “profane” du terme à l’égard des femmes primo-arrivantes contraste avec l’usage dominant d’une grande partie de la littérature.

En effet, dans la littérature, le tourisme médical¹⁷ est plutôt associé à des mobilités enca-

drées ou du moins soutenues par les États receveurs et des agences de voyages spécialisées, celles-ci proposant de manière combinée excursion touristique et rendez-vous médicaux dans des établissements spécialisés (chirurgie esthétique, soins dentaires, etc.). Les populations concernées sont globalement vues comme drainant une manne financière importante au profit des pays receveurs, même si certains travaux¹⁸ ont pointé les possibles effets pervers du tourisme médical 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, le terme d’“immigration thérapeutique” est plutôt associé, dans la littérature, à des populations pauvres ou venant de pays pauvres, et qui représentent un risque potentiel pour la santé publique, comme cela a été pointé du doigt dans le cadre du sida¹⁹. Les personnes suspectées de pratiquer une immigration thérapeutique sont alors accusées de détourner un droit humanitaire pour s’installer indûment sur un territoire donné et, ce faisant, de constituer un coût économique pour les sociétés concernées. Une ligne de partage, bien que flexible, apparaît ainsi entre populations désirables et indésirables, légitimes et illégitimes. Cette ligne de partage est couplée à des distinctions d’ordre économique (solvable/non solvable, riches/pauvres) et temporelles (le touriste repart, l’immigré thérapeutique reste).

L’expression de “tourisme médical”, employée avec une connotation péjorative par le personnel rencontré à l’égard de ces femmes primo-arrivantes, fait donc moins écho à l’usage du terme dans la littérature, qu’il ne se rapproche des situations plutôt désignées sous le vocable d’immigration thérapeutique : en l’occurrence, les parcours de ces femmes ne renvoient pas à des mobilités encadrées et soutenues par les États, qu’elles soient arrivées avec un visa touristique, de manière irrégulière et/ou en demandant l’asile.

Si un certain flottement se donne à lire entre, d’une part, l’usage profane de ces catégories et, d’autre part, l’usage dominant dans la littérature, un autre point invite à porter un regard critique sur ces notions. En effet, comme il l’a été montré, le parcours de ces femmes donne à voir une diversité des conditions de la venue en France, d’un point de vue administratif

¹⁶. Par ailleurs, même si les personnes arrivant en France avec un visa touristique appartiennent généralement à des milieux sociaux favorisés dans leur pays d’origine, elles ne peuvent supporter seules les coûts des traitements contre le cancer qui relèvent de plusieurs milliers d’euros. ¹⁷. On notera, par ailleurs, qu’il n’existe pas de définition unifiée, certains auteurs le distinguant du tourisme de bien-être, d’autres non. ¹⁸. Meghann Ormond, Wong Kee Mun, Chee-Khoo Chan, “Medical tourism in Malaysia: how can we better identify and manage its advantages and disadvantages”, in *Global Health Action*, n° 7, 2014 [en ligne]. ¹⁹. Elhadji Mamadou Mbaye, “Sida et immigration thérapeutique en France: mythes et réalités”, in *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n° 1, 2009, pp. 43-62 ; Anne-Yvonne Guillou, “Immigration thérapeutique, immigration pathogène. Abandonner le ‘parcours thérapeutique’ pour l’expérience migratoire”. Commentaire”, in *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n° 1, 2009, pp. 63-71 ; Émilie Adam-Vézina, “Femmes africaines séropositives en quête d’asile. Opportunités et contraintes de la politique migratoire canadienne”, in *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, 2012, pp. 129-148.

mais aussi au regard de la connaissance préalable du diagnostic. Ces femmes ne se savent pas nécessairement atteintes de cancer au moment de leur arrivée en France, venue qui peut se combiner ou être liée à d'autres dimensions (familiale, asile, etc.). De plus, une fois les traitements amorcés en France, c'est souvent un enchevêtrement d'événements qui les amène, le cas échéant, à rester : outre l'évolution de la maladie et la réponse ou non aux traitements, interviennent des éléments de la vie familiale et du parcours biographique (prendre de la distance avec la famille au pays d'origine, perte de l'emploi au pays et/ou basculement de la vie familiale de par la distance et la maladie, obtention du statut de réfugié pour celles ayant déposé une requête d'asile, etc.). Autrement dit, venue en tant que touriste, pensant repartir sous peu, une étrangère découvre un cancer en France et finira par s'y installer durablement, tandis qu'une autre, se sachant atteinte de cancer, demande l'asile, puis, déboutée, obtiendra une autorisation de séjour pour soins, etc. C'est pourquoi il semble réducteur d'inscrire ces mobilités sous les vocables tourisme médical *versus* immigration thérapeutique, catégories qui, en figeant a priori les

parcours et en réifiant les personnes, ne permettent pas de rendre compte de la complexité des dynamiques à l'œuvre. Pour autant, ce sont souvent en ces termes que le débat quant à leur présence est posé, que ce soit au sein des établissements de soin ou plus généralement dans l'espace politique.

Conclusion

Ces expériences qui mettent en jeu le corps et la santé des femmes confrontent à des prises en charge complexes, tant d'un point de vue administratif que relationnel : problèmes de communication liés à la langue, précarité des conditions résidentielles complexifiant les soins délivrés, image de l'étranger coûtant cher au système de soins français, même si une "empathie" peut, conjointement, être exprimée à l'égard de ces patientes dont la situation peut émuvoir, etc. Encore peu visibles dans la littérature sur les femmes en migrations, tout en l'étant de plus en plus dans l'espace public, ces expériences migratoires constituent un domaine de recherche à approfondir. ■