IdeAs

Idées d'Amérique

18 | 2021

Frontières dans les Amériques – Intégration, sécurité et migrations

« *Sometimes the treatment you seek is just one flight away* » : causes et limites des nouvelles mobilités de santé étatsuniennes au XXI^e siècle

"Sometimes the treatment you seek is just one flight away": causes and limits of new U.S. health mobilities in the 21st century.

« Por vezes, o tratamento que se procura está apenas a um voo de distância »: causas e limites das novas mobilidades de saúde americanas no século XXI

Elisabeth Fauquert

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/ideas/11735>

DOI : 10.4000/ideas.11735

ISSN : 1950-5701

Éditeur

Institut des Amériques

Référence électronique

Elisabeth Fauquert, « « *Sometimes the treatment you seek is just one flight away* » : causes et limites des nouvelles mobilités de santé étatsuniennes au XXI^e siècle », *IdeAs* [En ligne], 18 | 2021, mis en ligne le 01 octobre 2021, consulté le 21 octobre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/ideas/11735> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ideas.11735>

Ce document a été généré automatiquement le 21 octobre 2021.

IdeAs – Idées d'Amérique est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

« Sometimes the treatment you seek is just one flight away » : causes et limites des nouvelles mobilités de santé étatsuniennes au XXI^e siècle

"Sometimes the treatment you seek is just one flight away": causes and limits of new U.S. health mobilities in the 21st century.

« Por vezes, o tratamento que se procura está apenas a um voo de distância »: causas e limites das novas mobilidades de saúde americanas no século XXI

Elisabeth Fauquert

Introduction

- 1 « *Sometimes the treatment you seek is just one flight away* » titre un article publié sur le site Internet du géant étatsunien de l'assurance maladie Aetna (Aetna, 2021). Ce texte vantant l'attrait des mobilités de santé à l'étranger, relate comment le voyage d'une femme taiwanaise aveugle, Lin Yu Shan, lui permit de recouvrer la vue aux mains d'un prestigieux ophtalmologue à Singapour. Cet exemple illustre la part croissante qu'occupent les mobilités de santé dans le débat sur l'accès aux soins médicaux aux États-Unis, qui sont l'objet de cet article.
- 2 Ces « mobilités de santé », parfois appelées « tourisme médical¹ », sont définies ici comme le déplacement de personnes à l'étranger pour bénéficier d'un acte médical non disponible ou difficilement accessible dans leur pays de résidence, pour des raisons légales ou liées à la structuration de l'offre de soins (Hottois G. et J.-N. Missa, 2001 : 831-832). Ici, le terme de mobilités de santé est entendu comme englobant aussi bien les soins de santé transfrontaliers que les soins obtenus dans des pays plus éloignés des États-Unis. De fait, la notion de mobilité est intrinsèquement liée à celle de frontière, qu'elle soit terrestre ou aérienne. L'essor des mobilités de santé au départ des États-

Unis participe donc à la fois de la prolifération des frontières et de leur reconceptualisation.

- 3 Notons tout d'abord que les mobilités de santé ne sont pas un phénomène propre aux États-Unis. En effet, le volume de personnes voyageant à l'étranger pour obtenir des soins médicaux est passé de 1,5 millions au début des années 2000 à quelque 15 millions en 2017 (Dalen J. et J. Alpert, 2018). Les dépenses internationales liées à ces flux ont augmenté de 358 % entre 2000 et 2017.
- 4 Bien que ce phénomène soit mondial, la contribution des États-Unis à la patientèle internationale n'en demeure pas moins notoire, en plus d'être en forte augmentation : en 2007, 750 000 Étatsuniens se sont rendus à l'étranger pour bénéficier de soins médicaux (Boyd J. *et al.*, 2011). Dix ans plus tard, en 2017, ils étaient 2 millions sur un volume global de 15 millions de patients internationaux (Patient Beyond Borders, 2021). L'essor des mobilités de santé au départ des États-Unis méritent ainsi qu'on en étudie plus avant les causes.
- 5 Dans le cas étatsunien, trois forces ont favorisé l'augmentation de ces mobilités : la mondialisation et la marchandisation du marché de la santé (*globalization and commodification of health care*) ; les différentiels frontaliers² du prix des actes médicaux, qui sont aux États-Unis les plus chers au monde ; et enfin, l'absence de couverture maladie universelle dans ce pays. En analysant ces trois forces et leur interrelation, on se demandera ainsi dans quelle mesure les disparités d'accès aux soins médicaux aux États-Unis participent à la structuration et à la consolidation de l'industrie des mobilités de santé.
- 6 La réponse à cette question n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît. Bien qu'il soit souvent fait état de l'« exceptionnalité » du système de santé étatsunien (les États-Unis ayant le système de santé le plus cher au monde et n'ayant jamais adopté d'assurance maladie universelle, Quadagno J., 2006), cette variable, quoique centrale, ne peut à elle seule rendre compte de l'essor des mobilités de santé étatsuniennes. La thèse de l'exceptionnalité ne permet pas non plus d'envisager les limites et les résistances à cet essor, pas plus qu'il ne nous renseigne sur le paradoxe que constitue l'augmentation des mobilités de santé étatsuniennes en parallèle de l'adoption de l'*Affordable Care Act* (ci-après ACA) en 2010. En fait, l'externalisation des soins médicaux n'est en rien linéaire, pas plus qu'elle ne peut être imputée à la seule rationalisation économique ou politique. Depuis les années 2000, le secteur privé et les pouvoirs publics étatsuniens ont, de manière directe ou indirecte, tantôt participé à l'essor de l'industrie des mobilités de santé, tantôt contribué à en limiter l'expansion.
- 7 Comme l'ont souligné plusieurs chercheurs travaillant sur le sujet, la principale limite dans la réalisation de ce travail porte sur la faiblesse des données empiriques à disposition, toutes deux liées à l'objet étudié : une industrie privée transnationale complexe, en cours de structuration, touchant de surcroît à l'intime et à la vie privée (Horsfall D. et N. Lunt, 2015 : 27). En dépit de cette limite, l'approche qualitative et interdisciplinaire utilisée pour ce travail, qui analyse l'état de l'art sur la question et mobilise la recherche, les outils et concepts de la science politique, de la géographie sociale et de l'économie de la santé pour l'approfondir et le compléter, permettent néanmoins d'identifier plusieurs paradoxes quant à l'essor rapide mais limité de ces nouvelles mobilités de santé étatsuniennes.

Les déterminants socio-économiques des « nouvelles mobilités de santé » étatsuniennes

Essor des mobilités de santé à l'international : facteurs généraux

- 8 De manière générale, l'essor des mobilités de santé à l'international est indissociable d'une série de transformations profondes, à l'œuvre depuis les années 1970 : l'accélération de la mondialisation économique (Cohen G., 2013 ; Carrera P. et J. Bridges 2006) ; la baisse continue du prix des vols moyen et longs courriers, notamment transatlantiques et l'essor des compagnies low-cost (Thompson D., 2013) ; l'essor du tourisme de masse ; le développement d'Internet et la résorption de la fracture numérique qui l'a accompagnée. Trois autres revirements spécifiques au champ de la santé ont servi de terreau à l'essor des mobilités de santé vers l'étranger.
- 9 Le premier est lié à la révolution dans la structuration de l'offre des soins médicaux depuis les années 1970. En effet, la mondialisation économique s'est appuyée sur de nouveaux régimes de réglementations facilitant la circulation des flux de biens, de capitaux et de personnes (notamment les accords du GATT puis ceux de l'OMC). Dans ce contexte, la plupart des États sont entrés dans un nouveau paradigme d'offre de soins de santé. Jusqu'au xx^e siècle, la santé était entendue comme une responsabilité nationale (qu'elle soit publique, privée ou une hybridation des deux). Ces trente dernières années, la santé a été pour partie re-conceptualisée comme bien international et privé, en lien avec la déréglementation, qui a accéléré la marchandisation des traitements médicaux et des soins de santé, et facilité les échanges (Pellegrino E., 1999 ; Cohen G., 2013). Ce nouveau paradigme participe à la fois de la remise en question de la spatialité de l'État-nation, historiquement compris comme une entité territorialement et politiquement bornée (Cortès G. et L. Faret, 2009), et de celle de leur prérogative historique dans l'agencement, la coordination et la distribution des services et soins de santé sur leur territoire (Fassin D., 1996).
- 10 Le deuxième revirement, lié au premier, tient à la mondialisation des flux de personnels de santé. Par le passé, les professionnels du secteur se rendaient là où la demande de soins était forte. Depuis les années 1970, on observe des migrations de médecins (*physician migration*, *physician brain drain*) et d'autres professionnels de la santé des pays du Sud vers les pays du Nord, notamment vers les États-Unis (Dovlo D., 2005). Ces flux persistent, mais ils s'accompagnent aussi d'importantes mobilités de patients voyageant en dehors de leur pays de résidence pour obtenir des soins (Lagace M., 2007).
- 11 Le troisième revirement tient à la sociologie des migrations transfrontalières de santé. Auparavant, ces mobilités étaient réservées aux mieux nantis, qui avaient les moyens de voyager à l'étranger et de payer des traitements coûteux dans les pays riches (Gesler W., 1992 ; Gesler W., 1998). Cette patientèle n'a pas disparu, mais de nouvelles mobilités de patients moins aisés sont venues les compléter.

Les États-Unis comme « paysage thérapeutique » fragmenté : un terreau pour l'essor de « nouvelles mobilités de santé »

- 12 Dans les années 1990, le géographe de la santé Wilbert Gesler crée le concept de « paysage thérapeutique » (*therapeutical landscape*), défini comme « *[a place] where the physical and built environments, social conditions and human perceptions combine to produce an atmosphere which is conducive to healing* » (Gesler W., 1996 : 96). On peut, à partir de cette définition, envisager les États-Unis comme un « paysage thérapeutique fragmenté ». En effet, il existe deux types d'« immobilités » de santé aux États-Unis : celle des Étatsuniens les plus riches, qui bénéficient d'une médecine de pointe, et celle des plus pauvres qui n'ont pas les moyens de se faire soigner dans le pays, encore moins à l'étranger. C'est en regard de ces immobilités de santé que les mobilités de santé étatsuniennes doivent être analysées.
- 13 Quoique les migrations sanitaires au départ des États-Unis ne soient pas nouvelles, la composition de leur flux s'est métamorphosée. En effet, sur la période 1970-2000, les migrations sanitaires étaient liées à la recherche de soins esthétiques (liftings, injections de toxine botulique et liposuctions) à bas coût. Une autre partie de ces migrations temporaires entrait dans la catégorie des mobilités de santé dites « de contournement » (*circumvention medical tourism*) (Cohen G., 2012). Ces déplacements internationaux visent à obtenir un traitement illégal ou difficile d'accès aux États-Unis. On peut faire figurer dans cette catégorie l'assistance à la procréation ainsi que les interruptions volontaires de grossesses (de plus en plus difficiles d'accès aux États-Unis), ou encore certaines pratiques interdites dans le pays comme le suicide assisté et les thérapies sur cellules souches (Glinos I. *et al.*, 2010). Ces flux n'ont pas disparu, mais depuis les années 2000, 80 % des Étatsuniens qui se déplacent à l'étranger le font pour des raisons non-cosmétiques et pour des raisons économiques (Milstein A. et M. Smith, 2006). L'un des principaux déterminants de ces « nouvelles mobilités de santé » est la structure institutionnelle de l'État-providence des États-Unis et les disparités d'accès aux soins qu'elle génère (Béland B. et A. Zarzeczny, 2018). Parce qu'ils appartiennent au régime libéral d'État-providence (Esping-Andersen G., 1990)³ et qu'ils ne se sont jamais dotés d'une assurance-maladie universelle, les États-Unis sont un terreau fertile pour l'essor d'un régime de mobilités de santé économiquement motivé.
- 14 D'ailleurs, ces nouvelles mobilités de santé augmentent dans les années 2000, à un moment de forte érosion de l'accès à la protection maladie. Non seulement le coût des soins croît de manière exponentielle depuis les années 1960 (KFF, 2021a), mais celui-ci subit une nouvelle accélération entre 2001 et 2007, où il augmente de 78 % (Claxton G. *et al.*, 2013). Ceci conduit les employeurs (premiers pourvoyeurs d'assurance maladie dans le pays) à réduire la protection de leurs employés (Quadagno J., 2006 : 142-59). Les personnes sans assurance maladie devaient vivre sans (en 2010, 48 sur 309,3 millions d'Étatsuniens n'avaient pas d'assurance), payer des polices d'assurances individuelles très onéreuses, ou vivre avec des assurances ne couvrant pas l'intégralité de leurs besoins médicaux (25 sur 304 millions d'Étatsuniens étaient sous assurés en 2008, soit une augmentation de 60 % depuis 2003 (Schoen C. *et al.*, 2008). D'autres se sont tournés vers les soins prodigués à l'étranger.
- 15 Ces patients internationaux font partie des classes moyennes plus ou moins aisées, ont la cinquantaine et sont dans la grande majorité non-assurés (Milstein A. et M. Smith, 2006 ; Horowitz M. et J. Rosensweig, 2008 ; Lunt

N. et P. Carrera, 2010 ; Gan L. et J. Frederick, 2011). Ce tableau doit être complété en incluant les « sous-assurés » (*the underinsured*), c'est-à-dire des personnes ayant une couverture maladie, mais dont : (a) les dépenses médicales annuelles comptent pour 10 % ou plus de leurs revenus ; (b) les personnes disposants de revenus inférieurs à 200 % du seuil fédéral de pauvreté et dont les dépenses médicales s'élèvent à 5 % ou plus des revenus ; les personnes dont les franchises d'assurances sont égales ou supérieures à 5 % des revenus (c) (Schoen C. *et al.*, 2005). Pour cette catégorie, les mobilités de santé sont souvent la solution la plus économique (parfois même la seule option abordable) permettant d'accéder à des soins inabordables aux États-Unis. Il faut aussi mentionner les mobilités de santé « diasporiques », soit les mobilités de personnes immigrées retournant temporairement dans leur pays d'origine pour s'y faire soigner, mobilités qui comptent pour une part souvent sous-appréciée des mobilités de santé dans le monde (Connell, J., 2015 : 20).

- 16 Ainsi, compte tenu des disparités croissantes dans l'accès aux soins médicaux, il n'est guère surprenant que les États-Unis aient généré à eux seuls un septième de la demande mondiale de soins dispensés à l'étranger (Patients Beyond Borders, 2021). Cependant, cet accroissement n'est pas seulement fonction des institutions sociales étatsuniennes et de leurs limites : il est également lié à d'autres transformations géopolitiques et économiques.

Une cartographie de la demande en mutation : pays receveurs, procédures courantes et différentiels de prix

- 17 Les nouvelles mobilités de santé étatsuniennes prennent principalement la forme de flux Nord-Suds, en particulier vers l'Asie et les Amériques, qui s'expliquent par plusieurs facteurs.
- 18 En effet, avant 1997, les pays de l'Union Européenne (France, Allemagne et Royaume-Uni) et les États-Unis étaient les principaux pays receveurs de patients aisés de la plupart des pays émergents (exception faite de la patientèle aisée des pays asiatiques, qui se rendait à Singapour). La crise économique en Asie du Sud-Est (1997-2001) a profondément reconfiguré la structuration de l'offre mondiale de soins de santé. Plusieurs pays asiatiques comme la Thaïlande, l'Inde et la Malaisie ont misé sur l'essor des mobilités de santé pour encourager la relance économique. Pour ne citer qu'un exemple, l'adoption d'une assurance maladie universelle en Thaïlande en 2000 a conduit les Thaïlandais à délaisser les infrastructures privées de santé du pays. Ces dernières ont repensé leur offre pour attirer une patientèle étrangère (Burkett L., 2007).
- 19 Les attentats du 11 septembre 2001 ont aussi transformé les mobilités internationales de santé, en dissuadant les patients des pays arabes de se faire soigner aux États-Unis. Cette patientèle s'est tournée vers l'Asie, qui devint au tournant des années 2000 un nouveau centre receveur de patients internationaux à l'échelle mondiale. On estime ainsi qu'aujourd'hui, 14 % des patients internationaux résidant aux États-Unis se rendent en Asie (Thaïlande et Inde notamment) pour recevoir des soins (Chambers A., 2015).
- 20 Par ailleurs, la libéralisation des échanges entre les États-Unis, le Mexique et le Canada née de la ratification de l'ALENA (1993), a densifié les flux de santé vers l'Amérique du

Sud, qui représente aujourd'hui 26 % des flux de santé depuis les États-Unis, suivie par l'Amérique centrale (18 %) et les Caraïbes (19 %) (*ibid.*).

- 21 Ces flux s'expliquent aussi par les mobilités de santé diasporiques au sein des Amériques. Les chiffres montrent par exemple qu'environ la moitié des 952 000 Californiens qui se rendent chaque année au Mexique pour bénéficier de soins médicaux sont des immigrants mexicains résidant aux États-Unis (*ibid.*). Ces migrations sanitaires ont participé à l'essor économique de nouveaux réseaux : par exemple, la ville frontalière de Los Algodones, rebaptisée « Molar City », est devenue une destination phare pour l'obtention de soins dentaires et de médicaments peu onéreux (Judkins G., 2007).
- 22 Au-delà de motivations culturelles, le principal invariant des nouvelles mobilités de santé étatsuniennes est le différentiel frontalier et l'attractivité des prix proposés dans les pays receveurs, pour des procédures telles que la pose de prothèses de genou et de hanche, les pontages aorto-coronariens, les soins dentaires et les soins de chirurgie esthétique et bariatrique. Les exemples de différentiels de prix ci-après illustrent leur attrait pour les personnes non ou sous-assurées résidant aux États-Unis. Un remplacement de la hanche simple coûte entre 31 000 et 50 000 dollars aux États-Unis contre 25 000 dollars en Corée du Sud et 7 813 dollars en Thaïlande (Lendner P., 2021). Un pontage aorto-coronarien coûte 100 000 dollars aux États-Unis contre 9 800 dollars en Inde (*ibid.*). Les soins dentaires sont aussi très prisés : 74 millions d'Étatsuniens n'ont pas d'assurance dentaire, car très peu d'assureurs (privés comme publics) prennent en charge ces soins. Ces derniers sont donc souvent négligés pour des raisons économiques (Pallarito K., 2016) car inabordables pour de nombreuses personnes du fait de l'inflation des coûts (KFF, 2021b). Ainsi, par exemple, la majorité des flux de santé vers le Mexique sont liés à la recherche de soins dentaires, et dans une moindre mesure, cosmétiques (IMTJ, 2015). En somme, l'essor des nouvelles mobilités de santé permet à une certaine catégorie d'Étatsuniens et à d'autres résidents du pays de bénéficier de soins médicaux de qualité à des prix entre 30 % et 60 % plus bas qu'aux États-Unis : « *first world health care at third world prices* » (Turner L., 2007).

Les nouvelles mobilités de santé étatsuniennes : soutiens et limites à l'externalisation des soins de santé

- 23 Il serait sans doute trop rapide de lire l'essor des nouvelles mobilités de santé étatsuniennes au XXI^e siècle comme une abdication des États-Unis vis-à-vis de la traditionnelle mission régalienne de protection sanitaire des populations qui incombent aux États. Ceci est d'autant plus vrai que l'on a pu assister ces dernières années à des réformes majeures du système de protection médicale (l'*Affordable Care Act*), ainsi qu'à un regain d'intérêt pour l'adoption d'une assurance maladie universelle dans les cercles les plus progressistes. Dans la mesure où plusieurs pays ont encouragé l'externalisation des soins médicaux pour réduire la pression sur les services de santé nationaux (comme la Tunisie ou le Royaume-Uni, Hanefeld J. et R. Smith, 2015), on peut se demander si les États-Unis ont suivi une trajectoire similaire.
- 24 En fait, les nouvelles mobilités étatsuniennes sont le fruit d'une restructuration de l'offre de soins médicaux aux États-Unis, née d'une double contrainte incombant aux

décideurs politiques et aux acteurs économiques : les disparités de santé persistantes du paysage thérapeutique fragmenté étatsunien d'une part ; et l'attractivité économique du marché mondialisé de la santé de l'autre. La partie qui suit analyse la structuration de l'industrie des mobilités de santé et ses limites à travers le rôle direct et indirect qu'ont joué les décideurs politiques et les acteurs économiques étatsuniens dans l'externalisation des soins médicaux vers l'étranger.

Intermédiaires étatsuniens publics et privés : soutiens à l'externalisation des soins de santé

- 25 Des textes de loi et de nouveaux systèmes de réglementations et d'accréditation ont vu le jour à partir des années 1990 pour permettre aux assureurs et aux entreprises de répondre à la demande de soins médicaux dans l'environnement doublement contraint d'un système de santé inflationniste et de la concurrence économique internationale.
- 26 Sur le plan légal et à l'échelon fédéral, l'essor des mobilités de santé et l'émergence de l'industrie qui lui est liée n'aurait pu advenir sans l'adoption du *Health Insurance Portability and Accountability Act*, promulgué par le président Clinton en 1996. Cette loi a non seulement amélioré la portabilité de l'assurance maladie et des droits, elle a aussi établi des standards nationaux de sécurité qui permettent de délocaliser plus facilement la prise en charge des soins tout en maintenant des standards de sécurité pour les personnes (Forgione D. et P. Smith, 2007 ; Marlowe J. et P. Sullivan, 2007).
- 27 Ces transformations ont permis à certains États d'inclure de nouvelles options dans leur offre de soins. C'est notamment le cas de la Californie, qui, en vertu de l'amendement de la loi Knox-Keene de 1998, a permis à trois compagnies d'assurance étatsuniennes et un groupe d'assureur mexicain de proposer une couverture maladie binationale (Vargas Bustamante A. *et al.*, 2012). La Californie est le seul État fédéré à avoir mis en place ce type de dispositif. Pour sa part, l'Utah a créé un programme de tourisme pharmaceutique pour les employés du secteur public (le « *Pharmacy Tourism Program* »), en partenariat avec des fournisseurs au Canada (Vancouver) et au Mexique (Tijuana). Le *Public Employees Health Plan* de l'État encourage ses employés à se rendre au Mexique ou au Canada pour obtenir certains médicaments sur ordonnance. Le PEHP a ainsi payé l'aller-retour aux quelques dizaines de personnes ayant choisi cette option, défraiement qui s'accompagne d'une somme de 500 dollars (Wbur, 2020). Le think tank *Center for Economic and Policy Research*, a également publié en 2009 une proposition visant à encourager les bénéficiaires des programmes Medicare et Medicaid à se faire soigner à l'étranger (Center for Economic and Policy Research, 2009).
- 28 Au-delà des transformations du cadre légal, la création de nouveaux systèmes d'accréditation et de contrôle de qualité des soins dans les hôpitaux internationaux ont participé à l'essor des nouvelles mobilités de santé étatsuniennes. La *Joint Commission* joue par exemple un rôle clef dans l'essor des mobilités de santé au départ des États-Unis. Fondée en 1951, la *Joint Commission* est un organisme national indépendant qui évalue la qualité et la sécurité des soins médicaux dans les établissements de soins aux États-Unis. En 1994, la *Joint Commission* se dote d'une aile internationale, la *Joint Commission International* (ci-après JCI). Depuis 1998, la JCI peut évaluer et accréditer des hôpitaux en dehors des États-Unis. À ce jour, 938 d'hôpitaux étrangers ont ainsi été accrédités par l'institution (Joint Commission International, 2021). Deux autres groupes accréditeurs, le DNV GL *International Accreditation for Hospitals* et l'*International Society for*

Quality in Healthcare remplissent des missions similaires. Notons aussi l'intérêt du *Better Business Bureau* (BBB), une organisation non-lucrative canado-étatsunienne spécialisée dans l'éthique commerciale. Le BBB promeut des pratiques commerciales éthiques et publie des normes pour que les entreprises et les consommateurs puissent collaborer dans un environnement de confiance mutuelle. Toute entreprise peut demander son accréditation BBB et devra pour ce faire remplir un certain nombre de critères éthiques. En cas d'escroquerie, de problèmes de facturation ou de publicité mensongère, les clients peuvent déposer une plainte auprès du BBB, qui affiche 70 % de taux de réussite dans la résolution de ces plaintes par arbitrage et médiation (Cortès P., 2018 : 262).

- 29 Ces nouveaux cadres de réglementation ont facilité les incursions des assureurs privés dans l'externalisation des soins. L'exemple des assureurs Aetna et Blue Cross Blue Shield (BCBS), est parlant. Aetna est partenaire de la chaîne hospitalière Apollo en Inde, accréditée par la JCI. Certaines BCBS remboursent aujourd'hui le traitement de leurs clients dans des établissements partenaires en Inde (Cohen G., 2010 : 1486). La compagnie s'est aussi dotée en 1997 d'un volet d'assurance maladie internationale, nommé Geoblue, partenaire de fournisseurs de soins médicaux accrédités par la JCI en Thaïlande, en Turquie et au Costa Rica. En janvier 2014, Geoblue a annoncé sa fusion avec le britannique Bupa (*Blue Cross Blue Shield Association*, 2014), un groupe privé international d'assurance maladie et de soins de santé basé à Londres, fort de 33 millions de clients dans le monde. Depuis 2010, Bupa travaille étroitement avec la JCI pour structurer son offre de soins (Private Healthcare UK, 2010). BCBS a également créé des structures pionnières de réseaux de soins transfrontaliers comme Access Baja HMO en 2000 (Millman J., 2000), première HMO⁴ transfrontalière ciblant les besoins des entreprises californiennes, et incluant un accès à des fournisseurs des deux côtés de la frontière Mexique-États-Unis. Ces transformations ont aussi permis à l'industrie étatsunienne des mobilités de santé de se faire une place dans le paysage thérapeutique contemporain.

L'industrie étatsunienne des mobilités sanitaires : un colosse aux pieds d'argile ?

- 30 Depuis les années 2000, de nombreuses entreprises spécialisées dans le « tourisme médical » ont vu le jour aux États-Unis, qui sont la figure de proue mondiale de cette industrie. En effet, une étude de 173 sites Internet d'entreprises spécialisées dans le secteur révèle que 36 % sont étatsuniennes, 20 % indiennes, 5 % canadiennes, 3 % thaïlandaises et 2 % britanniques (Gan L. et J. Frederick, 2013). Au-delà du nombre important d'entreprises étatsuniennes spécialisées dans ce secteur, comme *IndusHealth*, la *Medical Tourism Corporation* ou *Healthcare Trip*, la création de la *Medical Tourism Association* dans les années 2000, de son index d'évaluation, le *Medical Tourism Index* (Medical Tourism Association, 2021), indiquent que ce secteur économique est en consolidation.
- 31 La plupart de ces entreprises propose des formules clef en main à leurs clients, comprenant les soins médicaux, le vol et le transfert, le logement dans des hôtels partenaires, parfois même des excursions touristiques. Le nombre d'entreprises, leur durée de vie (souvent courte, autour de deux ans) ainsi que la grande variété des offres disponibles, rattachent ce secteur lucratif au modèle de la concurrence monopolistique

(Gan L. et J. Frederick, 2015). En d'autres termes, les prestations de ce secteur dynamique sont à la fois accessibles (à la portée d'une simple recherche internet) mais la concurrence pose des questions de lisibilité et de confiance pour les personnes qui s'y intéressent.

- 32 Les stratégies déployées par ces entreprises répondent à un impératif majeur : convaincre les clients étatsuniens que les soins médicaux dispensés dans des pays aux économies émergentes sont de nature comparable à ceux dont ils pourraient bénéficier chez eux. Pour pallier cette difficulté, les entreprises soulignent dans leurs publicités le professionnalisme de leurs équipes médicales partenaires, leur expérience, leur maîtrise de la langue anglaise et les technologies de pointe utilisées par les hôpitaux et cliniques. L'industrie bénéficie de la libéralisation des échanges, qui a accéléré la circulation et l'importation de technologies biomédicales standardisées, et permet aux équipes soignantes où qu'elles soient dans le monde d'appliquer des protocoles de soins similaires à ceux des pays dits développés (DeMicco F. et M. Cetron, 2006). En outre, les plateformes en ligne, comme celle de la *Medical Tourism Association*, publient des guides complets par destination, qui incluent non seulement la liste des hôpitaux et des cliniques accrédités par la JCI, mais aussi celle des hôtels, des tours opérateurs et des infrastructures de bien-être disponibles sur place (spas, instituts de beauté, etc.) pour séduire leur clientèle (Medical Tourism Association, 2021b). Les images ci-dessous, tirées de sites internet d'entreprises et de certaines structures comme la *Medical Tourism Association*, donnent un aperçu de la manière dont les différents acteurs présents sur le marché collaborent pour créer une image positive et rassurante des mobilités de santé vers l'étranger :

Page d'accueil du site Medical Tourism Corporation, avec l'accréditation du BBB

<https://www.medicaltourismco.com/> (page consultée le 14 juin 2021)

La plupart des sites relaient aussi des témoignages de patients soignés à l'étranger, qui, conjuguées à l'index du tourisme médical MTA, permettent aux patients étatsuniens de faire un choix a priori éclairé en termes de destination, comme le fait IndusHealth :

Page d'accueil d'IndusHealth

<https://www.indushealth.com/> (page consultée le 14 juin 2021)

Page d'accueil d'IndusHealth

<https://www.indushealth.com/> (page consultée le 14 juin 2021)

- 33 Ces stratégies de communication sont nécessaires à plus d'un titre. D'une part, les personnes sont méfiantes des entreprises privées proposant des soins de santé en ligne (Cudmore A. *et al.*, 2011). D'autre part, les entreprises du secteur font face à la concurrence des hôpitaux et autres fournisseurs privés étrangers qui font la publicité de leurs propres prestations (Gan L. et J. Frederick, 2015, p. 142). En effet, à travers les effets d'apprentissage inhérents à l'accroissement spectaculaire des migrations sanitaires dans le monde, certains établissements se sont forgé une solide réputation de « paysage thérapeutique », tant au niveau de la qualité de soins que de l'accueil. Pour ne citer qu'un exemple, le site du *Bumrungrad International Hospital* de Bangkok en Thaïlande vante ses standards occidentaux (l'établissement est d'ailleurs accrédité par la JCI), emploie 70 interprètes, l'intégralité de son personnel parle anglais et la formation européenne ou étatsunienne des 200 chirurgiens qui y exercent (Bumrungrad International, 2021).

Limites : l'exceptionnalité du système de santé étatsunien, une barrière à l'essor de l'industrie des mobilités sanitaires ?

- 34 En dépit de cette restructuration réelle de l'offre de soins, l'essor des mobilités de santé au départ des États-Unis n'est pas aussi fort que ce que certains assureurs et entrepreneurs avaient anticipé. Dans une étude publiée en 2007, le groupe de consulting Deloitte avait prédit qu'à l'horizon 2015, au moins 10 et au plus 24 millions d'Étatsuniens se déplaceraient à l'étranger pour recevoir des soins médicaux (Deloitte, 2007). Même si les chiffres sont en hausse, rien de tel ne s'est produit. Les causes de l'expansion limitée des mobilités de santé étatsuniennes sont multiples.
- 35 Tout d'abord, le fait que les patients internationaux doivent payer de leur poche les prestations de « tourisme médical » nécessite qu'ils en aient les moyens. Nous ne disposons pas de chiffres sur les éventuels prêts contractés par les patients pour financer un séjour médical à l'étranger, mais, la recherche faisant état de ce phénomène pour la chirurgie esthétique (Holliday R., *et al.*, 2015), on peut supposer qu'il en va de même pour nouvelles mobilités de santé étatsuniennes.
- 36 Ensuite, il existe des risques inhérents aux mobilité de santé. Ils constituent un frein de fait à l'externalisation des soins médicaux, même si, en parallèle, les nombreuses recommandations publiées par le *Centers for Disease Control and Prevention* et d'autres associations⁵ attestent de la demande croissante pour ce type de services. Ces risques incluent les maladies infectieuses, la résistance aux antibiotiques, les complications post-opératoires, notamment liées au transport aérien, et le suivi des soins. Pour pallier les risques, le CDC recommande aux personnes voyageant à l'étranger pour recevoir des soins médicaux : d'effectuer une consultation médicale préalable quatre à six semaines avant le déplacement ; d'obtenir une assurance santé internationale incluant un rapatriement sanitaire vers les États-Unis ; d'emporter une copie de leur dossier médical et de ramener l'ensemble des documents médicaux liés à la procédure aux États-Unis ; et enfin de se renseigner sur l'établissement d'accueil (CDC, 2021). Ces directives ne garantissent toutefois pas complètement la sécurité des patients internationaux. Ceci est problématique pour au moins deux raisons. D'abord, les entreprises spécialisées dans le « tourisme médical » ne peuvent être tenues pour légalement responsables de la qualité et de la sécurité des soins prodigués à l'étranger (Snyder J. *et al.*, 2011). Ensuite, comme le souligne Kristin Madison :
- Patients often cannot assess the quality of care they receive, either before or after it is delivered. [...] Without some form of outside assistance, uninformed patients cannot choose their providers based on quality, pay their providers based on quality, or meaningfully contract based on quality. As a result, providers will have a limited incentive to improve quality to the level that patients desire. (Madison, 2007 :1583-84)
- 37 Par ailleurs, l'hétérogénéité des législations concernant la santé, la protection des patients, et la faute professionnelle médicale, ont conduit certains chercheurs comme Glenn Cohen à affirmer que dans son état actuel, le « tourisme médical » ne garantit pas la sécurité des patients (Cohen G., 2010 : 1504).
- 38 La structuration du système de protection maladie aux États-Unis, en particulier l'assurance maladie patronale (*employer-based system*), est un autre facteur limitant l'essor des mobilités de santé. En effet, bien que 49 % des Étatsuniens reçoivent une assurance maladie via leur employeur (KFF, 2021c), seul un petit nombre d'entreprises

a choisi d'intégrer des hôpitaux étrangers à la liste de leurs partenaires de soins de santé (Preferred Provider Organizations, PPOs). C'est par exemple le cas de *Blue Ridge Paper Products* (Caroline du Nord), qui donne depuis 2006 la possibilité à ses employés de se faire soigner dans des hôpitaux en Inde, avec remboursement intégral, prise en charge du billet d'avion, une prime de 10 000 dollars et un congé maladie prolongé (Cohen G., 2010 : 1486). Depuis 2008, la chaîne de supermarchés *Hannaford Brothers* (Maine) propose à ses 9 000 employés de se faire soigner auprès de ses partenaires à Singapour, les frais étant à 100 % pris en charge par Aetna, l'assureur de cet entreprise (*ibid.*). D'autres entreprises comme *HSM Solutions* (Caroline du Nord, 2008), *Casino and Hotel of the Blue Lake Rancheria tribe* (Californie, 2013) ou encore de *IDMI Systems Inc.* (Géorgie, 2014) ont également créé des options similaires pour leurs employés.

- 39 Toutes ces entreprises ont un régime d'assurance maladie autofinancé (*self-funded health insurance*), c'est-à-dire que l'entreprise prend en charge les demandes d'indemnisation de ses employés à mesure que celles-ci surviennent, et dispose d'une plus grande flexibilité dans le choix de ses partenaires. À l'inverse, la plupart des entreprises étatsuniennes de plus de 50 employés fonctionnent sous le régime d'assurance complète (*fully-insured plans*), c'est-à-dire que l'employeur choisit et prépaie le programme d'assurance de ses employés, verse une somme aux assureurs (*premium*) permettant de les couvrir. Ce système a l'avantage de donner aux entreprises une meilleure visibilité sur leurs dépenses. Ces éléments peuvent expliquer pourquoi si peu d'entreprises ont fait le choix du « tourisme médical » international, même si certaines grandes entreprises ont quand même opté pour l'externalisation des soins sur le territoire étatsunien. C'est par exemple le cas du géant Walmart, qui propose à son million d'employés de se faire soigner en dehors de l'État où ils résident et travaillent, dans l'un des « Centers of Excellence » (COEs) partenaires, comme la Cleveland Clinic (Ohio), le Geisinger Medical Center (Pennsylvanie), la Mayo Clinic (Arizona, Floride et Minnesota) ou encore le Virginia Mason Medical Center (Seattle). D'autres entreprises comme Boeing et General Electric ont marché dans ses pas (Farr C., 2019).
- 40 En somme, les liens étroits qui existent entre les employeurs et des assureurs qui n'ont pas forcément d'accords avec des prestataires étrangers, et le régime dominant d'assurance patronale axé sur la répartition des coûts et des risques le plus large possible, est l'un des freins à une externalisation plus poussée des soins médicaux. L'adoption de l'ACA a non seulement entériné ce modèle préexistant, elle a vraisemblablement freiné une externalisation plus franche des soins médicaux en rendant plus accessible l'assurance maladie à certaines parties de la population, notamment aux petites classes moyennes qui sont surreprésentées dans les flux de patients internationaux.
- 41 En effet, l'ACA a rendues illégales certaines discriminations des assureurs, en garantissant la couverture pour les personnes ayant des pathologies médicales préexistantes (*preexisting conditions*). L'ACA a aussi permis de réduire le taux de non-assurés de 44,2 millions en 2008 à 26,7 millions en 2016, soit de 17,1 % de la population en-dessous de 65 ans, à 10 %, son taux le plus bas de l'histoire du pays (Tolbert J. *et al.*, 2020). Dans la mesure où la mise en œuvre très politisée de l'Obamacare et l'arrêt de la Cour suprême *NFIB c. Sebelius* (2012) ont freiné l'élargissement obligatoire du programme Medicaid, ce sont notamment les Étatsuniens non assurés issus des petites classes moyennes qui ont bénéficié de ce nouvel accès à l'assurance maladie. Notons aussi que la loi permet aux immigrants en situation régulière d'accéder aux

subventions pour l'achat d'une police d'assurance Obamacare, indépendamment de leur temps de résidence aux États-Unis, ce qui pourrait *a priori* réduire les mobilités de santé diasporiques étatsuniennes.

- 42 Les polices d'assurance Obamacare demeurent cependant onéreuses. En effet, bien que la loi prévoit que les petites classes moyennes bénéficient de subventions pour l'achat d'une assurance privée, d'un plafond des dépenses de santé personnelles (limité à 6 000 dollars par an pour les personnes seules et à 12 000 dollars pour les familles), les polices Obamacare ont des franchises élevées. Les coûts demeurent donc considérables, voire prohibitifs, notamment pour les personnes souffrant de pathologies chroniques et pour les personnes n'ayant pas d'assurance dentaire, par exemple. Ainsi, les États-Uniens n'ayant pas les moyens de souscrire une assurance maladie Obamacare et ne pouvant pas non plus rejoindre le programme Medicaid peuvent choisir de renoncer à l'assurance, sans compter que la contrepartie financière qui accompagnait l'*individual mandate* a été supprimée par le *Tax Cuts and Jobs Act* promulgué par le président Trump en 2017. L'adoption de l'ACA a aussi entraîné un regain de lobbying de la part de l'industrie des mobilités de santé, comme en atteste l'extrait qui suit, tiré d'un article intitulé « Self-Funding : Passport to Medical Tourism for US Employers », publié sur le site de la *Medical Tourism Association* :

Most employers [...] understand that offering health insurance to their employees still makes good business sense. [...] Then along came unaffordable premiums and, subsequently, healthcare reform. Everything changed. Now, many employers say they don't understand the Affordable Care Act and only one in three believe their human resource departments are fully prepared to navigate the often oblique healthcare landscape. [...] Employers, for the most part, are dissatisfied with the value they receive in return for the investment they make in the health of their employees (Stephano, 2014).

- 43 Cet extrait montre que l'industrie entend capitaliser sur l'insatisfaction supposée des employeurs étatsuniens vis-à-vis du régime de *full-insurance*, et de l'*employer mandate* créé par l'ACA, qui contraint pour la première fois les entreprises de plus de 50 employés à fournir une assurance maladie à leurs employés. L'industrie des migrations sanitaires peut aussi aisément tirer parti de la complexité du système de santé étatsunien post-Obamacare : obtenir des soins à l'étranger peut apparaître comme une alternative lisible et économiquement compétitive à l'assurance maladie disponible nationalement, et est encouragée comme telle par les acteurs de l'industrie. En somme, les succès, les limites de l'*Affordable Care Act* et le casse-tête du financement très onéreux de l'assurance maladie aux États-Unis sont deux variables permettant de comprendre à la fois l'expansion et les limites des mobilités de santé au départ de ce pays États-Unis.
- 44 Notons enfin que la pandémie de COVID-19, qui a très durement frappé les États-Unis, a freiné à la fois l'accès élargi à l'assurance maladie et les nouvelles mobilités de santé. En effet la crise sanitaire a fait passer le taux de pauvreté de 15 % à 16,7 % en 2020 (CPSP, 2020). La crise a aussi fait perdre leur assurance maladie à quelques 5,5 millions de personnes, l'assurance maladie étant corrélée à l'emploi comme on l'a vu (Dorn S., 2020).
- 45 La crise sanitaire a aussi drastiquement réduit les mobilités de santé au départ des États-Unis : en avril 2020, les réservations de voyages médicaux vers les destinations les plus populaires comme le Mexique et la Thaïlande avaient chuté de 89 % (Yeginsu C., 2021). Cependant, dès l'été 2020, une hausse des réservations a été enregistrée,

quoiqu'elles restent un tiers moins nombreuses que l'année précédente à la même période. Les réservations sont très majoritairement à destination du Mexique, car plus accessible et parce que la frontière mexico-étatsunienne, quoique fermée aux touristes, était franchissable pour des motifs considérés comme essentiels, dont la santé (Lopez O., 2021).

Conclusions

- 46 Le professeur d'économie politique Uwe Reinhardt a déclaré à propos du tourisme médical :
- « Medical tourism can do to the US health care system what the Japanese automotive industry did to American carmakers after the Japanese products developed a value for money and reliability reputation » (cité dans Woodhead A., 2013).
- 47 Cette affirmation, qui présente les États-Unis comme les perdants potentiels d'une concurrence internationale dans un domaine où ils seraient pionniers, peut être mise en perspective d'au moins deux manières.
- 48 D'une part, la réputation des États-Unis en matière de santé, quoique réelle dans de nombreux domaines, ne peut être dissociée d'un système de santé à multiples vitesses, qui offre une médecine de pointe à une minorité et un accès limité et conditionnel à la santé à une majorité, contrainte de sillonner les arcanes du système de soins le plus cher au monde. Les nouvelles mobilités de santé étudiées dans cet article sont une réponse aux inégalités produites par ce paysage thérapeutique fragmenté, au premier rang desquelles l'érosion de l'accès à l'assurance maladie. En effet, les effets délétères d'un accès limité ou parcellaire aux soins médicaux n'est plus à prouver : non seulement les personnes assurées de manière complète, souvent les plus riches, ont une meilleure espérance de vie (Chetty R. *et al.*, 2016), mais l'érosion de la couverture maladie s'est accompagné d'une hausse de la co-morbidité chez les Étatsuniens issus des minorités ainsi qu'une augmentation sans précédent du taux de mortalité chez les Étatsuniens blancs d'une cinquantaine d'années (Case A. et A. Deaton, 2015). Ces chiffres ne sont pas anecdotiques, aussi faut-il s'interroger : les nouvelles mobilités de santé étatsuniennes depuis les États-Unis améliorent-elles l'accès à la santé, ou, au contraire, magnifient-elles simplement des inégalités préexistantes liées à l'absence de droit universel à la santé ?
- 49 D'autre part, Reinhardt laisse entendre que les États-Unis sont un acteur secondaire dans l'externalisation des soins médicaux, ce qui est contestable. À l'inverse des chercheurs ayant souligné l'influence décroissante des décideurs politiques nationaux et du retrait de l'État dans un contexte de mondialisation économique (Strange S., 1996 ; Bossert T., 1998) tous deux « prisonniers » du marché pour reprendre le terme de Lindblom (Lindblom C., 1982), il semble au contraire que les États-Unis soient, à divers niveaux, acteurs, intermédiaires et investisseurs de l'expansion de cette industrie. Les disparités d'accès aux soins médicaux aux États-Unis participent bel et bien à sa structuration et à sa consolidation, mais elles ne sont pas sans paradoxes ni sans limites comme on l'a vu. Les principes qui régissent le système de santé étatsunien, l'ACA, le soutien mitigé des entreprises et des personnes à l'externalisation des soins, sont autant de limites qui coexistent avec l'essor de ces nouvelles mobilités de santé.

- 50 Compte tenu de ces limites, on peut difficilement arguer que ces mobilités de santé sont un nouvel avatar de l'« État-providence caché » (Howard C., 1997) ou « submergé » (Mettler S., 2011) aux États-Unis. L'appui mitigé apporté à ce stade par une partie du secteur privé et des pouvoirs publics aux nouvelles mobilités de santé ne peut être lu comme une nouvelle voie indirecte (« *hidden* », « *submerged* ») garantissant l'accès aux soins médicaux aux Étatsunien dans un système hybride, fragmenté et inégalitaire, ce que seule une assurance maladie universelle pourrait prétendre faire.
- 51 Outre ces considérations et en tout état de cause, notre étude permet de souligner deux permanences : celle des frontières qui, en dépit de leur prolifération et re-conceptualisation sur fond de mondialisation économique demeurent une barrière économique et sociale qui permet des arbitrages économiques ; et celle de l'État comme agent toujours central, par son action ou son inaction, dans le façonnement des politiques publiques et des marchés.

BIBLIOGRAPHIE

Aetna, « Sometimes the treatment you need is just a flight away », Aetna International website, <https://www.aetnainternational.com/en/about-us/explore/health-care/prevent-manage-conditions/flying-for-treatment.html>, date non disponible, page consultée le 12 septembre 2021.

Anderson, James, O'Dowd Liam, « Borders, border regions and territoriality: Contradictory meanings, changing significance », *Regional Studies*, vol. 33, n° 7, 1999, p. 593-604.

Béland, Daniel, Zarzeczny, Amy, « Medical tourism and national health care systems: An institutionalist research agenda », *Global Health*, vol. 14, n° 68, 2018, p. 1-7.

Blue Cross Blue Shield Association, « Blue Cross Blue Shield Companies, Bupa Join to Create Largest Global Healthcare Network, Covering 190 Countries », *Blue Cross Blue Shield*, 09 janvier 2014, <https://www.bcbs.com/news/press-releases/blue-cross-blue-shield-companies-bupa-join-create-largest-global-healthcare>, page consultée le 12 juin 2021.

Bossert, Thomas, « Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: Decision space, innovation and performance », *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 10, 1998, p. 1513-1527.

Boyd, Jennifer *et al.*, « Emerging trends in the outsourcing of medical and surgical care », *The Archives of Surgery*, n° 146, 2011, p. 107-112.

Bumrungrad International Hospital, « About Bumrungrad », <http://www.bumrungrad.com/en/about-us/bumrungrad-international-hospital>, page consultée le 12 juin 2021.

Burkett, Levi, « Medical Tourism Concerns, Benefits, And The American Legal Perspective », *Journal of Legal Medicine*, vol. 28, n° 2, 2007, p. 223-245.

Carrera Percivil, Bridges John, « Globalization and healthcare: Understanding health and medical tourism », *Expert Review of Pharmacoeconomics Outcomes Research*, vol. 6, n° 4, 2006, p. 447-454.

Case Anne, Deaton Angus, « Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century », *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, n° 112, 2015, p. 15078-15083.

CDC, « Medical Tourism: Travel to Another Country for Medical Care », 19 avril 2021, <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/medical-tourism>, page consultée le 10 septembre 2021.

Center for Economic and Policy Research, « Free trade in health care the gains from globalized Medicare and Medicaid », octobre 2009, https://www.cepr.net/documents/publications/free-trade-hc-2009-09.pdf?__cf_chl_jschl_tk__=pmd_gRgnae9bLtIqCXdhPB2boaLLS9pMrdqdY.diVrVkNTo-1631447101-0-gqNtZGzNALCjcnBsZQe9, page consultée le 10 septembre 2021.

Center on Poverty and Social Policy, « Monthly poverty rates in the United States during COVID-19 », 15 octobre 2020, <https://www.povertycenter.columbia.edu/news-internal/2020/covid-projecting-monthly-poverty>, page consultée le 12 juin 2021.

Chetty Raj *et al.* « The Association between income and life expectancy in the United States, 2001–2014 », *Journal of the American Medical Association*, n° 315, 2016, p. 1750-1766.

Claxton, Gary *et al.*, « Employer Health Benefits – Annual Survey », *Kaiser Family Foundation*, 2013, <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2012/09/8465-employer-health-benefits-2013.pdf>, page consultée le 12 juin 2021.

Connell, John, *The Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility*, Northampton, 2015, p. 16-24.

Cortès, Pablo, *The Law of Consumer Redress in an Evolving Digital Market: Upgrading from Alternative to Online Dispute Solutions*, Cambridge, Cambridge University Press, 2018.

Deloitte, « Medical Tourism: Consumers in search of value », 2007, <https://www.globalwellnesssummit.com/wp-content/uploads/Industry-Research/Americas/2008-deloitte-medical-tourism-consumers.pdf>, page consultée le 11 septembre 2021.

Farr, Christina, « Walmart is so desperate to fix health care, it flies employees to top hospitals in other states for treatment », *CNBC*, 14 mars 2019, <https://www.cnn.com/2019/03/14/walmart-sends-employees-to-top-hospitals-out-of-state-for-treatment.html>, page consultée le 12 juin 2021.

Chambers, Arthur, « Trends in U.S. health travel services trade », United States International Trade Commission, août 2015, https://www.usitc.gov/publications/332/executive_briefings/chambers_health-related_travel_final.pdf, page consultée le 02 septembre 2021.

Cohen, Glenn, « Protecting patients with passports: Medical tourism and the patient-protective argument », *Iowa Law Review*, vol. 95, n° 5, 2010, p.1467-1567.

Cohen, Glenn, « Circumvention Tourism », *Cornell Law Review*, septembre 2012, vol. 97, n° 6, p. 1309-1398.

Cohen, Glenn, *The Globalization of Health Care: Legal and Ethical Issues*, New York, Oxford University Press, 2013.

Cortès, Geneviève, Faret, Laurent, *Les circulations transnationales : lire les turbulences migratoires contemporaines*, Paris, Armand Colin, 2009.

Cudmore Andrew, Bobrowski Paula, Kiguradze Tinatin, « Encouraging consumer searching behavior on healthcare web sites », *Journal of Consumer Marketing*, vol. 28, n° 4, 2011, p. 290-299.

Dalen, James, Alpert Joseph, « Medical tourists: Incoming and outgoing », *The American Journal of Medicine*, vol. 132, n°1, juillet 2018, p. 9-10.

DeMicco Fred, Cetron Marvin, « Club Medic », *Asia Pacific Biotech News*, 2006, vol. 10, n° 10, p. 527-531.

Dorn, Stan, « The Covid-19 pandemic and resulting economic crash have caused the greatest health insurance losses in American history », *Families USA*, 13 juillet 2020, <https://www.familiesusa.org/resources/the-covid-19-pandemic-and-resulting-economic-crash-have-caused-the-greatest-health-insurance-losses-in-american-history/>, page consultée le 12 juin 2021.

Dovlo, Delanyo, « Taking more than a fair share? The migration of health professionals from poor to rich countries », *PLoS Medicine*, vol. 2, n° 5, 2005, 10.1371/journal.pmed.0020109, page consultée le 12 juin 2021.

Esping-Andersen, Gøsta, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton, Princeton University Press, 1990.

Fassin, Didier, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.

Forgione Dana, Smith Pamela, « Medical tourism and its impact on the US health care system », *Journal of Health Care Finance*, vol. 34, n° 1, 2007, p. 27-35.

Gan, Lydia L., Frederick, James R., « Consumers' attitudes toward medical tourism », 09 mai 2011, Social Science Research Network, <https://ssrn.com/abstract=1837062>, page consultée le 12 juin 2021.

Gan, Lydia L., Frederick, James R., *The Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility*, 2015, p. 141-153.

Gan, Lydia L., Frederick, James R., « East-West differences among medical tourism facilitators », working paper, University of North Carolina-Pembroke (2013), cité dans *The Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility*, Northampton, 2015, p. 142.

Gesler, Wilbert, « Lourdes: healing in a place of pilgrimage », *Health & Place*, vol. 2, 1996, p. 95-105.

Gesler Wilbert, *Putting health into places: Landscape, Identity and Well-Being*, Syracuse, Syracuse University Press, 1998, p. 17-35.

Gesler Wilbert, « Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography », *Social Science and Medicine*, n° 34, 1992, p. 735-746.

Glinos, Irene, Baeten Rita, Maarse Hans, « Purchasing health services abroad: Practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries », *Health Policy*, vol. 95, n° 2-3, 2010, p. 103-112.

Hanefeld, Johanna, Smith Richard, *The Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility*, Northampton, 2015, p. 104-111.

Holliday Ruth, Bell David, Cheung Olive, Jones Meredith, Probyn Elspeth, « Brief encounters: Assembling cosmetic surgery tourism », *Social Science and Medicine*, vol. 124, janvier 2015, p. 298-304.

Horsfall, Daniel, Lunt Neil, *The Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility*, Northampton, 2015, p. 25-36.

Horowitz, Michael, Rosensweig Jeffrey, « Medical tourism vs. traditional international medical travel: a tale of two models », *International Medical Travel Journal*, n° 3, 2008, p. 30-33

Hottois Gilbert, Missa Jean-Noël, *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruxelles, De Boeck Université, 2001.

Howard, Christopher, *The Hidden Welfare State: Tax Expenditures and Social Policy in the United States*, Princeton, Princeton University Press, 1997.

IMTJ, « Most medical tourism to Mexico is dental or cosmetic », *International Medical Travel Journal*, 26 août 2015, <https://www.laingbuissonnews.com/imtj/news-imtj/most-medical-tourism-to-mexico-is-dental-or-cosmetic/>, page consultée le 12 septembre 2021.

Joint Commission International, « JCI-Accredited Organizations », <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/>, page consultée le 12 juin 2021.

Judkins Gabriel, « Persistence of the U.S.-Mexico border: expansion of medical tourism amid trade liberalization », *Journal of Latin American Geography*, vol. 6, n° 2, 2007, p. 11-32

Kaiser Family Foundation (a), « National Health Spending Explorer (1960-2019) », <https://www.healthsystemtracker.org/health-spending-explorer/?display=U.S.%2520%2524%2520Billions&service=Hospitals%252CPhysicians%2520%2526%2520Clinics%252CPrescription%2520Drug>, page consultée le 2 juin 2021.

Kaiser Family Foundation (b), « National Health Spending Explorer - Dental Care (1960-2019) », <https://www.healthsystemtracker.org/health-spending-explorer/?display=U.S.%2520%2524%2520Billions&service=Dental>, page consultée le 2 juin 2021.

Kaiser Family Foundation (c), « Health Insurance Coverage of the Total Population », 2019, <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?dataView=1¤tTimeframe=0&selectedDistributions=employer&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>, page consultée le 2 juin 2021

Lagace, Martha, « The rise of medical tourism: Q&A with Tarun Khanna », *Harvard Business School: Working Knowledge*, 17 décembre 2007, <http://hbswk.hbs.edu/item/5814.html>, page consultée le 2 juin 2021.

Lendner, Paul, « Medical tourism: Once ready for takeoff, now stuck at the gate », *Managed Care Mag*, 2021, <https://www.managedcaremag.com/archives/2018/4/medical-tourism-once-ready-takeoff-now-stuck-gate/>, page consultée le 2 juin 2021.

Lindblom, Charles, « The Market as prison », *The Journal of Politics*, vol. 44, n° 2, 1982, p. 323-336.

Lopez, Oscar, « Fleeing lockdown, Americans are flocking to Mexico city », *The New York Times*, 2 janvier 2021, <https://www.nytimes.com/2021/01/02/world/americas/virus-mexico-visitors.html?searchResultPosition=1>, page consultée le 12 juin 2021.

Lunt, Neil, Carrera, Percivil, « Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad », *Maturitas*, vol. 66, n° 1, 2010, p. 27-32.

Lunt, Neil, Horsfall, Daniel, Hanefeld, Johanna (dir.), *The Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility*, Edward Elgar Publishing, Northampton, 2015.

Madison, Kristin, « Regulating health care quality in an information age », *U.C. Davis Law Review*, vol. 40, n° 5, 2007, p.1577-1654.

Marlowe Joseph, Sullivan Paul, « Medical tourism: the ultimate outsourcing », *Human Resource Planning*, vol. 30, n° 2, 2007, p. 8-10.

Medical Tourism Association (a), « Medical Tourism Index », <https://www.medicaltourism.com/mti/home>, page consultée le 12 juin 2021.

Medical Tourism Association (b), « Destination Healthcare Guides », <https://www.medicaltourism.com/destination-healthcare-guide>, page consultée le 13 juin 2021.

Mettler, Suzanne, *The Submerged State: How Invisible Government Policies Undermine American Democracy*, Chicago, The University of Chicago Press, 2011.

Milstein, Arnold, Smith, Mark, « America's new refugees—seeking affordable surgery offshore », *New England Journal Medicine*, 2006, vol. 355, p. 1637-1640.

Pallarito, Karen, « Many Americans skip the dentist due to cost », *Health Day*, 16 décembre 2016, <https://consumer.healthday.com/dental-and-oral-information-9/misc-dental-problem-news-174/many-americans-skip-the-dentist-due-to-cost-717507.html>, page consultée le 2 juin 2021.

Patients Beyond Borders, « Medical tourism statistics and facts », 2021, <https://www.patientsbeyondborders.com/media#:~:text=%E2%80%9CPatients%20Beyond%20Borders%2C%20a%20publisher,from%2016%20million%20last%20year>, page consultée le 02 juin 2021.

Pellegrino, Edmund, « The commodification of medical and health care: The moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic », *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 24, n° 3, 1999, p. 243-66.

Private Healthcare UK, « Bupa International joins forces with JCI », 12 juillet 2010, <https://www.privatehealth.co.uk/news/bupa-international-joins-forces-jci-83294/>, page consultée le 10 juin 2021.

Quadagno, Jill, *One Nation, Uninsured: Why the U.S. Has No National Health Insurance*, New York, Oxford University Press, 2006.

Schoen, Cathy, Doty Michelle, Collins Sara, Holmgren Alyssa, « Insured but not protected: how many adults are underinsured? », *Health Affairs*, vol. 24, n° 1, 2005, <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.W5.289>, page consultée le 10 juin 2021.

Schoen, Cathy, Collins Sara, Kriss Jennifer, Doty Michelle, « How many are underinsured? », *Health Affairs*, vol. 27, n° 1, juin 2008, <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.27.4.w298>, page consultée le 10 juin 2021.

Snyder Jeremy, Crooks Valerie, Adams Krystyna, Kingsbury Paul, Johnston Rory, « The "patient's physician one-step removed": The evolving roles of medical tourism facilitators », *Journal of Medical Ethics*, vol. 37, n° 9, septembre 2011, p. 530-4.

Stephano, Renée-Marie, « Self-funding: Passport to medical tourism for U.S. employers » *Medical Tourism Association Magazine*, 2014, <https://www.magazine.medicaltourism.com/article/self-funding>, page consultée le 15 juin 2021.

Strange, Susan, *The Retreat of the State: The Diffusion of power in the World Economy*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.

Thompson, Derek, « How airline ticket prices fell 50 percent in 30 years (and why nobody noticed) », *The Atlantic*, 28 février 2013, <https://www.theatlantic.com/business/archive/2013/02/how-airline-ticket-prices-fell-50-in-30-years-and-why-nobody-noticed/273506/>, page consultée le 10 juin 2021.

Tolbert, Jennifer, Kendal Orgera, Damico Anthony, « Key facts about the uninsured population », *Kaiser Family Foundation*, 6 novembre 2020, <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/>, page consultée le 14 juin 2020.

Turner, Leigh, « First world health care at third world prices: globalization, bioethics and medical tourism », *BioSocieties*, vol. 2, 2007, p. 303-325.

Vargas Bustamante Arturo, Laugesen Miriam, Caban Mabel, Rosenau Pauline, « United States-Mexico cross-border health insurance initiatives: Salud Migrante and Medicare in Mexico », *Revista panamericana de salud pública*, vol. 31, n° 1, janvier 2012, p. 74-80.

Vequist, David, Valdez, Erika, « Medical tourism economic report: Monterrey, Mexico », *Medical Tourism Magazine*, vol. 4, n° 21, 2008.

Woodhead, Anthony, « Scoping medical tourism and international hospital accreditation growth », *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2013, n° 26, p. 688-702.

Wbur, « Utah funds public employees traveling to Mexico, Canada to save money on costly prescription drugs », 14 février 2020, <https://www.wbur.org/hereandnow/2020/02/14/utah-prescription-drugs-mexico>, page consultée le 12 septembre 2021.

Yeginsu, Ceylan, « Why medical tourism is drawing patients, even in a pandemic », *The New York Times*, 19 janvier 2021, <https://www.nytimes.com/2021/01/19/travel/medical-tourism-coronavirus-pandemic.html>, page consultée le 15 juin 2021.

NOTES

1. Le terme de « tourisme médical » a été écarté dans la conception de cet article pour plusieurs raisons : bien que le terme ne soit pas sans valeur épistémologique et analytique (les industries spécialisées dans le tourisme et le tourisme médical sont souvent liées, l'offre de soins médicaux des organismes de tourisme médical s'accompagnant le plus souvent de séjours dans des hôtels du pays receveur), le terme « tourisme médical » ne s'applique pas aux spécificités du cas étatsunien, notamment parce qu'il peut conduire à minimiser les raisons souvent vitales qui poussent ces personnes à traverser les frontières pour obtenir des soins médicaux (Milstein A. et M. Smith, 2006).
2. La notion de différentiel frontalier est définie ici après Anderson et O'Dowd, à savoir : « the exploitation of differentials in prices, interest rates, exchange rates and share prices over time and space » (Anderson J. et L. O'Dowd, 1999 : 597).
3. C'est-à-dire un régime de protection hybride (public-privé) qui confère une large place au marché dans la structuration de son offre de soins médicaux.
4. Les HMOs, *Health Maintenance Organizations* en anglais, sont des réseaux de soins médicaux coordonnés. Créés par la loi de 1973 (*Health Maintenance Organization Act*) ils se sont fortement développés dans les années 1990 pour devenir l'un des principaux pourvoyeurs de soins aux États-Unis.
5. Comme l'*American Society of Plastic Surgeons* ou l'*American Medical Association*.

RÉSUMÉS

Cet article analyse une nouvelle facette des inégalités du système de santé étatsunien, à savoir l'essor des mobilités de santé vers l'étranger depuis les années 2000. Alors que les citoyens les plus riches continuent de bénéficier d'une médecine de pointe sur le territoire national et qu'en parallèle, l'accès à la santé s'amenuise pour les plus démunis, quelques trois millions de personnes non ou sous-assurées se font chaque année soigner à l'étranger pour des raisons

financières. Ces migrations du Nord vers les Suds (Amérique centrale, Amérique du Sud et Asie) s'appuient sur la fracture sanitaire étatsunienne et sur les différentiels frontaliers liés à la mondialisation économique ; en parallèle, ces nouvelles mobilités de santé sont une source d'opportunités économiques pour les États-Unis et les pays receveurs. Ce travail interroge la thèse de l'« exceptionnalité » du système de santé étatsunien en étudiant les causes mais aussi les limites de l'essor de ces nouvelles mobilités de santé grâce à une approche interdisciplinaire utilisant les outils de la science politique de la géographie sociale et de l'économie de la santé.

This article analyzes a new facet of inequalities in the U.S. health care system, namely the rise of health mobility abroad since the 2000s. While the richest US citizens continue to benefit from advanced medicine on the national territory, and while access to health care is decreasing for the poorest, some three million uninsured or underinsured people seek care abroad each year for financial reasons. These migrations from the North to the Souths (Central America, South America and Asia) rely on the US health divide and on border differentials linked to economic globalization; at the same time, these new health mobilities are a source of economic opportunities for the United States and the receiving countries. This work questions the thesis of the "exceptionality" of the American health system by studying the causes but also the limits of the rise of these new health mobilities thanks to an interdisciplinary approach using the tools of political science, social geography and health economics.

Este artigo analisa uma nova faceta das desigualdades no sistema de saúde dos EUA, nomeadamente o aumento da mobilidade da saúde no estrangeiro desde os anos 2000. Enquanto os cidadãos mais ricos continuam a beneficiar de medicina avançada no território nacional e, ao mesmo tempo, o acesso aos cuidados de saúde está a diminuir para os mais pobres, cerca de três milhões de cidadãos não segurados ou subsegurados procuram tratamento no estrangeiro todos os anos por razões financeiras. Estas migrações do Norte para o Sul (América Central, América do Sul e Ásia) baseiam-se no fosso sanitário dos EUA e nos diferenciais fronteiriços ligados à globalização económica; ao mesmo tempo, estas novas mobilidades sanitárias são uma fonte de oportunidades económicas para os Estados Unidos e os países receptores. Este trabalho questiona a tese da "excepcionalidade" do sistema de saúde americano, estudando as causas mas também os limites do desenvolvimento destas novas mobilidades sanitárias graças a uma abordagem interdisciplinar que utiliza os instrumentos da ciência política, da geografia social e da economia da saúde.

INDEX

Mots-clés : Tourisme médical, frontières, inégalités de santé, États-Unis

Palavras-chave : Turismo médico, fronteiras, desigualdades na saúde, Estados Unidos

Keywords : Medical tourism, borders, health care inequalities, United States

AUTEUR

ELISABETH FAUQUERT

Elisabeth Fauquert est Maîtresse de Conférences à l'Université Paris Nanterre. Elle est l'auteure d'une thèse sur l'Obamacare, d'un manuel de civilisation des États-Unis (Armand Colin, 2019) et directrice et co-auteure d'un ouvrage collectif sur la présidence de Barack Obama (Atlande, 2019). Ses thèmes de recherche actuels portent sur l'étude du système de santé états-unien au XXI^e siècle (tourisme médical, stérilisation et régime contraceptif, géopolitique du Covid).