

Université de Montréal

**Santé et mobilité à Cuba : la fragmentation spatiale induite par l'industrie du tourisme
médical**

Par Mariève Deschamps-Band

Département de Géographie, Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de M. Sc.

Août 2017

© Mariève Deschamps-Band, 2017

RÉSUMÉ

Le tourisme médical – le fait de voyager afin d'obtenir des traitements médicaux – commence à recevoir une plus grande attention de la part de la communauté scientifique. Les études menées sur le sujet constatent que les industries du tourisme médical utilisent la santé comme outil afin de générer du profit. La manière dont les espaces de santé sont repensés pour accommoder une clientèle étrangère rend compte de l'émergence d'un champ de pouvoir entre les pays d'origine des patients et les pays de destination. Le présent travail de recherche explore ce champ de pouvoir qui s'élabore entre le Québec et Cuba, et cherche à savoir si les nouvelles mobilités liées à la santé participent à la fragmentation de l'espace médical cubain.

Le tourisme médical pourrait être considéré comme un large réseau qui oppose plusieurs régimes de mobilité. En y prenant part, les patients québécois pratiquent un transnationalisme médical qui se manifeste entre autres dans leur façon de penser leur expérience médicale à Cuba. Leur discours trouve écho dans les propos des acteurs institutionnels qui construisent ces lieux navigués par une population internationale, ce qui suggère une reconfiguration des espaces médicaux cubains orientée vers leurs exigences. L'accès inégal au droit à la mobilité jumelé à la réappropriation de l'espace médical cubain par les patients internationaux fragmentent l'espace et révèlent l'existence d'un champ de pouvoir qui, ici, oppose un pays du Nord, le Canada, à un pays du Sud, Cuba.

Mots-clés : Tourisme médical, Mobilité, Transnationalisme, Fragmentation spatiale, Cuba, Québec

ABSTRACT

Medical tourism – the fact of travelling to receive medical treatments – has recently received great attention from the scientific community. Several studies on the subject reveal that the medical tourism industry uses health as a tool to generate profit. The way medical spaces are refashioned to meet the foreign patients' needs exposes a field of power between the patients' country of origin and the destination country. Our research project is interested in unravelling this field of power between the Province of Quebec and Cuba, and seeks to determine if the new mobilities related to healthcare initiate processes of spatial fragmentation.

Medical tourism could be considered as a large network that opposes several levels of mobility. By integrating this network, Québécois patients practice a medical transnationalism that manifests itself in their way of expressing their medical experience in Cuba. The similarity between their discourse and the one of the institutional actors who construct international spaces suggests a reconfiguration of the Cuban medical space, oriented toward their expectations. The unequal access to the right to mobility coupled with the appropriation of the Cuban medical space by foreign patients induce spatial fragmentation and unveil a field of power between, in the present case study, Canada and Cuba.

Key words: Medical tourism, Mobility, Transnationalism, Spatial fragmentation, Cuba, Québec

RESUMEN

El turismo médico – el hecho de viajar para recibir tratamientos médicos – ha empezado a llamar la atención de la comunidad científica. Los estudios sobre el tema demuestran que la industria del turismo médico utiliza la salud como instrumento para generar beneficios privados. La manera en la cual los espacios de salud están modificados para atender a los pacientes internacionales, expone un campo de poder entre los países de origen de los pacientes y los países de destino. Nuestro trabajo explora este campo de poder entre la provincia de Quebec y Cuba, y trata de desvelar que las nuevas movi­lidades médicas participan en fragmentar el espacio.

Se podría considerar al turismo médico como una larga red en la cual se oponen diferentes niveles de movilidad. Los quebequenses que integran esta red practican un transnacionalismo médico que se manifiesta en su manera de pensar su experiencia médica en Cuba. Su discurso se refleja en el de los actores institucionales que construyen los lugares navegados por los pacientes extranjeros, lo que sugiere una reconfiguración de los espacios médicos cubanos, orientada hacia sus exigencias. El acceso desigual al derecho a la movilidad, añadido a esta apropiación del espacio médico cubano por los pacientes internacionales, induce un proceso de fragmentación espacial y expone el campo de poder entre, en este estudio de caso, Canadá y Cuba.

Palabras claves: Turismo médico, Movilidad, Transnacionalismo, Fragmentación espacial, Cuba, Quebec

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	vii
REMERCIEMENTS	viii
INTRODUCTION	1
<i>Enjeux liés à l'industrie du tourisme médical</i>	<i>2</i>
Privatisation des soins et réification de la santé	2
Reconfiguration des espaces du Sud	5
<i>Objectif et questions de recherche</i>	<i>9</i>
<i>Pertinence de l'étude</i>	<i>10</i>
CHAPITRE 1	13
<i>L'industrie touristique cubaine</i>	<i>13</i>
<i>Le système de santé cubain</i>	<i>16</i>
<i>L'internationalisme médical cubain</i>	<i>19</i>
<i>Le tourisme médical à Cuba</i>	<i>22</i>
CHAPITRE 2	26
<i>Cadre épistémologique</i>	<i>26</i>
Géographie du tourisme	26
Géographie des mobilités	28
Géographie de la santé	33
<i>Cadre conceptuel</i>	<i>36</i>
Mobilité	36
Accessibilité	39
Transnationalisme	42
CHAPITRE 3	46
<i>Méthodologie</i>	<i>46</i>

Échantillonnage	46
Échantillon	48
Une ethnographie multi-située	56
Traitement des données : analyse de discours et méthodes complémentaires.....	60
<i>Positionnalité</i>	63
<i>Limite de la recherche : travailler la fermeture</i>	66
CHAPITRE 4	69
<i>Mobilités différenciées</i>	69
La vitesse comme indicateur d'un accès privilégié à la mobilité	69
Les représentations de la mobilité	71
<i>Fragmentation spatiale</i>	79
L'accessibilité socio-cognitive du système de santé cubain.....	79
Reconfiguration et fragmentation.....	86
<i>Réseau et espaces transnationaux</i>	101
Le tourisme médical en tant que réseau.....	101
Un réseau transnational	108
CONCLUSION	114
BIBLIOGRAPHIE	121
MÉDIAGRAPHIE	129

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Campagne publicitaire 2016-2017 de Transat pour les destinations du Sud.....	7
Figure 2 : Campagne publicitaire de la clinique internationale COSTAMED, Mexique.....	8
Figure 3 : Événements marquants dans l'histoire du système de santé ainsi que des industries du tourisme et du tourisme médical cubains	25
Figure 4 : La Théorie des humeurs.....	33
Figure 5 : Carte des morts causées par le choléra, Londres 1854.....	34
Figure 6 : Comparaison des coûts pour certaines chirurgies offertes à Cuba.....	87
Figure 7 : Emplacement des cliniques internationales et des laboratoires de recherche de La Havane.....	88
Figure 8 : Espace vert du district de Siboney-Atabey	90
Figure 9 : Entrée du Centre international de la santé La Pradera	93
Figure 10 : Représentation graphique du modèle « hub and spoke » et de l'effet tunnel	95
Figure 11 : Taux de médecins par 1000 habitants à Cuba et dans 6 pays de l'OCDE.....	99
Figure 12 : Photos tirées d'un document publicitaire sur les services médicaux offerts aux étrangers à Cuba	107

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ALBA	Alliance bolivarienne pour les Amériques
CUC	Peso convertible cubain
ELAM	École de médecine latino-américaine
IMC	Internationalisme médical cubain
INTUR	Institut National du Tourisme (Cuba)
MINSAP	Ministère de la Santé Publique (Cuba)
MINTUR	Ministère du Tourisme (Cuba)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Québec)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SMC	Services médicaux cubains
SNS	Système de santé national (Cuba)

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche, Violaine Jolivet, pour ses conseils, son écoute et sa patience. Ses mots justes m'ont donné l'énergie et la motivation nécessaires pour continuer à travailler, même dans les moments de doute et de remise en question. Elle a pris le temps de partager avec moi ses connaissances et m'a constamment accompagnée afin que je puisse toujours pousser mes réflexions plus loin. Je souhaite ensuite exprimer ma gratitude à Patricia Martin, qui a été d'une aide inestimable depuis les tout premiers balbutiements de ce projet de recherche.

À mes parents qui ont cru en moi, qui ont toujours été à mes côtés. Votre ouverture d'esprit, votre amour de l'autre et votre générosité m'ont permis d'évoluer dans un milieu de vie riche et stimulant intellectuellement. Vous m'avez transmis un désir de découvrir le monde sous toutes ses facettes et de le comprendre. À Olivier, mon petit frère pourtant si grand, je te remercie d'être qui tu es. Ta présence me calme, et te savoir derrière moi dans les périodes de tension me rassure.

Merci à tous les participants à cette recherche qui m'ont généreusement offert de leur temps pour me partager leur témoignage. Je vous serai éternellement reconnaissante de la confiance que vous m'avez accordée. À tous les patients, vous êtes emplis d'une force incroyable qui m'a émue et m'émeut encore. Je vous porte tous dans mon cœur. À toute ma famille cubaine, vous m'avez plus qu'hébergée, vous m'avez fait grandir.

Finalement, je tiens à remercier le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada pour son soutien financier.

INTRODUCTION

La communauté scientifique définit le tourisme médical comme le fait de quitter son pays de résidence pour obtenir des soins de santé à l'étranger (Bovier, 2008; Connell, 2006; Crooks, Kingsbury, Snyder et Johnston, 2010; Hopkins, Labonté, Runnels et Packer, 2010; Nys, 2010; Wongkit et McKercher, 2015). Si le type de soin sollicité peut varier, il implique nécessairement une intervention médicale qui doit entraîner des bénéfices à long terme (Connell, 2006). Cette intervention médicale s'accompagne souvent d'une dimension touristique plus ou moins importante selon l'état de santé du patient (Connell, 2006; Crooks et al., 2010; Hopkins et al., 2010).

Il est possible de faire remonter l'origine du tourisme médical au VI^e siècle avant notre ère (Bovier, 2008). En effet, c'est aux peuples de la Grèce antique que sont attribués les premiers périples reliés à la santé. Par exemple, le temple d'Esculape à Épidaure était reconnu pour ses vertus curatives, ce qui incitait les populations de l'étranger à le visiter dans l'espoir d'obtenir guérison. De l'époque romaine jusqu'au Moyen-Âge, des cités entières ont été construites dans la foulée d'un engouement pour les sources thermales, engendrant ainsi le déplacement de plusieurs personnes qui souhaitaient bénéficier des bienfaits de ces eaux. Ce n'est qu'au XX^e siècle que nous constatons l'émergence de la forme contemporaine du tourisme médical. Des gens fortunés principalement du Sud¹ voyageaient aux États-Unis et en Europe pour profiter de l'expertise médicale des grands centres hospitaliers. Depuis une vingtaine d'années cependant, nous assistons à un renversement de la direction des flux migratoires reliés à la santé (Menvielle et Menvielle,

¹ Le binarisme Nord-Sud pour classer les pays, aperçu pour la première fois en 1980 dans un rapport de la Commission Brandt, remet en question le triptyque Premier Monde/Deuxième Monde/Troisième Monde, couramment employé durant la Guerre Froide (Chant et McIlwaine, 2009). Il se fonde essentiellement sur des principes économiques, offrant ainsi un équivalent à la terminologie Pays développés/Pays sous-développés. Cette nomenclature a cependant été critiquée car elle emprunte une terminologie géographique, émettant ainsi des généralisations quant aux caractéristiques des pays de l'hémisphère Nord et ceux de l'hémisphère Sud. Les expressions *Sud Global* et *Nord Global* apportent une nuance : « *the prefix 'Global' clarifies that this is not a geographical categorisation of the world. Rather, it is one based on economic inequalities [...]. In turn, the idea that the world is closely interconnected through a range of global processes is also reflected in this terminology* » (Chant et McIlwaine, 2009, p. 11)

2010). Aujourd'hui, le tourisme médical est surtout alimenté par le mouvement des classes moyennes des pays développés (Bovier, 2008; Connell, 2006).

Ce phénomène, tel qu'il s'articule depuis la fin du siècle dernier, prend beaucoup d'ampleur (Nys, 2010). Il est l'un des secteurs de l'industrie touristique qui s'accroît le plus rapidement (Wongkit et McKercher, 2015) – 10 fois plus vite que l'industrie touristique traditionnelle (Loick Menvielle, 2012). Avec ses 1,5 million de touristes médicaux, la Thaïlande était, en 2007, le pays qui accueillait le plus de patients internationaux (Nys, 2010). L'Inde se classait quant à elle au deuxième rang, avec 450 000 visiteurs médicaux. Si les estimations quant au nombre de patients qui se prévalent des services du tourisme médical divergent grandement d'une étude à l'autre à cause de la taxonomie qui n'a pas encore été établie², Jean-François Nys (2010) avance qu'aux États-Unis seulement, le nombre de personnes qui auraient voyagé pour recevoir des traitements médicaux serait passé de 150 000 en 2006 à 750 000 en 2007. Il était alors estimé que ce nombre atteindrait les 6 millions en 2013. En 2011, l'industrie du tourisme médical constituait 1% du PIB mondial, et en 2014 (Menvielle, 2012), il générait des revenus de près de 55 milliards de dollars US. Harriet H. Gray et Susan C. Poland (2008) soulignent toutefois que « *This new era of globalization in health care has arrived without the benefit of international standards, government oversight, or ethical and legal review* » (p. 197). La communauté scientifique se pose alors des questions quant à ses bénéfices réels pour la société.

Enjeux liés à l'industrie du tourisme médical

Privatisation des soins et réification de la santé

Si elle souligne une augmentation de la mobilité des individus, l'émergence de l'industrie du tourisme médical est avant tout symptomatique d'une incapacité des réseaux de santé locaux à répondre aux besoins de la population. Loick Menvielle (2012)

² Les statistiques sont souvent récoltées sans tenir compte des différentes pratiques de la mobilité en santé et considèrent dans un même ensemble les expatriés et les touristes hospitalisés d'urgence, par exemple.

parle de « l'impuissance des États occidentaux à faire face à l'implosion de leurs systèmes de santé, qui laisse en suspens le devenir de l'État Providence et des bénéficiaires qui lui sont liés » (p. 83). Les patients se sentent abandonnés par ce système qui semblait pourtant fondé sur un échange bilatéral : « *The ethical concern I had was . . . primarily related to the fact that I was supporting a medical delivery system [through taxation] that could not provide me . . . the quality of medical care that . . . I had assumed that would be available* » (témoignage d'un patient dans Snyder, Crooks et Johnston, 2012). En percevant l'accès à la santé comme un droit fondamental qui leur a été révoqué, ils justifient leur choix de se tourner vers des plateformes de soins alternatives et décrètent que l'existence de centres hospitaliers qualifiés vient pallier au déclin de leur système de santé (Snyder et al., 2012). Le tourisme médical devient donc une nécessité pour ces personnes qui ont perdu confiance en la capacité de leur système à mettre en place les outils essentiels à leur bien-être (Perfetto et Dholakia, 2010). Cependant, en cautionnant le tourisme médical, les patients encouragent inconsciemment la privatisation des systèmes de santé, qui minent l'accessibilité aux soins de santé pour les populations des pays d'accueil (Menvielle et Menvielle, 2010; Menvielle et Tournois, s.d.).

En effet, l'industrie du tourisme médical est essentiellement gérée par le secteur privé (Chen et Flood, 2013). Un survol de l'histoire de l'Inde et des pays d'Asie du Sud-Est, considérés comme les précurseurs du tourisme médical, permet de comprendre cela. La crise économique qui a frappé la région à la fin des années 1990 a considérablement affecté les capacités des familles à faire appel au secteur privé pour se procurer des traitements médicaux (Chen et Flood, 2013; Connell, 2013). Le tourisme médical a donc été considéré comme une « *lucrative business opportunity* » (Pocock et Phua, 2011, p. 1) pour compenser la perte de revenus engendrée par la baisse de fréquentation des centres hospitaliers privés (Chen et Flood, 2013; Connell, 2013). Des campagnes de libéralisation économique initiées par les gouvernements ont permis à ce secteur, pourtant déjà bien établi dans la région, de prendre de l'expansion (Gupta, 2008; Smith, 2012). Ce dernier a bénéficié de subventions gouvernementales, d'allègements fiscaux et d'un accès privilégié aux terres de haute valeur (Connell, 2011, 2013; Pocock et Phua, 2011). Ceci a

entraîné une dichotomie encore plus accentuée entre les systèmes de santé public et privé, qui suscite aujourd’hui des inquiétudes importantes quant à l’accessibilité aux soins de santé pour les populations moins nanties (Connell, 2006, 2011; Hopkins et al., 2010). Afin de s’adapter à la demande internationale, qui représente une source de revenus considérable (Chen et Flood, 2013), le système privé investit de plus en plus ses ressources financières dans des soins secondaires ou tertiaires plutôt que primaires. Il a d’ailleurs été noté que les traitements offerts aux patients internationaux nécessitent de quatre à cinq fois plus de ressources que ce qui est requis pour traiter les patients locaux. Les patients internationaux peuvent donc bénéficier de soins spécialisés de qualité alors que la population locale parvient difficilement à se procurer un suivi médical de base. Ainsi, sous le joug du tourisme médical, la médecine a intégré le marché global et incarne un outil capitaliste qui assure la pérennité économique des pays en voie de développement (Connell, 2011; Smith, 2012). Le tourisme médical est donc alimenté par la marchandisation de la santé (Johnston, Crooks, Snyder et Kingsbury, 2010).

Dans son ouvrage *The Social Transformation of American Medicine* (1982), le sociologue Paul Starr avance que la réification des soins de santé est directement liée à la libéralisation des marchés qui a consacré le rôle du consommateur (Chee, 2007). Le tourisme médical suit la logique corporative de maximisation des profits (Gupta, 2008), où les services ne sont offerts qu’à ceux qui possèdent les moyens de les payer (Connell, 2011). En ouvrant ses frontières aux patients internationaux, les pays visent à accumuler du profit en réorientant les activités d’un secteur capitaliste – le tourisme – vers un enjeu social – l’inaccessibilité des soins de santé dans les pays occidentaux (Menvielle, 2012). Menvielle et Tournois (s.d.) soulèvent d’ailleurs le paradoxe intrinsèque au tourisme médical : le rapprochement de « deux concepts parfois jugés antagonistes, la médecine dont les codes éthiques et déontologiques dominent la discipline et [...] le marketing qui a souvent été critiqué pour ses manquements à ce niveau » (p. 12). Dans ce contexte, la santé n’est plus envisagée comme un droit humain – comme l’a déclaré le Conseil Économique et Social des Nations Unies en 2000 : « *(h)ealth is a fundamental human right indispensable for the exercise of other human rights* » (Smith, 2012, p. 12) – mais plutôt

comme un « bien de consommation courant » (Menvielle, 2012, p. 84). Il est alors possible de constater l'instrumentalisation et la banalisation des actes médicaux (Menvielle, 2012; Menvielle et Tournois, s.d.). Les soins de la santé deviennent presque accessoires dans ce système qui valorise davantage les retours économiques.

Cette « dénaturalisation » de la santé (Menvielle et Tournois, s.d., p. 8) pourrait alimenter au sein des populations l'idée selon laquelle les soins médicaux sont des biens monnayables dont l'individu – et non la collectivité – est le pourvoyeur (Snyder et al., 2012). En réifiant la santé, les systèmes de santé ne tentent plus de maximiser les retours collectifs, mais préfèrent adopter la logique capitaliste d'offrir à la « clientèle » des soins proportionnels à leurs moyens financiers (Vijaya, 2010). Par conséquent, « *the focus shifts from the expansion of programs for those who cannot afford access to implementing advanced technologies for those who can afford access since the latter can expand profits* » (Vijaya, 2010, p. 62). La marchandisation de la santé par le tourisme médical n'apporterait donc pas des bénéfices équitables à l'ensemble des populations. En plus de profiter davantage aux patients internationaux et aux entreprises qui œuvrent dans l'industrie qu'à la population locale (Hopkins et al., 2010; Smith, 2012), le tourisme médical accentue les inégalités d'accès aux soins de santé au sein des pays d'origine. En favorisant une classe moyenne qui dispose des ressources financières pour défrayer les coûts d'une intervention médicale à l'étranger, cette industrie contraint les malades les plus démunis à tolérer les failles de leur système de santé ou à s'endetter pour recevoir les soins nécessaires (Turner, 2007).

Reconfiguration des espaces du Sud

Il serait possible d'avancer que ces débalancements rendent compte des rapports de domination qui s'articulent à l'échelle mondiale. Pour reprendre les paroles de Hoivik et Heiberg, « *to invest in international tourism is to invest in dependence* » (dans Crick, 1989, p. 321). Pour A. P. Maluga, cette dépendance a une portée néocoloniale : « *Since the success of tourism depends primarily on our being accepted in the metropolitan countries, it is one of those appendage industries which give rise to a neo-colonialist relationship and cause underdevelopment* » (dans Crick, 1989, p. 322). Le tourisme

médical révèle bien ces relations de dépendance qui unissent les pays en développement avec leur ancien empire colonial. L'industrie du tourisme médical fonctionne grâce aux apports technologiques des pays industrialisés, et ne pourrait survivre sans les patients de ces pays. Toutefois, cette situation comporte aussi une dimension paradoxale. Il semble que les relations de dépendance soient inversées alors que les pays développés s'appuient sur leurs anciennes colonies pour atténuer les failles de leurs systèmes de santé. Harkin (1995) parle de la présence d'une certaine « nostalgie du colonialisme » (p. 652) qui incite les gens du Nord global à voyager dans les pays du Sud. Par ailleurs, l'industrie du tourisme médical demeure inscrite d'une idéologie impérialiste. Les forces internationales du marché, entre autres mues par les volontés des consommateurs (Perfetto et Dholakia, 2010), forcent les pays d'accueil à adopter une approche médicale occidentalisée (Hopkins et al., 2010). Ainsi, pour se démarquer et attirer une clientèle internationale, ils développent une expertise dans des types de soins particuliers qui ne répondent pas aux besoins de la population locale (Wongkit et McKercher, 2015). Par exemple, les pays d'Europe de l'Est tels que la Pologne, la Hongrie et la Bulgarie se spécialisent dans les soins dentaires alors que les pays du Maghreb, l'Afrique du Sud et le Brésil sont reconnus pour leur offre en chirurgie esthétique (Borgne, 2007). L'industrie du tourisme médical semble alors cadrer avec l'industrie du tourisme conventionnel : elle s'articule autour d'un processus de reconfiguration spatiale qui vise une accumulation du capital.

Jean-Marie Miossec (1977), un géographe français, s'est intéressé aux processus de création d'*images touristiques*. Selon lui, la subjectivité propre à chaque touriste lui permet de concevoir un espace touristique de manière unique. Cette représentation spatiale est utilisée par les agences touristiques qui tentent, par une série de « décodages et recodages » (p. 64), de créer des images touristiques correspondant aux attentes des voyageurs. Les caractéristiques de l'espace touristique réappropriées par les agences constituent alors un « réseau de marqueurs » qui incite les touristes au voyage et les encadre du début à la fin de leur séjour à l'étranger (Gagnon, 2007, p. 5). Pour éveiller l'intérêt des voyageurs, ces marqueurs doivent participer à la construction d'un espace

comme « objet de désir » (ibid.). Cependant, puisque l'activité touristique tente de commercialiser des objets culturels qui, a priori, ne possèdent aucune valeur marchande, cette industrie « comporte le risque que l'apport de revenus devienne l'objectif principal de pratiques qui remplissaient une autre fonction au préalable, et qu'elles soient modifiées pour satisfaire les touristes et non plus pour remplir cette fonction initiale » (Cravatte, 2009, p. 610). Cette marchandisation de la culture nécessite une « codifi[cation] des caractéristiques dans une visée de reproduction » (Cravatte, 2009, p. 615), ce qui entraîne l'effritement des particularités des objets réifiés et mène à leur standardisation. Il se crée ainsi un décalage entre l'image touristique montée par les publicistes et l'espace réel. L'espace touristique est alors considéré comme une construction sociale vidée des réalités qui rendent un lieu dynamique (Squire, 1994). Par exemple, il est possible de constater la réduction des pays du Sud aux simples images de plage et de soleil.

Figure 1 : Campagne publicitaire 2016-2017 de Transat pour les destinations du Sud



Transat, 2016

Ces espaces sont d'ailleurs vendus comme un ensemble homogène sous l'étiquette des *Destinations Soleil*, comme s'ils étaient « interchangeables » (Dubinsky, 2016). La Figure 1 présente une annonce publicitaire de Transat qui exemplifie les processus d'homogénéisation qui affectent les pays du Sud. Le visage de la femme occupant l'essentiel de l'image, les particularités de l'espace touristique sont complètement éliminées. Celui-ci n'est réduit qu'à trois éléments : le soleil, la mer et les palmiers, reflétés dans les lunettes de la femme. L'absence d'un nom qui aurait permis l'identification du lieu participe à cette essentialisation des pays du Sud. La publicité tente alors de nous vendre un état de bonheur plutôt qu'une destination : peu importe la destination, il ne suffit que de reproduire le triptyque soleil-mer-palmier pour pratiquer un espace du Sud.

D'ailleurs, la maximisation des profits dans l'industrie du tourisme médical est possible grâce à la mobilisation du discours de marketing d'une industrie touristique typique (Smith, 2012). En effet, l'industrie emploie des méthodes de promotion telles que l'utilisation de porte-parole, d'offres promotionnelles et de témoignages qui misent sur la qualité et l'efficacité des traitements médicaux pour créer un besoin et vendre un service (Connell, 2006; Crooks et al., 2010; Perfetto et Dholakia, 2010; Rosensweig, 2007; Smith, 2012; Sobo, 2009). Cependant, même si ce sont les soins médicaux qui sont publicisés, les compétences médicales ne suffisent pas à attirer la clientèle (Perfetto et Dholakia, 2010). Les campagnes de marketing orientent alors leur discours vers les structures touristiques pour attirer les patients : infrastructures hôtelières, délicatesse et

Figure 2 : Campagne publicitaire de la clinique internationale COSTAMED, Mexique



disponibilité du personnel soignant, environnement paradisiaque de convalescence, etc. (Menvielle, 2012). Cette brochure d'une clinique médicale internationale à Playa del Carmen au Mexique témoigne justement de ceci (voir Figure 2). Le triptyque soleil-mer-palmier employé par l'industrie touristique conventionnelle est ici combiné à des images qui renvoient à l'idée d'une expertise médicale et d'une approche de soins humaine. Il est cependant possible de constater que l'accent est mis sur les divertissements offerts par l'institution de soins, l'expérience médicale étant par conséquent reléguée au second plan.

COSTAMED, 2017

Par ailleurs, de manière à limiter la réticence d'une clientèle qui craint toujours la piètre qualité des soins qu'elle pourrait recevoir à l'international (Connell, 2006; Menvielle et Menvielle, 2010), les centres hospitaliers montent des campagnes de publicité qui permettent « de réduire le fossé existant entre la perception des soins médicaux et la réalité de ces mêmes soins » (Menvielle et Menvielle, 2010, p. 113). Ainsi, la perte d'authenticité qui marque l'industrie touristique se traduit dans l'industrie du tourisme médical par la création de systèmes de santé parallèles s'adaptant aux normes occidentales. La Figure 2 illustre très bien ce processus d'occidentalisation des soins : on y présente des professionnels de la santé quelque peu blanchis dans un environnement qui rappelle les cliniques médicales occidentales. L'industrie du tourisme médical camoufle alors souvent des pans de la réalité médicale du pays d'accueil de manière à assurer un apport constant en capitaux étrangers. D'ailleurs, des compagnies d'accréditation telles que la *Joint Commission* évaluent la qualité des établissements de soins internationaux et fournissent des certifications lorsque ceux-ci répondent à leurs standards. Le représentant d'une clinique médicale québécoise a souligné lors d'un entretien que ces accréditations constituent un outil marketing important qui assure aux institutions de soins une certaine crédibilité auprès des patients étrangers.

Objectif et questions de recherche

La reconfiguration des espaces du Sud en fonction des besoins du Nord révèle un *champ du pouvoir* entre les pays du Sud et les pays du Nord pour le contrôle des ressources spatiales. Notre travail de recherche se penchera sur cet enjeu en étudiant les Québécois qui sollicitent des traitements médicaux à La Havane, la capitale cubaine. Il tentera de révéler que les mobilités transnationales en santé du Nord vers le Sud s'articulent autour d'un champ de pouvoir et fragmentent l'espace médical cubain. Afin de répondre à cet objectif, quatre questions sous-tendront notre travail :

1. Comment les patients québécois parviennent-ils à avoir accès à la médecine cubaine ?
2. Comment les espaces médicaux internationaux s'articulent-ils avec les institutions de santé nationales et le reste de la ville ?

3. Les centres de soin internationaux peuvent-ils être considérés comme des enclaves réservées aux touristes médicaux ?
4. Le terme *tourisme médical* est-il adéquat pour rendre compte de l'expérience médicale des patients québécois à Cuba ?

Notre réflexion s'élaborera en quatre parties. Premièrement, nous contextualiserons notre cas d'étude en offrant un survol historique de quatre secteurs d'activités. Ensuite, nous présenterons les courants épistémologiques dans lesquels s'insère notre travail ainsi que les concepts qui structureront notre analyse. Nous enchaînerons avec une exposition de la méthodologie que nous avons employée avant de conclure avec une analyse des données recueillies.

Pertinence de l'étude

Nous avons choisi de concentrer notre étude sur la mobilité des Québécois car le Canada a toujours entretenu un dialogue politique amical avec Cuba (McKenna, 2004; McKenna et Kirk, 2002). La cordialité des relations canado-cubaines s'est entre autres exprimée en 1976, lorsque le Premier Ministre canadien de l'époque, Pierre Elliott Trudeau, a effectué une visite officielle sur l'île caribéenne, faisant fi des tensions entre « Occidentaux » et « Communistes » dont souffrait le monde en pleine Guerre Froide. Seul pays des Amériques avec le Mexique à ne pas avoir rompu les relations diplomatiques avec l'île caribéenne dans la foulée de sa Révolution socialiste, le Canada a constamment soutenu une politique d'ouverture à l'égard du régime castriste, reconnaissant sa souveraineté et appuyant son auto-détermination. Il n'a jamais hésité à remettre en question la légitimité des sanctions économiques imposées par les États-Unis, sécurisant ainsi sa position en tant qu'important partenaire économique. En effet, aux lendemains du reversement du gouvernement de Batista, Cuba s'est rapidement tourné vers le Canada pour combler les pertes engendrées par l'embargo étatsunien. La proximité géographique du marché canadien de même que l'ancrage déjà bien établi des institutions financières canadiennes au pays a permis à l'île caribéenne de maintenir son approvisionnement en ressources qu'elle se procurait autrefois aux États-Unis. L'approche canadienne auprès de Cuba pourrait être qualifiée de « *constructive engagement* » (McKenna et Kirk, 2002, p. 52), alors que le dialogue est employé pour

tenter d'initier des changements en matière de démocratie et d'économie. Ceci a en parallèle permis au Canada de cristalliser ses rapports sociaux avec l'île. Depuis les années 1980, le Canada est ainsi le pays qui envoie le plus de touristes à Cuba (McKenna et Kirk, 2002; Simoni, 2015).

Malgré la stabilité de leurs relations diplomatiques, il est pertinent de reconnaître que le Canada et Cuba ont traversé des périodes de tensions, entre autres sous la gouvernance de Jean Chrétien dans les années 1990. Sans toutefois rompre le dialogue et les échanges commerciaux, le Canada a commencé à adopter « *a more critical approach toward Cuba at various times to smooth relation with the US* » (McKenna, 2004, p. 297). Depuis deux ans par contre, le Canada, et particulièrement le Québec, ont manifesté une volonté de solidifier leurs relations diplomatiques avec l'île. Comme l'a avancé Philippe Orfali (2016) dans un article qui couvrait la première visite officielle à La Havane du Premier Ministre du Québec Philippe Couillard : « Près d'un demi-million de Québécois visitent Cuba chaque année, et le Québec y injecte près de 300 millions par an, ce qui en fait un partenaire commercial intéressant pour l'État socialiste. »

La pertinence de notre recherche réside par ailleurs dans le fait que peu d'études sur le tourisme médical s'appuient sur une démarche empirique et adoptent plutôt une approche théorique (Connell, 2013). En effet, la majorité des analyses découlent d'anecdotes ou d'hypothèses qui restent à confirmer. En examinant ce processus sur plusieurs échelles et en le considérant comme un phénomène transnational, notre projet bonifiera la littérature sur le sujet et élargira la portée des géographies médicale et de la santé. En outre, le contexte géographique de cette étude accroîtra le corpus scientifique sur le tourisme médical, qui est de nos jours principalement orienté vers les pays asiatiques. Cuba, un pays qui a nationalisé son système de santé dans la foulée de sa révolution socialiste, présente effectivement un cadre d'étude intéressant alors que la majorité des travaux qui ont été menés sur le tourisme médical se sont penchés sur des pays qui possédaient, avant la mise sur pied d'une industrie du tourisme médical, un système de santé dual. En offrant de nombreux incitatifs financiers aux établissements privés pour qu'ils développent une expertise en tourisme médical, les gouvernements ont

participé à l'accentuation des déséquilibres entre leurs systèmes de santé public et privé (Connell, 2011; Hopkins et al., 2010; Connell, 2006). Il est pertinent de se demander si ce genre d'enjeux fait surface à Cuba. En effet, le paradoxe qui sous-tend l'arrimage d'une industrie capitaliste, le tourisme, à un bien social, la santé, semble d'autant plus important qu'il s'inscrit dans un territoire qui a voulu garantir un accès équitable aux soins de santé à l'ensemble de sa population. Finalement, cette étude se penche sur l'île caribéenne alors qu'elle traverse une période charnière de son histoire. Comme l'avance Brotherton (2008), l'émergence d'une industrie du tourisme médical à Cuba est emblématique de changements politiques et économiques majeurs qui s'opèrent au pays. Ainsi, les transformations quant à ses politiques migratoires, le rétablissement des relations diplomatiques avec les États-Unis ainsi que l'ouverture économique avec, entre autres, la tolérance des entreprises privées et des projets en *joint-venture*, risquent d'avoir une influence sur le développement de son industrie du tourisme médical. Par cette libéralisation des mouvements transnationaux, Cuba semble remettre en question l'un des piliers de sa révolution : le système de santé public.

Le cas cubain constitue alors un cadre d'analyse intéressant de par ses particularités historiques et politiques. Afin de mieux saisir la pertinence de ce projet de recherche, il est essentiel d'explorer comment l'île caribéenne organise son industrie touristique et son système de santé, et de comprendre comment l'industrie du tourisme médical interagit avec ces secteurs d'activités. La section qui suit propose de faire un survol historique du développement de ces trois services et de présenter un second pan de l'aide cubaine en matière de santé : l'internationalisme médical. La Figure 3 présentée à la fin du chapitre constitue une chronologie des événements marquants du système de santé ainsi que des industries du tourisme et du tourisme médical cubains. Le côté droit de la ligne du temps expose les transformations économiques et politiques qui se sont produites à l'intérieur alors que le côté gauche révèle les bouleversements diplomatiques qui ont affecté le pays.

CHAPITRE 1

L'industrie touristique cubaine

Il est possible d'observer une rupture importante entre la façon dont s'articulait l'industrie touristique avant la révolution cubaine et celle des premières années du régime socialiste. Sous Fulgencio Batista, l'île est reconnue pour son tourisme du divertissement, La Havane étant considérée comme l'un des pôles du « triangle du jeu » formé avec Miami et Las Vegas (Herrera, 2012; Simoni, 2015). Ce secteur d'activité est particulièrement florissant après la Seconde Guerre mondiale alors que Cuba développe un large réseau d'infrastructures hôtelières et d'autoroutes pour accueillir le nombre grandissant de visiteurs qui affluent sur l'île (Herrera, 2012; Taylor Jr. et McGlynn, 2009). Entre 1948 et 1957, ce nombre double presque pour dépasser le record enregistré de 272 000 touristes par an. Au tournant de la décennie, ce sont 347 500 personnes qui visitent l'île annuellement, ce qui représente 21% du flot de touristes dans la région des Caraïbes (de Holan et Phillips, 1997; Goodrich, 1993). À cette époque, le tourisme est l'une des trois industries qui rapportent le plus de devises étrangères au pays, et les Étatsuniens constituent 86% des visiteurs (Goodrich, 1993; Taylor Jr. et McGlynn, 2009).

L'industrie touristique est complètement bouleversée par le renversement du gouvernement de Batista et le début du régime socialiste. D'une part, la fin des relations diplomatiques entre Cuba et les États-Unis ainsi que les restrictions imposées à tout Étasunien désirant voyager sur l'île caribéenne réduisent significativement le nombre de voyageurs au pays (Goodrich, 1993). D'autre part, considérant le tourisme international comme une entreprise capitaliste facilitant l'émergence de vices tels que la prostitution, le trafic de drogues ou la dépendance au jeu, le nouveau gouvernement décide de nationaliser les hôtels de l'île et de démanteler toute attraction touristique qui s'oppose à l'idéologie socialiste (Chandana Jayawardena, 2003; de Holan et Phillips, 1997; Goodrich, 1993; Herrera, 2012; Taylor Jr. et McGlynn, 2009). Les investissements publics dans le tourisme chutent alors brutalement, de concert avec le nombre de visiteurs, qui

n'atteint pas les 50 000 au milieu des années 1970 et ce, malgré l'arrivée de touristes de l'Union soviétique.

Si le tourisme international est abandonné par le gouvernement socialiste, le tourisme national est, au contraire, valorisé (Herrera, 2012). En considérant le tourisme domestique comme un facteur de développement social, le nouveau gouvernement élabore des incitatifs afin de favoriser les mobilités à l'intérieur du pays (Simoni, 2015). Le Département des plages pour le peuple et l'Institut national du tourisme (INTUR), créés en 1959, respectivement nationalise les plages du pays et promeut le tourisme local comme outil éducatif permettant d'initier la population à l'histoire nationale et aux accomplissements du socialisme (Chandana Jayawardena, 2003; Simoni, 2015; Taylor Jr. et McGlynn, 2009).

Toutefois, vers la fin des années 1980, le gouvernement de Fidel Castro modifie son discours et réalise l'importance de l'industrie du tourisme international pour l'économie cubaine : « *We have to develop tourism. It is an important source of foreign currency. We do not like tourism. It has become an economic necessity* » (Discours de Fidel Castro à l'inauguration du Sol Palmeras Hotel, le premier établissement hôtelier en co-entreprise à Cuba (Mai 1991), dans Taylor Jr. et McGlynn, 2009, p. 406). C'est la chute de l'Union Soviétique qui vient confirmer la nécessité de redynamiser l'économie nationale en tentant, entre autres, de l'adapter au capitalisme global (Mazzei, 2012). Ainsi, comme en témoigne la Figure 3, l'île traverse une période d'effervescence caractérisée par l'élaboration d'une série de réformes économiques. Le régime socialiste déclare l'établissement de la Période spéciale en temps de paix, et des changements sont apportés à la structure économique du pays afin d'en assurer le redressement. À partir de 1993, le gouvernement permet la circulation du dollar américain sur l'île puis instaure graduellement une double économie en pesos et en pesos convertibles (à parité avec le dollar américain) (Brotherton, 2008; Ritter, 2004). En 2004, le dollar américain cesse complètement d'être utilisé pour les transactions commerciales au profit du peso convertible (Nadeau, 2005). Le 5 septembre 1995, l'État propose une nouvelle politique pour alimenter les investissements étrangers, la *Ley de la Inversión Extranjera*, connue

sous le nom de Loi 77. Cuba permet alors la création des *Sociedades Anónimas*, qui incluent les sociétés cubaines en coentreprise avec des compagnies étrangères et les entreprises privées détenues par des Cubains. Ces sociétés anonymes fonctionnent en parallèle à l'État et adoptent la logique capitaliste de maximisation des profits. Trois secteurs d'activités sont cependant exclus de cette nouvelle loi et demeureront entièrement publics : l'éducation, la santé et les forces armées. L'industrie du tourisme se conforme à ces changements structurels en intégrant l'économie en pesos convertibles et en élaborant des projets hôteliers en collaboration avec des compagnies internationales possédant les capitaux et l'expertise nécessaires pour développer une industrie touristique profitable économiquement (de Holan et Phillips, 1997; Mercier, 2002; Taylor Jr. et McGlynn, 2009). Le tourisme international devient alors « l'un des principaux piliers de [la] stratégie économique » de Cuba (Mercier, 2002, p. 465), soutenu par une logique sensiblement capitaliste et une volonté d'attirer les devises étrangères pour couvrir la dette nationale (Goodrich, 1993; Mercier, 2002). La compagnie touristique Cubanacán S.A est créée en 1987 et est intégrée à l'INTUR afin de développer l'offre touristique (Goodrich, 1993). L'objectif des changements apportés au secteur touristique est clair : assurer la rentabilité de l'industrie en diminuant les coûts et en augmentant les profits (de Holan et Phillips, 1997; Goodrich, 1993). Les régions côtières sont alors exploitées et de nouveaux complexes hôteliers à La Havane, à Varadero et à Santiago de Cuba s'y développent. L'élaboration de forfaits touristiques de type *Sea, Sun and Sand* offrant un bon rapport qualité-prix permettent au pays d'attirer un nombre grandissant de touristes (Simoni, 2015) – ce nombre a presque doublé entre 1978 et 1988, passant de 93 000 à 175 000 (Herrera, 2012). Si l'industrie touristique est insérée à l'économie en pesos convertibles, l'État cubain est cependant toujours en charge d'en commercialiser les services. Ainsi le INTUR, « *the monolithic institution in charge of all international tourists* » (de Holan et Phillips, 1997, p. 784) disparaît en 1994 au profit d'un Ministère du Tourisme regroupant plusieurs compagnies possédant leur expertise particulière (Mercier, 2002).

Aujourd'hui, plus de 4 millions de voyageurs visitent Cuba annuellement (Oficina nacional de estadística e información de Cuba, 2017). Depuis la fin des années 1980, ce sont les Canadiens qui constituent la grande majorité du flot de touristes, contrairement aux autres pays caribéens qui reçoivent principalement des visiteurs étatsuniens (Simoni, 2015). Entre 1981 et 2000, les revenus liés à l'industrie touristique ont subi une augmentation annuelle moyenne de 24,1% (Mazzei, 2012). Au début des années 2000, les revenus découlant de ce secteur constituaient 40% des « devises générées à l'exportation » (Herrera, 2012, p. 52), devenant ainsi la première source de devises étrangères devant l'industrie sucrière (de Holan et Phillips, 1997). Malgré tout, derrière les recettes qui découlent de l'accroissement de l'industrie touristique se cachent plusieurs enjeux. David Mercier parle entre autres des impacts que celle-ci peut avoir sur la perception que les citoyens cubains ont de la société dans laquelle ils évoluent. Alors que Fidel Castro a déclaré que la « révolution a converti le peuple cubain en propriétaire de son propre pays » (Fidel Castro dans Mercier, 2002, p. 467), qu'en est-il maintenant que « leur propre système semble privilégier, dans ce cas précis, davantage les touristes que les nationaux » (p. 468)?

Le système de santé cubain

Les transformations politiques et économiques qui ont agi sur l'industrie touristique cubaine ont aussi eu leurs impacts sur le système de santé du pays. Depuis plus d'une cinquantaine d'années maintenant, Cuba façonne son système de santé public afin de pallier aux imperfections du réseau qui dominait le paysage médical avant la Révolution socialiste de 1959 (Cooper, Kennelly et Orduñez-Garcia, 2006). Marqué par de grandes inégalités entre les milieux urbains et ruraux – le deux-tiers des médecins pratiquaient à La Havane –, une pénurie de médecins – il n'existait qu'une seule école de médecine sur l'île –, une approche curative plutôt que préventive ainsi que des déséquilibres importants entre un luxueux secteur privé et un secteur public démuné, le système de santé de la première moitié du XXe siècle ne permettait pas d'offrir des soins de qualité à l'ensemble de la population cubaine. En reversant le gouvernement de Fulgencio Batista, Fidel Castro fait de la réforme du système de santé l'un des piliers de la Révolution

socialiste cubaine. L'idée que la santé constitue un droit humain inaliénable que l'État se doit de protéger se trouve au cœur de toutes les politiques qui sont initiées par le nouveau régime (Brotherton, 2008; Domínguez-Alonso et Zacea, 2011). Par exemple, après le départ de plusieurs médecins cubains vers les États-Unis dans les années 1960 (Cooper et al., 2006), la formation des médecins a été perçue comme essentielle à l'établissement du nouveau système de santé et a bénéficié d'investissements massifs de la part de l'État (Briggs, 2011; de Vos et Van der Stuyft, 2009). Les médecins sont alors devenus les porte-étendards de la révolution médicale et les chevaux de guerre de la cause socialiste (Brotherton, 2008).

Par ailleurs, dans le but d'étendre l'accès aux soins de santé à l'ensemble de la population, un régime de santé entièrement public, davantage préventif que curatif et mobilisant la participation citoyenne a été élaboré (Briggs, 2011; de Vos et Van der Stuyft, 2009; Domínguez-Alonso et Zacea, 2011; Doyon et Brotherton, 2008). Sous l'égide du Ministère de la Santé publique (MINSAP), le Système de santé national (SNS) axe les nouvelles politiques de santé publique vers l'amélioration de l'hygiène publique (Cooper et al., 2006; Domínguez-Alonso et Zacea, 2011). Ainsi, comme l'illustre la Figure 3, après les perturbations engendrées par l'imposition de l'embargo étatsunien, Cuba est parvenu à stabiliser son économie et, ultimement, à consolider son réseau médical. Dans les années 1980, des programmes tels que le *Programa Médico y Enfermera de la Familia* (Programme médical et infirmier de la famille) sont mis sur pied et misent sur les soins primaires (Brotherton, 2008). Le gouvernement socialiste conçoit alors un réseau de polycliniques et d'hôpitaux afin de desservir adéquatement l'ensemble du territoire cubain (Briggs, 2011; Cooper et al., 2006). Celui-ci est constitué de trois niveaux qui répondent à des besoins spécifiques et qui ont l'obligation de fournir des soins de santé gratuitement à tous (Cooper et al., 2006; Domínguez-Alonso et Zacea, 2011). De juridiction municipale, le niveau primaire constitue 80% des actes médicaux, souvent offerts dans des polycliniques ou des cabinets de médecins de famille nommés *consultorios* (Brotherton, 2008). Les médecins qui pratiquent dans ce secteur assurent les campagnes de sensibilisation à la santé et fournissent des suivis médicaux de base

(Domínguez-Alonso et Zacea, 2011). Ils procèdent par ailleurs à une étude des problèmes de santé observés sur le territoire afin de cibler et d'organiser les campagnes de prévention appropriées (de Vos et Van der Stuyft, 2009). Le niveau secondaire couvre quant à lui 15% des traitements médicaux, qui sont majoritairement prodigués dans des hôpitaux généraux provinciaux (Domínguez-Alonso et Zacea, 2011). Les professionnels de la santé qui œuvrent dans ce niveau offrent des traitements médicaux afin d'éviter toute complication. Le niveau tertiaire regroupe 5% des interventions médicales, qui requièrent des opérations bien précises. Ces traitements sont dispensés dans des hôpitaux spécialisés ou d'autres institutions médicales nationales.

Grâce à ces politiques, de même qu'aux investissements dans les biotechnologies et l'industrie pharmaceutique, les rendements du système de santé cubain se démarquent de ceux des autres pays en voie de développement (Briggs, 2011). Charles L. Briggs parle d'ailleurs du « *bioexceptionalism* » cubain. Avec le ratio docteur-patient le plus élevé au monde, un réseau d'infrastructures médicales qui couvre adéquatement l'ensemble du territoire (de Vos et Van der Stuyft, 2009; Devi, 2014; Kirk, 2009b) de même qu'une industrie biopharmaceutique qui permet de répondre à 85% de la demande en médicaments (Cooper et al., 2006; de Vos et Van der Stuyft, 2009), Cuba est parvenu à atteindre des statistiques médicales telles qu'une espérance de vie et un taux de mortalité infantile meilleures que celles des États-Unis (Cooper et al., 2006; Devi, 2014). Ces avancées médicales ont toutefois été ralenties par l'embargo imposé par les États-Unis, l'effondrement de l'Union soviétique et la crise économique qui s'en est suivie sur le territoire cubain (Briggs, 2011). À cause d'une diminution drastique des importations de médicaments, de nourriture et d'équipements médicaux, les médecins cubains ont vu leurs options de traitements considérablement réduites et ont dû composer avec des infrastructures de plus en plus désuètes (Briggs, 2011; Brotherton, 2008). Par ailleurs, les changements apportés à la structure économique du pays évoqués plus haut sont perçus par plusieurs comme une contradiction aux fondements de la Révolution socialiste, entre autres car ils ont rendu précaire l'accès aux services de santé offerts par l'État cubain (Brotherton, 2008). En effet, maintenant confrontée à une pénurie de biens médicaux, la

population locale doit davantage se tourner vers des réseaux alternatifs pour se prémunir des traitements ou des médicaments dont elle a besoin. Un marché noir de médicaments a émergé, et les Cubains se permettent de plus en plus d'offrir de petits incitatifs matériels pour recevoir des services plus rapidement ou de meilleure qualité (Briggs, 2011). Ces mécanismes informels rendent compte des écarts qui existent entre « *the state's rhetoric on the provision of basic human needs and the actual lived experience of individual citizens* » (Brotherton, 2008, p. 262). Les politiques internationales en matière de santé exacerbent d'ailleurs ce décalage. En effet, l'internationalisme médical cubain, qui envoie des convois de médecins autour du globe, participe à une réduction de la disponibilité du corps médical sur le territoire cubain (de Vos et Van der Stuyft, 2009).

L'internationalisme médical cubain

Les politiques internationales en matière de santé du gouvernement cubain, regroupées sous le nom d'*internationalisme médical cubain* (IMC), sont motivées par l'idée que la santé représente un droit humain fondamental (Blue, 2010; Feinsilver, 2010; Kirk, 2009b). Par conséquent, elles constituent en quelque sorte le pendant international de la volonté du gouvernement cubain de fournir à sa population une couverture médicale équitable (Blue, 2010; Feinsilver, 2010). L'IMC s'appuie entre autres sur les discours de Che Guevara, qui prônait la solidarité plutôt que la compétition, et s'articule davantage autour du concept de « coopération » que « d'aide » (Brenner, Jiménez, Kirk et LeoGrande, 2014). L'emploi conscient du terme « coopération » par le gouvernement cubain souligne son désir de se défaire des relations de domination Nord-Sud et de miser sur une collaboration interétatique afin de favoriser l'élaboration de systèmes de santé qui puissent répondre aux besoins des populations locales (Castro, Melluish et Lorenzo, 2014). Il cherche à nourrir les échanges de connaissances entre Cuba et ses partenaires plutôt qu'à créer des rapports unilatéraux de dépendance (Huish, 2014). L'IMC devient alors un exemple d'*internationalisme prolétarien* (Feinsilver, 1989; Huish et Kirk, 2007), qui se fonde sur la conviction que la collaboration internationale favoriserait le bien-commun (Castro et al., 2014; Harris, 2009). Cela découle de l'idée qu'il existe davantage d'éléments qui rassemblent les différentes nations que d'éléments qui les divisent (Harris,

2009). L'internationalisme prolétarien souhaite donc le développement d'un large mouvement national et international qui s'insurgerait contre le capitalisme et ses méfaits. À Cuba, cette volonté se construit autour du symbolisme de figures historiques telles que José Martí et Simón Bolívar, qui ont respectivement amené les valeurs socialistes à se cristalliser sur le continent américain et milité pour un cosmopolitisme en Amérique latine. Le *Manifeste du Parti communiste*, rédigé par Karl Marx et Friedrich Engels, agit aussi comme source d'inspiration, entre autres grâce au passage qui souligne que « les ouvriers n'ont pas de patrie ».

En prenant appui sur ces ouvrages pour élaborer ses missions médicales, l'État cubain témoigne d'un désir de s'émanciper de la globalisation néolibérale et de proposer un discours alternatif, une *globalisation par le bas* orientée vers une collaboration entre les nations du Sud et la reconnaissance d'une justice sociale (Castro et al., 2014). Ce mouvement de contestation pourrait s'inscrire dans ce que Hagai Katz appelle la « *counter-hegemonic solidarity* » (Huish, 2014, p. 3). Katz décrit cette forme de solidarité comme une « *transitional phase* » (p. 3) durant laquelle les « *tools of globalization* » (p. 3) tels que les réseaux de transport et de communication sont employés afin de mener à l'affranchissement de cette même globalisation. À Cuba, le gouvernement emploie ses politiques internationales pour confronter les structures hégémoniques en place. Cela passe entre autres par l'offre aux pays vulnérables d'une assistance médicale qui mise sur l'exportation de professionnels de la santé et d'une pédagogie particulière en éducation médicale. En effet, l'aide médicale envoyée dans les pays en développement ainsi que les institutions d'éducation cubaines représentent un acte de revendication en faveur d'une société plus égalitaire (Huish, 2014). En relevant les failles du système capitaliste en santé et en proposant des solutions pour les éradiquer, elles participent à la légitimation du régime socialiste cubain ; « *The result is a new political landscape of counter-hegemonic resistance* » (p. 4).

L'IMC a été développé à partir de 1960 aux suites d'un tremblement de terre qui a frappé le Chili (Blue, 2010; Kirk, 2009a). Cuba devient alors le premier pays à former des médecins dans le but délibéré de les déployer dans les pays dans le besoin. À cette

époque, le gouvernement propose davantage une aide médicale d'urgence spontanée que réfléchie (Kirk, 2009b). L'assistance était apportée à toutes les régions vulnérables aux catastrophes naturelles et ce, peu importe l'allégeance politique des pays touchés. Dans les années 1970, le gouvernement cubain développe d'importants partenariats économiques avec l'Union soviétique (Castro et al., 2014; Kirk, 2009b). Ceci lui fournit assez de capital financier pour offrir un appui militaire et médical aux mouvements socialistes ou de libération qui s'élaborent autour du globe. Le déploiement de brigades médicales lors de ces conflits armés est central dans le soutien proposé par Cuba, et se fonde toujours sur le désir de participer à l'élaboration d'une large collaboration Sud-Sud (Artaraz, 2012; Castro et al., 2014; Kirk, 2009b). Le gouvernement mise alors davantage sur le côté humanitaire de ses interventions que sur l'assistance d'urgence. À la fin des années 1970, cependant, un changement significatif se produit dans l'approche cubaine. Le pays décide de développer des programmes de formation médicale dans les pays en développement afin de favoriser leur indépendance en matière de santé (Brenner, Jiménez, Kirk et Leo Grande, 2014). Il assure maintenant la gestion de plusieurs écoles de médecine un peu partout dans le monde³ (Kirk, 2009a) afin de remplacer graduellement par des professionnels locaux les troupes médicales cubaines dépêchées à l'étranger (Castro et al., 2014). L'idée est d'offrir une formation médicale holistique à ceux qui autrement ne disposeraient pas des moyens suffisants pour intégrer le système d'éducation de leur pays. Alors qu'en 1998, l'Amérique centrale est touchée par l'ouragan Mitch, le gouvernement de Fidel Castro décide d'inaugurer une école de médecine à La Havane, la *Escuela latinoamericana de medicina* (ELAM), dans le but d'offrir une formation médicale aux populations affectées par cette catastrophe naturelle (Kirk, 2009b). Ce programme a depuis été élargi à l'ensemble du continent américain, puis à l'Afrique (Huish et Kirk, 2007).

³ Au Yémen (1976), en Éthiopie (1984), en Ouganda (1986), au Ghana (1991), en Gambie (2000), en Guinée Équatoriale (2000) et en Guinée Bissau (2004) ainsi que dans quelques pays d'Amérique latine dans le cadre des accords de l'ALBA, l'Alliance bolivarienne pour les Amériques.

Aujourd'hui, près du quart des médecins formés à Cuba effectuent des missions dans 72 pays (Kirk, 2009a). Ceci fait en sorte que l'implication internationale de l'île caribéenne en termes d'assistance médicale dépasse celle de toutes les nations du G-7 réunies. Toutefois, la contribution de Cuba ne se limite pas qu'à l'envoi de professionnels de la santé à l'étranger. En effet, le pays reçoit et traite aussi des patients internationaux dans ses propres installations (Feinsilver, 1989). Comme l'avance un représentant d'une agence de tourisme médical québécoise, avec l'argent recueilli lors ses missions internationales et avec l'arrivée de patients étrangers sur l'île, l'État cubain souhaite ultimement « permettre un auto-financement du système de santé ».

Le tourisme médical à Cuba

Grâce à ses industries pharmaceutique et biotechnologique reconnues mondialement, Cuba s'est classé parmi les destinations les plus prisées pour le tourisme médical (Herrera, 2012). Des patients du monde entier, mais particulièrement du Canada, du Royaume-Uni, du Mexique et des États-Unis se rendent à Cuba pour recevoir des traitements médicaux aussi variés que des soins ophtalmologiques, oncologiques ou dermatologiques, des traitements dentaires ou des opérations orthopédiques. Toutefois, plus de 50% des interventions médicales prodiguées sont de caractère esthétique. Si le faible coût des interventions constitue un attrait – il peut être jusqu'à 75% moins élevé qu'une intervention de qualité équivalente aux États-Unis –, il semblerait que ce soit plutôt la qualité du système médical cubain qui incite les patients internationaux à venir se faire traiter sur l'île (Charatan, 2001).

Comme dans le cas de l'industrie touristique conventionnelle, l'établissement d'une industrie du tourisme médical à Cuba découlerait d'une volonté d'assurer le développement économique du pays et de pallier les pertes de capitaux engendrées par l'effondrement de l'Union soviétique (Brotherton, 2008). Comme plusieurs acteurs institutionnels cubains nous l'ont stipulé, jusqu'aux années 1990, les patients étrangers étaient accueillis gratuitement dans un désir d'offrir une couverture médicale à tous. Cependant, avec le nombre grandissant de patients intéressés par la médecine cubaine

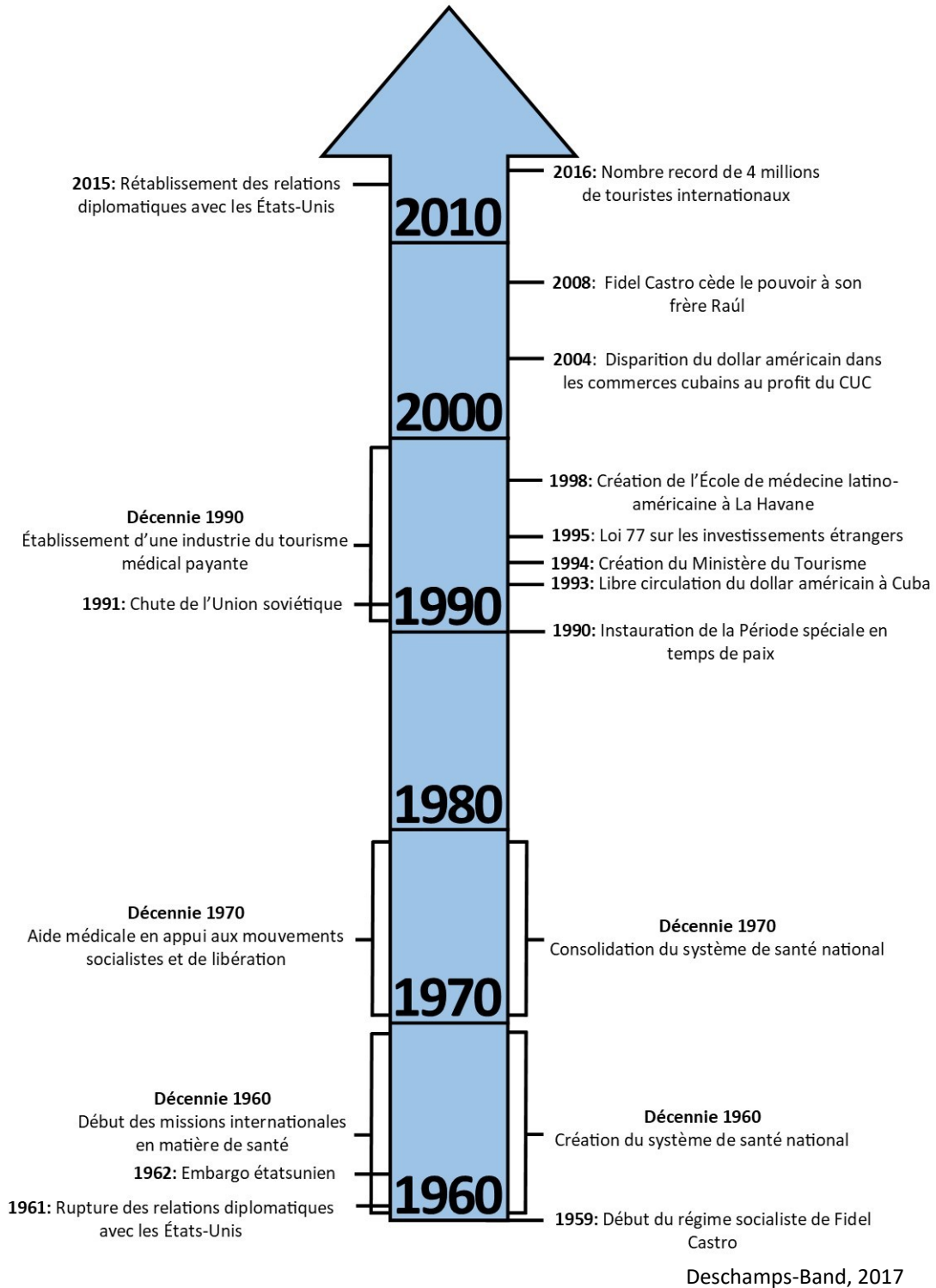
et les problèmes économiques auxquels faisaient face le pays à cette époque, la commercialisation des soins de santé est devenue un moyen de financer le système de santé. Un réseau de cliniques médicales internationales profite alors de l'ouverture économique initiée par l'instauration de la Période spéciale et commence à se développer à Cuba. Toutefois, en parallèle à cette industrie aux tendances capitalistes, Cuba offre toujours dans ses installations des services médicaux gratuits aux ressortissants de certains de ses partenaires diplomatiques. Ces ententes s'inscrivent dans un discours similaire à celui qui sous-tend l'internationalisme médical cubain. Ainsi, alors que certains patients doivent payer pour recevoir une attention médicale à Cuba, d'autres reçoivent ces soins gratuitement. Ceci ajoute une seconde dimension au paradoxe du tourisme médical à Cuba : si dans le cadre des missions médicales internationales, le gouvernement cubain fait preuve de solidarité en proposant des services de santé gratuits à l'ensemble des pays dans le besoin, peu importe leur allégeance politique, l'industrie du tourisme médical semble discriminer certaines populations au profit de leurs partenaires politiques. Par exemple, l'établissement de l'Alliance bolivarienne pour les Amériques (ALBA) expose une volonté d'offrir aux pays d'Amérique latine l'opportunité de se développer en proposant un discours contre-hégémonique dénonçant les relations impérialistes. En présentant un « modèle d'intégration régionale » (Artaraz, 2012, traduction libre, p. 31) misant sur « l'avantage collaboratif plutôt que le principe hégémonique d'avantage compétitif » (traduction libre, p. 31), elle propose une coopération interétatique axée sur « l'internationalisation des services médicaux et de l'éducation » (Yaffe, 2009, traduction libre, p. 152). Cuba et le Venezuela représentent en quelques sortes les deux piliers de l'ALBA ; le Venezuela fournit le capital financier et Cuba subvient aux besoins en capital humain. Les deux pays collaborent alors afin d'assurer un accès équitable aux soins de santé pour l'ensemble des États qui ont intégré l'ALBA. Depuis le début des années 2000, donc, Cuba accueille gratuitement sur l'île plusieurs Vénézuéliens qui requièrent des traitements médicaux (Azicri, 2009).

Contrairement à la plupart des pays qui ont institutionnalisé une offre de soins aux étrangers, Cuba a nationalisé son industrie du tourisme médical. Un oncologue cubain

rencontré à La Havane avance que puisque tout le domaine médical cubain dépend de l'État, aucune autre institution ne possède l'expertise pour gérer cette entreprise. Au début, la commercialisation des services de santé relevait de la société anonyme *Salud y Turismo S. A.*, une filiale de l'entreprise d'État Cubanacán qui, comme nous l'avons souligné plus tôt, relevait de l'INTUR (Brotherton, 2008; Doyon et Brotherton, 2008). L'industrie du tourisme médical ne dérogeait donc pas à la loi 77 puisqu'elle s'inscrivait clairement dans l'organigramme du Ministère du Tourisme (MINTUR). L'État a toutefois rapidement constaté la nécessité de combiner l'expertise du MINTUR à celle du Ministère de la Santé Publique (MINSAP) puisque toutes les infrastructures, l'équipement médical et le personnel soignant étaient gérés par ce ministère. Les deux ministères ont donc commencé à travailler conjointement sous le nom de Servimed pour commercialiser les soins de santé à l'étranger. Servimed a finalement été entièrement rapatrié au sein du MINSAP. Aujourd'hui, c'est la *Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos, S.A.*, une filiale du MINSAP, qui est en charge de développer l'industrie du tourisme médical.

Cette mise en contexte permet de mieux comprendre le paradoxe qui sous-tend l'émergence d'une industrie du tourisme médical à Cuba. Alors que le gouvernement socialiste a voulu garantir un accès équitable aux soins de santé à sa population par l'établissement d'un système de santé public, le tourisme médical utilise la santé comme un bien commercial. Cependant, de manière à mieux étudier les mobilités en santé et leurs répercussions sur l'île caribéenne, il importe de jeter les bases théoriques qui structureront ce travail de recherche. Le chapitre suivant exposera le cadre épistémologique de l'étude ainsi que les concepts qui traverseront l'analyse des données.

Figure 3 : Événements marquants dans l'histoire du système de santé ainsi que des industries du tourisme et du tourisme médical cubains



Deschamps-Band, 2017

CHAPITRE 2

Cadre épistémologique

Puisque les touristes médicaux vivent une expérience médicale qui s'articule autour de plusieurs pôles géographiques, nous avons privilégié un cadre épistémologique qui puisse nous permettre d'appréhender le phénomène du tourisme médical sous un angle transnational. Notre étude se trouvera donc à la jonction de trois branches de la géographie : la géographie du tourisme, la géographie des mobilités et la géographie de la santé.

Géographie du tourisme

Le tourisme a longtemps été une industrie oubliée par les sciences sociales (Britton, 1979; Squire, 1994). D'une part, ceci peut être expliqué par la fermeture des penseurs de ces disciplines à l'idée d'étudier un phénomène considéré comme un divertissement, et donc, peu sérieux et insignifiant (Britton 1979). D'autre part, la nouveauté du tourisme de masse, dont l'émergence remonte aux années 1950, limitait l'accès aux données fiables. Ainsi, si la géographie a grandement contribué à légitimer l'étude du tourisme en sciences sociales (Hall et Page, 2009; Hall, 2005), la géographie du tourisme a pris un certain temps avant de se développer (Merenne-Schoumaker, 1988).

Il est possible d'en retrouver les premières traces dans le corpus scientifique anglophone des années 1920 (Hall, 2005). À cette époque, les quelques projets de recherche élaborés se penchent surtout sur les retombées économiques du tourisme de même que sur les espaces investis par cette industrie (sites de divertissement extérieurs, parc nationaux, complexes hôteliers de bord de mer, chalets, etc.). Ils considèrent alors le tourisme comme un processus rural et à petite échelle. L'accroissement significatif de l'intérêt pour le tourisme en géographie s'est seulement produit lorsque cette pratique a pris de l'expansion à l'échelle internationale (Hall, 2005). Dans les années 1970, l'importance qu'accordent les populations aux activités récréatives, et parmi celles-ci le tourisme international, laisse présager l'affirmation d'une géographie du tourisme en tant

que sous-discipline. Toutefois, malgré la parution de quelques ouvrages-clés, celle-ci peine à faire valoir sa pertinence ; elle demeure trop détachée des autres branches de la géographie et son sujet d'étude conserve une mauvaise réputation. Le fait que les géographes du tourisme s'associent souvent aux écoles de business ou aux départements universitaires de tourisme laisse percevoir simultanément le manque de cohérence de cette branche d'étude et le peu de légitimité qu'elle possède au sein même de sa discipline (Hall, 2005; Hall et Page, 2009).

À partir des années 1980, la géographie du tourisme intègre la notion de commercialisation du lieu dans son épistémologie (Britton, 1979; Hall, 2005; Hall et Page, 2009). La sous-discipline commence à étudier l'ensemble du réseau d'acteurs qui alimente les flux touristiques plutôt que les touristes seulement (Merenne-Schoumaker, 1988). Elle peut alors préciser sa finalité : « s'attach[er] essentiellement aux stratégies spatiales, ce qui est possible en privilégiant principalement la production d'images et en analysant les dimensions spatiales des politiques d'aménagement et d'investissement » (Merenne-Schoumaker, 1988, p. 4). Cette réorganisation épistémologique a mené la géographie du tourisme à s'intéresser à « *the appropriation of an entire country or region* » (Britton, 1979, p. 278), qui nourrit les processus de désincarnation du lieu et d'érosion culturelle (Britton, 1979; Cazes, 1987). On cherche alors à comprendre comment la production d'*images touristiques* par les médias, entre autres, parvient à redessiner l'espace (Cazes, 1987; Squire, 1994). Ce phénomène sous-tendra notre projet de recherche. La géographie du tourisme offrira donc un cadre théorique intéressant pour comprendre comment l'espace médical cubain se construit et s'adapte à l'arrivée de patients étrangers.

À cette époque, la géographie du tourisme commence aussi à repenser le tourisme comme une pratique de la mobilité (Britton, 1979; Hall et Page, 2009). En l'associant à une forme de migration temporaire, elle vient combler certaines lacunes laissées par les géographies de la migration et de la population, qui se penchent essentiellement sur les mobilités permanentes (Hall, 2005). La mobilité touristique est alors analysée en relation aux phénomènes de globalisation et de transnationalisme, ce qui procure à la géographie

du tourisme la cohérence et la légitimité qu'elle recherchait, et permet de l'intégrer aux réflexions actuelles sur les mobilités (Hall et Page, 2009). Afin de bonifier l'apport conceptuel de la géographie du tourisme, nous solliciterons la géographie des mobilités. Elle pourra en effet nous fournir les notions nécessaires pour comprendre les mouvements de population reliés à la santé.

Géographie des mobilités

La science géographique pense la mobilité comme une forme de déplacement qui englobe plusieurs temporalités et qui se déploie sur plusieurs niveaux dans l'espace (Brulhardt et Bassand, 1981; Jenkins, 2009). Elle inclut autant les migrations internationales que les mouvements pendulaires quotidiens ou les voyages touristiques. Cette définition holistique de la mobilité n'a toutefois pas toujours existé au sein la discipline. En effet, pendant longtemps, la géographie considérait l'espace comme une entité fixe et délimitée (Cresswell et Merriman, 2011) et ce, malgré les travaux de Percy Crowe qui proposaient, dès les années 1930, de se détacher d'une « *static geography* » et de reconnaître que « *movement does not take place in a vacuum* » (Crowe dans Cresswell et Merriman, 2011, p. 1). Les lieux investis par les populations migrantes étaient étudiés indépendamment de ces mêmes populations. Les rapports d'influence entre un individu et son environnement étaient donc unidirectionnels : le lieu était immuable mais participait à la construction identitaire d'une personne. Ainsi, dans ce courant épistémologique, les processus contraires à la sédentarité étaient perçus comme « anormaux » (traduction personnelle, Sheller et Urry, 2006, p. 208). Les travaux de l'École de Chicago, un courant de pensée sociologique qui émerge dans les années 1920, permettent de souligner ceci. Même s'il est avancé que la mobilité spatiale fait partie intégrante de la vie urbaine – Burgess y fait référence comme le « pouls de l'agglomération » (Burgess dans Gallez et Kaufmann, 2009, p. 3) –, « l'espace ne constitue ni un facteur explicatif, ni l'objet principal d'analyse » (Gallez et Kaufmann, 2009, p. 2). La mobilité est plutôt réfléchi comme un indicateur de déséquilibre social, puisque, comme Park l'explique, « un changement social entraîne toujours un changement de position dans l'espace, et tout changement social, y compris celui que nous décrivons comme

progrès, entraîne une désorganisation sociale » (Park dans Gallez et Kaufmann, 2009, p. 3).

Nous pouvons alors constater que le rapport avec l'espace n'était que superficiellement exploré dans les études des mobilités du début du XXe siècle. Cependant, dans les années 1950 et 1960, plusieurs branches de la géographie humaine commencent à examiner les mobilités. Un intérêt pour les processus déterminant la répartition spatiale des populations les a rapidement amenées à se pencher sur les phénomènes migratoires (George, 1950; King, 2012). La géographie de la population, mais surtout la géographie féministe, ont pavé la voie vers une étude des mobilités prenant en compte les rapports de pouvoir qui les affectaient (Cresswell, 2010). À cette époque toutefois, le courant positiviste n'épargne pas la géographie, et l'appréhension de la mobilité par les géographies est surtout le fait de modèles scientifiques et mathématiques (Brulhardt et Bassand, 1981; Cresswell et Merriman, 2011; Jenkins, 2009). On souhaite alors créer des formules générales qui soient applicables à l'ensemble des situations migratoires. Par exemple, William Bunge, l'un des ambassadeurs du développement d'une pensée de la mobilité en géographie, propose de modéliser les mouvements populationnels comme le sont les courants électriques et les déplacements des substances liquides (Cresswell et Merriman, 2011a). La migration est alors considérée comme un choix rationnel issu d'une comparaison des caractéristiques économiques, sociales et politiques entre le lieu d'origine et celui de destination (Jenkins, 2009). Ceci marque le début de la théorie « *push and pull* » en géographie, qui souligne que des facteurs de répulsion incitent les populations à quitter leur lieu d'origine alors que des facteurs d'attraction les mènent à prioriser une certaine destination (Brulhardt et Bassand, 1981; Jenkins, 2009). Les méthodologies préconisées pour penser les mobilités sont alors principalement quantitatives. Les données qualitatives sont considérées comme anecdotiques, ce qui révèle la manière dont la géographie percevait le mouvement : « un coût et un temps mort » (Traduction personnelle, Cresswell et Merriman, 2011, p. 4).

Avec l'avènement de l'automobile comme moyen de transport, la géographie des transports est devenue la sous-discipline tout indiquée pour explorer les déplacements populationnels (Gallez et Kaufmann, 2009). Puisque ceux-ci sont toujours perçus comme un processus spatial purement utilitaire basé sur la loi du moindre effort, les personnes qui se déplacent par plaisir sont considérées comme des aberrations qui ne méritent pas d'attention de la part des sciences sociales (Cresswell et Merriman, 2011; Urry, 2005). Cependant, les chocs pétroliers de même que les crises économiques des années 1970 vont amener la géographie des transports à repenser son approche des mobilités (Gallez et Kaufmann, 2009). On constate que les modèles « technico-économiques » (Gallez et Kaufmann, 2009, p. 4) ne permettent pas de rendre compte des subtilités qui marquent les comportements individuels. On élabore alors une *socio-économie des transports*, qui s'appuie sur des concepts économiques, géographiques et sociologiques. La notion de *déterminant individuel de la demande de déplacement*, intégrée à l'étude des mobilités, favorise une compréhension plus holistique du mouvement. Les pratiques individuelles sont par ailleurs pensées de manière systémique, en interaction avec l'espace sur lequel elles s'articulent.

Ce virage épistémologique est reflété par une utilisation plus accrue de la notion de *mobilité* au cours des années 1980 (Brulhardt et Bassand, 1981; Gallez et Kaufmann, 2009; Jenkins, 2009; Pellerin, 2011; Sheller et Urry, 2006). On réfléchit alors les mobilités comme des processus spatio-temporels et sociaux complexes grandement influencés par des conditions politiques, économiques et environnementales changeantes. La fluidité des mobilités entraîne la création de différents régimes de mobilité qui interagissent et s'influencent (Brulhardt et Bassand, 1981). Quelques années plus tard, Tony Fielding entre autres, propose une nouvelle approche pour penser les mobilités (King, 2012). S'intéressant particulièrement aux migrations, il avance que celles-ci ne sont pas nécessairement induites par une répartition inégale des populations ou par les structures économiques en place, mais sont plutôt le résultat de l'agentivité de l'individu et de facteurs culturels. Kevin McHugh rappelle d'ailleurs la symbolique dont les migrations sont empreintes. On précise alors la définition de la mobilité en l'opposant au concept de

déplacement. La mobilité affecterait « l'histoire de vie, l'identité ou la position sociale de la personne » (Gallez et Kaufmann, 2009, p. 6) alors que le déplacement (ou la *fluidité*, pour reprendre le terme de Roderick McKenzie, qui, en 1927, avait déjà réfléchi sur cette distinction) ne se référerait qu'aux mouvements quotidiens qui n'ont pas de signification particulière. En ce sens, une augmentation des déplacements individuels n'est pas nécessairement associée à une forte mobilité.

L'intensification des flux migratoires et l'apparition de nouvelles formes de mobilités semblent cependant marquer les sociétés d'aujourd'hui (Cresswell, 2010). John Urry avance d'ailleurs que « ce qui définit le monde contemporain c'est la circulation, bien plus que les structures et les organisations stables » (Urry dans Gallez et Kaufmann, 2009, p. 7). En s'appuyant sur l'idée d'une « modernité liquide » – un concept exploré par Zygmunt Bauman qui rend compte des formes de sociabilité induites par de nouveaux systèmes de mobilité (Gallez et Kaufmann, 2009; Sheller et Urry, 2006) –, lui ainsi que d'autres collègues sociologues et géographes développent, au tournant du XXI^e siècle, le Paradigme des nouvelles mobilités (Cresswell, 2010a; King, 2012). Selon eux, la mobilité est beaucoup plus qu'un acte physique et un choix utilitaire (Cresswell, 2010a). Ce serait en fait un phénomène reposant au cœur des relations de pouvoir et des processus de construction identitaire. En effet, on reconnaît de plus en plus la géopolitique des mobilités et le rôle des instances politiques dans la construction des régimes de mobilité (Jenkins, 2009). Il est alors possible de constater l'émergence d'une littérature sur l'attente et l'immobilité (Cresswell, 2012) qui rend justement compte de ces différents niveaux d'accès à la mobilité (Cresswell, 2010a).

Par ailleurs, le Paradigme des nouvelles mobilités questionne les conceptions du lieu et de l'espace, traditionnellement perçus comme des entités immuables qui n'agissaient que comme « *containers for social processes* » (Sheller et Urry, 2006, p. 209). En pensant le lieu comme le nœud d'un large réseau qui le transcende, il « [remet] en cause l'idée même de société, d'ancrage, de territoire » (Gallez et Kaufmann, 2009, p. 7). Ce changement épistémologique a nourri la réflexion autour du phénomène de transnationalisme. Depuis les années 1990, les études sur les mobilités internationales se

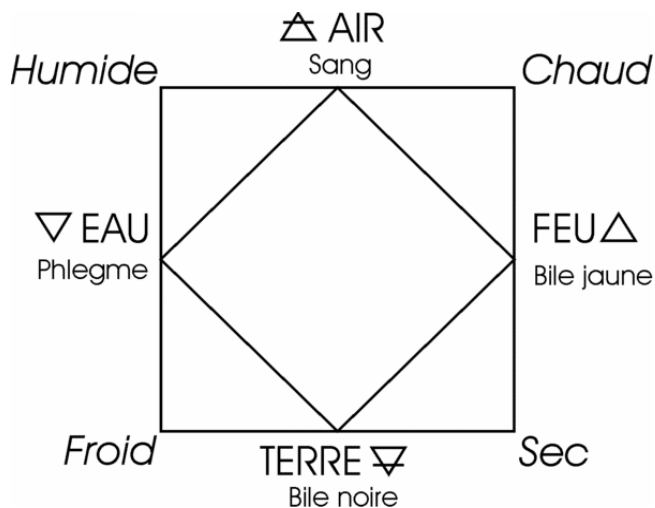
sont effectivement intéressées au transnationalisme des mouvements migratoires, défini par Basch et al. comme « *the process by which migrants ('transmigrants') develop and sustain 'multi-stranded relationships – familial, economic, social, religious and political – that span borders and link their societies of origin and settlement'* » (dans King, 2012, p. 144). La mobilité internationale n'est plus considérée comme un processus unidirectionnel qui implique le mouvement simple d'un point de départ vers une destination spécifique, mais plutôt comme un processus circulaire marqué par des allées et venues entre les divers nœuds du système migratoire (Jenkins, 2009). Les dimensions transnationales et géopolitiques seront grandement sollicitées dans le cadre de ce projet de recherche sur le tourisme médical québécois à Cuba. L'opposition entre mobilité et immobilité sera particulièrement centrale dans notre réflexion.

Finalement, afin d'appréhender les systèmes de mobilité émergents, il est nécessaire d'adopter des méthodologies plus appropriées. De nos jours, les données qualitatives viennent compléter le tableau sommaire que pouvaient brosser les données quantitatives découlant entre autres de l'examen de cartes, de recensements, de rapports étatiques et de documents ecclésiastiques (Jenkins, 2009). La lecture des paysages culturels est entre autres pertinente afin de comprendre comment les individus s'inscrivent dans l'espace et marquent le territoire. Les récits de vie et de migration deviennent ainsi d'importantes sources d'information (Jenkins, 2009; King, 2012; Sheller et Urry, 2006) : ils relèvent la manière dont les concepts de race et de nation sont intégrés aux discours (Jenkins, 2009). L'utilisation d'une ethnographie mobile et multi-située où le chercheur se déplace et suit son objet d'investigation permet de rendre compte de la complexité des systèmes de mobilité (Cresswell, 2012; Sheller et Urry, 2006). Dans le cadre de notre recherche, nous emploierons ces nouvelles méthodologies afin de considérer les mobilités liées à la santé. Nous solliciterons par ailleurs la géographie de la santé afin de compléter le cadre d'analyse de notre étude sur le tourisme médical.

Géographie de la santé

Il est possible de faire remonter au Ve siècle av. J-C la reconnaissance des impacts de l'environnement sur la santé humaine (Philibert et Riva, 2011). Dans son *Traité des Airs, des Eaux et des Lieux*, Hippocrate soulève l'importance d'étudier l'influence des saisons sur la santé afin de prévoir les maladies qui affecteront les populations annuellement. Selon sa théorie des humeurs, le corps humain est constitué de quatre humeurs (l'eau, le feu, l'air et la terre), qui sont elles-mêmes associées à un élément physique (respectivement le phlegme, la bile jaune, le sang et la bile noire) de même qu'à deux qualités (respectivement humide et froid, chaud et sec, humide et chaud ainsi que froid et sec) (voir Figure 4). Les maladies découlent d'un manque ou d'un surplus de l'une de ces quatre humeurs, et peuvent provenir de déterminants internes ou externes à l'être affecté. Afin de rebalancer l'humeur des malades, les médecins doivent donc agir sur l'élément lié à l'humeur qui a dérégulé le corps. La Figure 4 rend compte de l'équilibre entre les humeurs qui qualifie un état de santé.

Figure 4 : La Théorie des humeurs

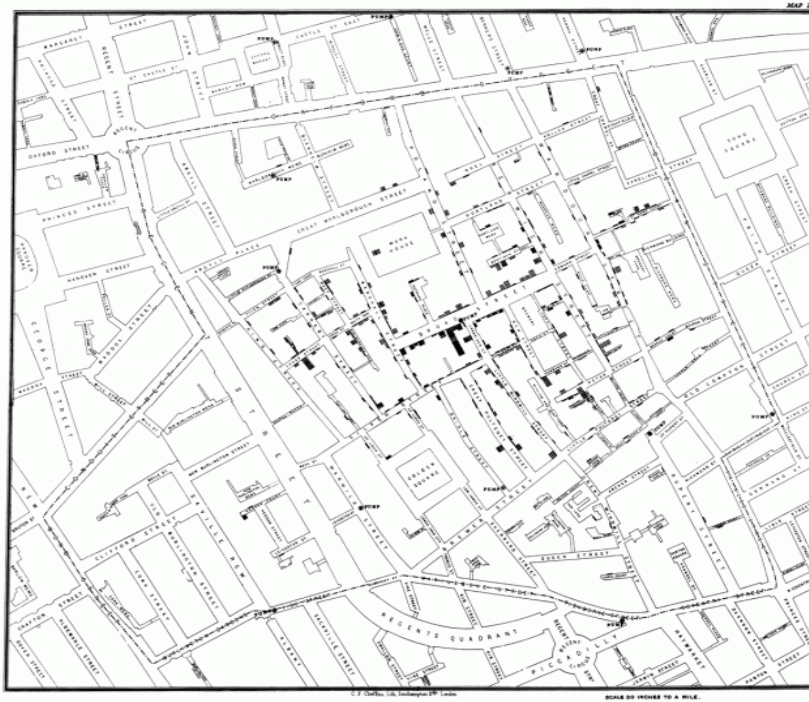


de Nancey, 2006

La théorie humorale occupa une place significative dans les études médicales jusqu'au XVIIIe siècle. Cependant, l'ère industrielle ainsi que le développement rapide des villes ont mené certains penseurs des sciences de la santé à intégrer des facteurs sociaux dans leur étude des maladies (Philibert et Riva, 2011). Au XIXe siècle, John Snow, l'un des

pionniers de l'épidémiologie, parvient, à l'aide de méthodes cartographiques, à isoler le vecteur de contamination qui a déclenché une épidémie de choléra à Londres en 1854 (voir Figure 5). En étudiant la répartition géographique des cas répertoriés de choléra, il constate que tous les foyers affectés s'alimentaient en eau à la même pompe publique. Ainsi, si John Snow n'a pu déterminer la cause même de l'épidémie de choléra, il a néanmoins réussi à en déceler la source de propagation.

Figure 5 : Carte des morts causées par le choléra, Londres 1854



Snow, 1854

Quelques années plus tard, l'émergence des sciences microbiologiques de même que l'intensification des maladies chroniques forcent le milieu médical à reconsidérer l'impact de l'environnement sur la santé (Philibert et Riva, 2011; Vigneron, 1995). On s'intéresse alors aux déterminants individuels de la santé (les habitudes de vie, par exemple) afin d'expliquer le développement des maladies.

C'est dans ce contexte épistémologique que la géographie médicale moderne fait ses débuts. Celle-ci se divise alors en deux sphères d'étude (Luginaah, 2009). La première replonge les maladies dans leur contexte spatial et propose d'observer leur diffusion sur

le territoire (Luginaah, 2009; Philo, 2007). La deuxième possède une visée davantage pratique : elle s'intéresse à la distribution des établissements de soin de santé dans un espace donné. La géographie médicale est donc, dans la première moitié du XXe siècle, une géographie au service des épidémiologistes et des planificateurs des réseaux de santé ; elle n'est sollicitée que pour la dimension spatiale qu'elle pouvait apporter aux études médicales (Jones et Moon, 1993; Vigneron, 1995). Fondamentalement descriptive, la géographie médicale permettait de rendre compte des dynamiques territoriales en santé, mais n'était pas sollicitée pour tenter de les expliquer ou de répondre aux problèmes sociaux qui les sous-tendaient (Jones et Moon, 1993) ; elle ne faisait que recenser (Ménard, 2002). Cette géographie positiviste et quantitativiste a grandement été critiquée, car elle réduisait des phénomènes complexes à de simples données cartographiques (Luginaah, 2009; Rosenberg, 1998).

Afin de répondre aux pressions internes et externes à sa discipline, la géographie médicale s'adapte, emboîtant le pas à plusieurs autres sciences sociales qui avaient entamé une réorganisation épistémologique (Philibert et Riva, 2011; Vigneron, 1995). Au début des années 1990, la géographie médicale devient progressivement une géographie de la santé (Philo, 2007). La maladie n'est plus considérée comme une entité fixe (Philo, 2007) déterminée par la seule présence de microbes, mais plutôt comme un phénomène social (Meade, 2014). Plusieurs penseurs de la géographie de la santé tels que Robin Kearns et Henri Picheral soulignent l'importance d'incorporer la notion d'*espace* à la sous-discipline (Dorn et Laws, 1994; Jones et Moon, 1993; Luginaah, 2009; Vigneron, 1995) :

L'épidémiologiste, le biostatisticien ont trop tendance à considérer l'espace comme une variable parmi d'autres ou seulement comme une grille de lecture et d'analyse de leurs données. L'espace est alors en quelque sorte désincarné, vidé de ce qui fait sa spécificité. [...] Comme si l'espace n'était qu'un simple support, une surface plane et homogène, en somme une sorte de décor de théâtre!

(Picheral, 1995, p. 20)

L'idée est de reconnaître les constructions sociales et politiques de l'espace et leur rôle sur la santé (Dorn et Laws, 1994; Jones et Moon, 1993; Luginaah, 2009). Les études sur la santé sont alors menées de manière pluridisciplinaire et s'intéressent

particulièrement aux caractéristiques socio-économiques des sujets observés. Une nouvelle méthodologie émerge, plus adaptée à cette nouvelle définition holistique de la santé. En intégrant les données qualitatives à son approche (Meade, 2014; Rosenberg, 1998), la géographie de la santé souhaite devenir un outil « [d]'analyse spatiale des disparités de niveaux de santé des populations et des facteurs environnementaux (au sens large) qui concourent à expliquer ces inégalités » (Vigneron, 1995, p. 36).

Les nouvelles problématiques qui émergent du monde globalisé forcent la géographie de la santé à explorer de nouveaux phénomènes (Dorn et Laws, 1994). Entre autres, les effets de la migration sur la diffusion des maladies ou l'influence des mobilités sur la construction de la santé sont des processus qui mériteraient d'être plus amplement étudiés (Rosenberg, 1998). Dans le cadre de notre projet de recherche, nous nous intéressons plutôt à la relation inverse en notant que l'inaccessibilité aux soins de santé peut alimenter les mouvements migratoires.

Cadre conceptuel

Il est possible de constater que le concept de *mobilité* est inhérent aux trois branches de la géographie dans lesquelles s'insère notre travail de recherche. Il constituera par conséquent le cœur de notre analyse sur le tourisme médical. De cette notion en seront dérivées deux autres : celles d'*accessibilité* et de *transnationalisme*.

Mobilité

La mobilité est une notion partagée au sein des sciences sociales (Brulhardt et Bassand, 1981; Cresswell, 2010a). Alors que la sociologie s'intéresse à la mobilité sociale, la géographie se penche plutôt sur la mobilité spatiale : comment les populations se meuvent dans un espace physique. Celle-ci représente un amalgame de processus spatio-temporels qui s'élaborent sur plusieurs échelles et se manifestent sous différentes formes (Cresswell, 2010a; Kaufmann, Bergman et Joye, 2004; Urry, 2005). Une analyse des pratiques spatiales s'intéresse entre autres aux facteurs qui induisent le mouvement ainsi qu'aux conséquences de celui-ci.

Selon Tim Cresswell (2010a), la mobilité n'est pas seulement qu'un phénomène spatial mesurable et utilitaire. C'est en fait et surtout un processus par lequel un individu dote le mouvement d'une signification particulière (Blunt, 2007; Cresswell, 2010a). Il avance alors que la mobilité est le résultat de l'assemblage de trois entités distinctes mais indissociables : le mouvement physique, les représentations et les pratiques (Cresswell, 2010b). Le mouvement physique fait référence au « matériel brut » qui favorise la création du déplacement (traduction personnelle, Cresswell, 2010b, p. 19). Il incarne la dimension de la mobilité qui est mesurable et cartographiable ; il sert de fondation aux analyses positivistes. Les représentations procurent au mouvement une symbolique. Puisque les représentations du mouvement sont socialement construites, il en existe une variété. Cresswell révèle entre autres comment les perceptions sociales de la mobilité se sont transformées avec le temps. Alors qu'avant, la mobilité était considérée comme un dysfonctionnement social par son manque d'ancrage territorial, et par conséquent, comme un affront à l'identité nationale, elle est aujourd'hui encodée positivement. Elle constitue en effet la base du discours sur la modernité, et est donc fréquemment associée à l'idée de progrès et de liberté. On pense alors les moments d'immobilité comme « *a wasted moment or a kind of emptiness and inactivity* » (Cresswell, 2012, p. 648). Finalement, la pratique de la mobilité renvoie à la manière dont le corps incarne et expérimente le mouvement (Cresswell, 2010b). Elle est grandement influencée par les codes sociaux. La forme du mouvement priorisée – que l'on prenne l'autobus ou l'avion, par exemple – ou le contrôle d'un individu sur son droit à la mobilité peuvent être autant de facteurs qui moduleront l'expérience de la mobilité.

Ainsi, la mobilité se construit à partir d'une « réalité physique », d'un « encodage culturel et social » et d'une expérience incarnée (traductions personnelles, Cresswell, 2010b, p. 20). L'union de ces trois constituants font de ce processus un objet politique : simultanément, il est le produit et agit sur la production des relations de pouvoir et des hiérarchies sociales (Cresswell, 2010b, 2012). Des facteurs identitaires tels que la classe, le genre ou l'appartenance religieuse peuvent donc affecter l'accès au droit à la mobilité. Ce dernier rend alors compte de la position privilégiée d'un individu au sein de la société

(Sheller et Urry, 2006). Blunt (2007) évoque entre autres que les politiques migratoires agissent directement sur la capacité à devenir mobile en misant sur « une politique de la différence » (traduction personnelle, Blunt, 2007, p. 3) qui s'appuie sur des caractéristiques socioéconomiques et identitaires. Par exemple, les travaux de Hague (2010) sur quatre jugements rendus par la Cour Suprême américaine entre 1857 et 1946 suggèrent que le droit à la mobilité n'était généralement que garanti à la population blanche ; les Afro-américains étaient plutôt forcés à l'immobilité. Il est alors possible de relever d'importantes disparités dans l'exercice de la mobilité : l'accès à celle-ci ainsi que les pratiques spatiales vont différer d'une personne à l'autre, souvent orientés par les schèmes de pensée dominants (Cresswell, 2010b; Gallez et Kaufmann, 2009; Sheller et Urry, 2006). Urry (2005) se réfère aux « voies rapides ou lentes de la vie sociale » pour parler de ces institutions et infrastructures qui « favorisent la mobilité des uns tout en renforçant l'immobilisme des autres » (p. 27). Par conséquent, la mobilité doit être pensée comme une ressource qui s'articule autant autour des régimes de vitesses que de l'immobilité (Cresswell, 2010a, 2010b). Jacques Lévy corrobore cette définition et propose que la mobilité est une forme de capital spatial qui renvoie à la capacité à employer les structures en place pour naviguer l'espace (Gallez et Kaufmann, 2009).

Il est alors possible de placer la mobilité au centre d'un « champ de pouvoir » entre plusieurs forces qui émergerait d'une volonté de s'approprier cette ressource (Raffestin et Barampama, 1998). Ceci rendrait compte de son caractère politique et donc de son potentiel à engendrer des inégalités. Les six dimensions de la mobilité explorées par Tim Cresswell (2010b) appuient d'ailleurs cette idée. Il est tout d'abord pertinent de se demander quelles sont les raisons qui incitent au mouvement. Ces raisons, que Cresswell appelle *forces* (p. 22), peuvent venir de facteurs internes ou externes à un individu. Comme nous l'avons souligné plutôt, la pratique de la mobilité s'articule autour de l'incarnation d'une expérience fortement orientée par les paradigmes sociaux en place. Cette expérience constitue l'une des composantes essentielles pour comprendre la politique de la mobilité. La vitesse à laquelle quelqu'un se déplace témoigne aussi de sa position au sein des régimes de la mobilité. De nos jours, la rapidité de déplacement est

perçue comme un signe « d'exclusivité » (traduction personnelle, p. 23). La mobilité comporte aussi un fort caractère rythmique : elle est composée de séquences de déplacements, d'arrêts, de répétitions. Il existe alors une « esthétique de la mobilité » (traduction personnelle, p. 24) qui distingue les mouvements acceptables ou valorisés de ceux qui ne le sont pas. La notion d'arrêt est intimement liée à la rythmique de la mobilité. Cresswell cherche à comprendre les conditions et les temporalités qui entraînent l'arrêt des déplacements, autrement dit, les *frictions* (p. 26) qui affectent la mobilité. Finalement, la mobilité est orientée : les flux migratoires suivent des routes imposées par les structures dominantes. Il est donc nécessaire, pour saisir la politique de la mobilité, d'examiner les « conduits » qui « canalisent » les déplacements (p. 24). Cresswell s'appuie entre autres sur les travaux de Gilles Deleuze et Félix Guattari et sur ceux de Stephen Graham et Simon Marvin pour expliquer comment l'espace se modifie et guide les pratiques migratoires. Pour Deleuze et Guattari, l'ordre social découle essentiellement de la production de structures qui dirigent les mouvements, rendant ainsi les mobilités adéquates. Graham et Marvin s'intéressent quant à eux aux réseaux d'infrastructures telles que les autoroutes ou les aéroports qui favorisent les déplacements. Ils constatent que les voies créées agissent comme des tunnels : elles connectent certains espaces et en isolent d'autres. Ceci participe à la production d'espaces exclusifs à une population privilégiée et d'enclaves détachées du reste du territoire (Cresswell, 2010b; Sheller et Urry, 2006). Par conséquent, « *distance is no longer the relevant variable in assessing accessibility. Connectivity is added to, or even imposed upon, contiguity (being next to)* » (Offner dans Cresswell, 2010b, p. 25). Il est alors possible de relever l'importance d'intégrer le concept d'accessibilité dans une étude sur la mobilité.

Accessibilité

La notion d'accessibilité est essentiellement géographique puisque, en plus d'offrir une indication de la distance qui sépare un lieu d'un autre (Dumolard, 1999; Ndonky, Oliveau, Lalou et Dos Santos, 2015), elle renvoie aux différentes formes de mobilités modulées par l'assemblage de facteurs sociaux et spatio-temporels (Kaufmann et al., 2004). Selon Kaufmann et al. (2004) et Ramadier (2011), l'accessibilité se construit autour

des options qui s'offrent à un individu – moyens de transport, infrastructures, services de transport – et des conditions d'accès à ces options. L'idée de coût souligne que les entraves à l'accessibilité englobent bien plus que des enjeux physiques (Ndonky et al., 2015). En effet, outre son aspect physique, l'accessibilité comporte des dimensions socioéconomiques, politiques et culturelles non négligeables (Kaufmann et al., 2004) : « [elle] n'est pas une propriété en soi de l'objet étudié : elle dépend toujours du contexte dans lequel cet objet se situe » (Ramadier, 2011, p. 1), contexte qui s'articule autour de normes socialement construites. L'accessibilité d'un espace n'est donc pas « une question d'intentionnalité de la part de l'individu qui cherche à atteindre l'objet visé » (Ramadier, 2011, p. 1), mais est plutôt grandement orientée par les infrastructures, les politiques en place et les paradigmes sociaux dominants. Pour accéder à des lieux plus aisément, un individu doit acquérir les compétences nécessaires pour naviguer l'espace. L'appropriation de ces habiletés renvoie à la capacité à apprécier l'utilité d'une compétence spécifique et à la sélectionner selon les besoins du moment. Il est alors possible de constater qu'il est primordial de replacer l'individu au centre des analyses sur l'accessibilité d'un lieu (Ndonky et al., 2015; Ramadier, 2011).

La géographie a cependant trop souvent considéré l'accessibilité comme une valeur intrinsèque à l'espace. Particulièrement en géographie de la santé, la communauté scientifique semble continuer à ne penser l'accessibilité aux soins de santé que par sa dimension spatiale (Hawthorne et Kwan, 2013). Elle est entre autres estimée à l'aide de mesures telles que la distance entre la population et les institutions médicales ou par l'étude des infrastructures routières. Quelques travaux de recherche ont toutefois tenté de la considérer dans sa globalité. Par exemple, Sara L. McLafferty souhaite élargir la conception scientifique que nous nous faisons de l'accessibilité aux soins de santé en la définissant ainsi : « *people's ability to use health services when and where they are needed* » (dans Hawthorne et Kwan, 2013, p. 99). En s'appuyant sur cette définition, plusieurs travaux ont cherché à évaluer la capacité à s'enquérir de soins de santé en considérant des facteurs sociodémographiques et culturels tels que le genre, la religion

ou l'ethnicité, et en les mettant en relation avec la satisfaction qu'un individu ressent en expérimentant un système de santé.

Dans ce même ordre d'idées, Ramadier (2011) déclare qu'il est nécessaire de décroiser l'espace géographique et de cesser de distinguer la pratique spatiale individuelle de l'accessibilité car celles-ci sont interdépendantes et s'influencent l'une l'autre. L'accessibilité socio-cognitive constitue un amalgame de considérations sociales, cognitives et géographiques qui permet de repenser le paradigme de l'accessibilité. Elle renvoie à « l'aisance avec laquelle l'individu peut, soit projeter sa présence sur les lieux, soit se faire une image de ce lieu (ses caractéristiques physiques et sociales, sa localisation, etc.), soit se faire une idée des règles sociales associées à ce lieu (ce qu'on peut y faire et comment, qui y fait quoi, etc.) » (Ramadier, 2011, p. 5). Plus simplement, elle fait référence à la lecture d'un lieu qu'un individu parvient à faire. Elle avance que les pratiques individuelles et les symboliques spatiales imposées par les structures sociopolitiques dominantes font varier la lisibilité d'un lieu d'une personne à l'autre. Ainsi, selon la théorie de l'accessibilité socio-cognitive, la mobilité serait induite par le « principe de remplacement » (Ramadier, 2011, p. 7), qui propose qu'un lieu serait praticable si le déplacement géographique nécessaire pour y accéder s'effectuait au sein des mêmes frontières sociales et cognitives. L'individu serait donc à la recherche d'une familiarité « qui, rappelons-le n'est pas dépendante de la durée de l'expérience sur les lieux, mais des schèmes intériorisés pour penser et agir dans l'espace géographique » (Ramadier, 2011, p. 7). Le concept d'accessibilité socio-cognitive pourra être sollicité pour saisir les raisons qui incitent les patients québécois à sélectionner Cuba comme destination médicale.

Par ailleurs, le concept d'apartheid touristique – qui a aussi été adapté à l'industrie du tourisme médical sous le nom « d'apartheid médical » – permet de rendre compte de l'importance du contexte sociopolitique dans la construction de l'espace (Mazzei, 2012). Celui-ci s'appuie sur la définition de l'apartheid pour mettre en lumière les bouleversements socio-spatiaux engendrés par les rapports de pouvoir. L'apartheid émerge d'une opposition entre deux groupes sociaux (Mazzei, 2012). Si les rapports de

force qui constituent l'apartheid sont souvent racisés, la dimension raciale n'est pas essentielle à sa définition. C'est plutôt l'existence d'une identité collective forte qui justifie la construction d'un système marginalisant tout individu n'appartenant à ce groupe. Des structures politiques, économiques et sociales sont alors employées pour asseoir le pouvoir d'un groupe sur l'autre, ce qui participe à la création d'importantes inégalités entre dominants et dominés. L'industrie touristique cubaine a, jusqu'à tout récemment, employé des méthodes de mise à distance entre les populations locale et étrangère similaires à celles mobilisées dans un système d'apartheid (Mazzei, 2012). En effet, des réseaux d'infrastructures (hôtels, restaurants) et de services (autobus, trains) étaient destinés à l'usage exclusif des touristes et créaient un décalage entre les espaces touristiques et le reste du territoire cubain. Les étrangers pouvaient donc bénéficier d'installations de luxe et d'un accès assuré à de la nourriture de qualité alors plusieurs Cubains peinaient à satisfaire leurs besoins primaires. Cependant, la dimension identitaire n'était pas présente dans les rapports qui opposaient la population locale aux touristes. Par ailleurs, les politiques instaurées ne visaient pas spécifiquement à assurer la domination d'un groupe par la stigmatisation de l'autre. Les étrangers n'ont aucun pouvoir politique au sein de l'industrie touristique cubaine ; c'est plutôt l'État qui possède le capital politique pour agir sur le système et nourrir les disparités entre locaux et touristes. Malgré le fait que le concept d'apartheid touristique ne semble pas être applicable à l'industrie touristique cubaine, il permet de mettre en évidence les transformations spatiales dans les pays du Sud qui sont induites par la mobilité des populations du Nord. Certaines idées qui ont participé à la construction de la notion d'apartheid touristique pourront donc être reprises dans notre analyse du réseau médical international à Cuba.

Transnationalisme

Comme nous l'avons souligné plus tôt, les études sur les mouvements populationnels ont adopté le Paradigme de la mobilité après avoir constaté que les pratiques migratoires étaient généralisées, mais diversifiées (Cortès et Faret, 2009; de Wenden, 2013). La mobilité, considérée par plusieurs comme un élément essentiel à la

modernité (Cresswell, 2010b), n'est donc plus pensée comme un phénomène linéaire « supposant une rupture avec le lieu de départ et une 'insertion' dans un autre lieu » (Cortès et Faret, 2009, p. 11), mais plutôt comme un processus circulaire caractérisé par de nouvelles temporalités et des mouvements de va et vient (Retaillé, 2014). Le concept de « circulation migratoire » est plus approprié pour qualifier ces mouvements qui comportent autant de dimensions spatiales que sociales et émotives. Il envisage le phénomène migratoire dans son ensemble en considérant la mobilité des individus de même que les structures sollicitées pour la pratiquer. Il cherche, « en mettant l'accent sur la dimension répétitive et durable des flux » (Cortès et Faret, 2009, p. 12), à déconstruire la conception traditionnelle des migrations qui les définit comme des processus purement spatiaux et irréversibles qui n'unissent que deux lieux spécifiques. Plutôt, selon Stéphane de Tapia, la circulation migratoire « structure un espace véritablement transnational » (de Tapia dans Cortès et Faret, 2009, p. 76).

Le transnationalisme est un phénomène socio-spatial intimement lié au processus de globalisation (Krätke, Wildner et Lanz, 2012). Celle-ci renvoie à la reconfiguration des rapports sociaux, politiques, économiques et culturels qui intensifie entre autres les flux de biens, d'individus et d'idées. Agissant sur l'étendue géographique des réseaux d'échanges, elle participe à l'émergence de pratiques transnationales. Le transnationalisme fait référence à un système complexe d'individus, de lieux et d'institutions qui s'articule hors des frontières politiques. Il s'intéresse aux relations sociales, politiques, économiques ou culturelles qu'entretient un migrant avec son pays et/ou sa communauté d'origine (King, 2012). Ces êtres « d'ici » et de « là-bas » appelés *transmigrants* construisent leur identité à partir de plusieurs pôles géographiques ce qui, par conséquent, alimentent une remise en question de la spatialité de l'État-nation, cette entité traditionnellement perçue comme étant bornée par des limites territoriales politiquement établies (Cortès et Faret, 2009; Retaillé, 2014). Cette socialisation qui évolue par-delà les frontières politiques pourrait aussi interroger la définition même de l'espace. Or, au contraire, « les espaces, les territoires, les identités ne disparaissent pas, ils se transforment » (de Wenden, 2013, p. 25).

En effet, les pratiques transnationales ont une incidence sur la construction de l'espace (Cresswell, 2009). En plus de s'articuler autour d'une multipolarité géographique, elles exacerbent l'interpénétration de l'espace global et de l'espace local (Cortès et Faret, 2009). Le transmigrant est un acteur important dans ces reconfigurations spatiales, car il investit l'espace tant par sa propre mobilité que par celle des biens et des valeurs qu'il véhicule dans ses déplacements. L'intensité de l'ancrage territorial du transmigrant dans son lieu de destination ainsi que des rapports entretenus avec sa communauté d'origine varient grandement selon le type de mobilité pratiquée, ce qui engendre des marquages territoriaux différents (Cortès et Faret, 2009; Glick Schiller, 2012; Krätke et al., 2012). Il est entre autres possible de distinguer les transnationalismes « par le haut », induits par une élite professionnelle, des transnationalismes « par le bas », nourris par les migrants d'origine plus modeste (Blunt, 2007; King, 2012; Krätke et al., 2012). Ces transnationalismes « par le bas » ont une incidence particulière sur le façonnement de « translocalités » (Glick Schiller, 2012; Smith et Guarnizo dans Krätke et al., 2012, p. 6), ces espaces investis et traversés par des cultures et des modes d'habiter divers (Krätke et al., 2012). Ils sont :

characterized by a multilayered deterritorialization and reterritorialization of economic, social, cultural, and political relations (cf Soja 2000). In this way, the established 'mosaic' of nation-state is being overlaid by the discontinuous territoriality of global (transnational) networks, in which sub-national territories and places are embedded as local nodes of global networks (p. 8).

Les villes en particulier sont considérées comme des sites où l'on peut observer cette mise en réseau et cette interpénétration des échelles géographiques. Elle offre non seulement un cadre géographique à des flux transnationaux pour se reterritorialiser (King, 2012; Krätke et al., 2012; Sheller et Urry, 2006), mais constitue aussi en soi une « force » du transnationalisme (Krätke et al., 2012, p. 1 et 3) : sa position privilégiée dans le système global permet aux pratiques locales de se transnationaliser. Le concept d'*espace urbain transnational* est employé pour révéler les reconfigurations spatiales provoquées par les processus transnationaux. Ces espaces sont constitués d'éléments socioéconomiques et physiques produits et mobilisés par des individus dont la socialisation évolue dans un

cadre transfrontalier. Ainsi, les espaces urbains transnationaux émergent autant de la présence d'acteurs transnationaux que de la pratique dont ces acteurs font de ces espaces. Krätke et al. (2012) propose une « classification des manifestations des espaces urbains transnationaux » (traduction personnelle, p. 10) afin d'étudier la manière dont se construisent ces espaces. Celle-ci examine les transformations socio-spatiales découlant des processus transnationaux économiques et socioculturels en s'appuyant sur quatre échelles d'analyse : macro, meso, micro et petites localités au sein des villes. Dans le cadre de notre travail de recherche, nous nous intéresserons particulièrement à des observations aux niveaux de la ville et du quartier.

La transnationalité des villes peut être entre autres expliquée par la théorie de l'espace mobile développée par Denis Retraillé (Retraillé, 2014). Dans le nouveau paradigme de la modernité, qui s'appuie sur l'hypothèse que le monde est traversé par une mobilité généralisée, l'espace est un « intervalle » (p. 18) dont la métrique est variable : il ne peut être défini que lorsque des lieux parviennent à coexister spatialement et à s'unir dans une temporalité qui permette leur coprésence. Ces lieux émergent du contact des dimensions culturelles, politiques et économiques du monde en feuilletage, ce « lieu à la dimension de la terre » (p. 20). Ils sont donc issus d'une « combinaison changeante » (p. 21), disparaissent et réapparaissent, et sont dotés d'une capacité à être mobiles : ils se meuvent, rendant ainsi l'espace éphémère. Retraillé suggère alors que l'espace géographique perd sa localité. Cette idée d'espace mobile sera pertinente dans le cadre de notre travail sur le tourisme médical. Elle pourra être sollicitée pour comprendre comment un espace médical international « glisse de site en site » (Retraillé, 2014, p. 23) et parvient à s'inscrire dans l'espace local.

CHAPITRE 3

Méthodologie

Échantillonnage

Les concepts précédemment explorés seront investis dans l'analyse des données qualitatives que nous avons recueillies entre octobre 2016 et mars 2017 par l'entremise d'entrevues semi-dirigées. Ce projet de recherche se fondera principalement sur les témoignages de patients québécois qui ont reçu des soins de santé à Cuba, d'acteurs institutionnels québécois et cubains de l'industrie du tourisme médical ainsi que de professionnels de la santé cubains. Comme le soulignent Miles et Gilbert (2005), les entretiens semi-dirigés sont pertinents dans le cadre de recherches qui s'intéressent à connaître les raisons qui sous-tendent certains phénomènes. Bien qu'un questionnaire soit préparé d'avance, les entrevues semi-dirigées adoptent la structure d'un échange conversationnel (Clifford, Cope, Gillespie et French, 2016). Ainsi, elles offrent une certaine flexibilité qui favorise une exploration plus en profondeur des points abordés et « *provide a more appropriate format for discussing sensitive topics* » (Miles et Gilbert, 2005, p. 67). Dans le cadre de ce travail de recherche, nous cherchions à employer une méthode de collecte de données versatile qui puisse permettre aux participants d'élaborer sur les points qu'ils jugeaient nécessaires tout en suivant un cadre prédéterminé (Clifford et al., 2016). Les entretiens semi-dirigés nous ont permis d'atteindre cet objectif, de même que d'explorer plus ouvertement la thématique de la santé, un sujet qui peut s'avérer délicat. Malgré tout, certains enjeux éthiques sont induits par l'utilisation de cette méthodologie. Le partage de données parfois sensibles impose une politique de confidentialité assez stricte. Afin de limiter les préjudices, nous garantissons la confidentialité des propos utilisés dans cette étude. Nous conserverons donc l'anonymat des participants et nous nous référerons à eux en employant systématiquement le masculin. Lorsque nous en avons l'autorisation, certaines entrevues ont été enregistrées afin de faciliter le traitement des données. Les enregistrements n'ont cependant été et ne seront entendus que par l'étudiante-chercheuse. Tous les participants ont généreusement consenti à ce

que leurs paroles soient utilisées aux fins de cette recherche. Les propos seront donc rendus en conservant la langue orale afin de demeurer le plus près possible de leur discours.

Les patients qui ont accepté de participer à notre projet de recherche ont été recrutés par effet boule de neige. Cette méthode d'échantillonnage consiste à rassembler les participants à une enquête grâce aux contacts d'un premier sujet (Atkinson et Flint, 2001) ; les participants appartiendront donc à un même réseau. Nous avons employé cette technique car elle offre plusieurs avantages. D'une part, elle est particulièrement pertinente pour recruter des sujets appartenant à une petite population (Atkinson et Flint, 2001; Browne, 2005). Puisque le tourisme médical constitue encore une pratique marginale au Québec – 3360 Québécois ont quitté la province pour recevoir une intervention médicale à l'étranger (Barua, Timmermans, Lau et Feixue, 2016) –, il était nécessaire d'orienter notre méthode de recrutement aux instances qui étaient déjà en contact avec des patients québécois qui avaient effectué un voyage médical à Cuba. D'autre part, la technique d'échantillonnage par effet boule de neige permet d'avoir un accès à une population dite « cachée » (Atkinson et Flint, 2001; Browne, 2005). Puisque le tourisme médical reste plutôt stigmatisé au Québec, les patients demeurent assez discrets quant à leurs démarches. Cibler les acteurs institutionnels de ce réseau – qui s'affichent davantage dans les médias et dont les coordonnées professionnelles sont publiques – offrait donc une bonne manière d'initier le contact avec cette population. Finalement, l'échantillonnage par effet boule de neige est particulièrement adéquat pour entamer les communications avec une population plus sensible (Atkinson et Flint, 2001). Le fait d'être référée par une connaissance du sujet potentiel permet à la chercheuse d'obtenir plus aisément la confiance requise pour favoriser les échanges entre les deux parties. Ceci est nécessaire dans le cadre d'une recherche sur le tourisme médical, où les patients, se sentant abandonnés par leur système de santé, ont dû rebâtir une confiance avec d'autres institutions. La chercheuse doit par conséquent elle aussi parvenir à établir ce sentiment de confiance, ce qui peut être facilité par son intégration dans un réseau qui possède déjà une légitimité auprès des patients. Dans le cadre de ce projet de recherche,

nous avons construit notre échantillon de patients grâce à une agence de tourisme médical qui nous a mis en contact avec certains de ses clients de même qu'avec ses partenaires médicaux à Cuba. Ces derniers nous ont alors ouvert des portes auprès d'autres acteurs-clés du réseau du tourisme médical cubain. Les quatre acteurs institutionnels québécois ont quant à eux été contactés directement par courriel.

Échantillon

Les patients

Entre octobre 2016 et janvier 2017, nous avons rencontré six patients (nommés Patients 1 à 6) qui avaient fait affaires avec une agence de liaison québécoise pour solliciter des soins médicaux à Cuba. Quatre d'entre eux avaient reçu un diagnostic d'hernies discales, un souffrait de problèmes urologiques et le dernier était atteint de la rétinite pigmentaire. Les personnes désirant ou ayant reçu une chirurgie esthétique dans une clinique cubaine ont été exclues de cette étude afin d'assurer une certaine homogénéité dans le type d'expérience médicale vécue par les participants. Nonobstant ce premier tri, notre échantillon comporte une limite. Comme le souligne Jean-Pierre Beaud (1997) dans un chapitre de livre sur l'échantillonnage, afin de maximiser la représentativité d'un échantillon, il importe que « les caractéristiques même de la population [y] soient présentes » (p. 259). La taille d'un échantillon dépendra alors de l'homogénéité de la population à l'étude. En observant les statistiques publiées par l'Institut Fraser (Barua et al., 2016) sur les Canadiens qui quittent le pays pour recevoir des traitements médicaux à l'étranger, nous pouvons constater que les patients souffrant d'hernies discales sont surreprésentés dans notre étude. Les chirurgies orthopédiques occupent le deuxième rang des opérations les plus sollicitées à l'international par des Québécois (271 patients), loin derrière les traitements ophtalmologiques (483 patients). Les chirurgies gynécologiques et urologiques suivent de près alors que respectivement 246 et 227 patients ont intégré un système de santé étranger afin d'y recevoir ces traitements médicaux. De manière à nous assurer d'une meilleure représentativité de l'échantillon, nous aurions dû, d'une part, nous intéresser à une plus grande diversité de

conditions médicales et, d'autre part, élargir le bassin de répondants afin de respecter plus fidèlement les proportions des pathologies.

Malgré tout, l'échantillon pourrait être considéré comme relativement homogène puisque l'ensemble des patients interviewés devaient composer avec des problèmes de santé qui se détérioraient rapidement, ce qui diminuait significativement leur qualité de vie :

Donc ça fait à peu près 10 ans que j'ai eu le diagnostic – j'étais à peu près à 24-25 degrés de champ visuel – et maintenant je suis à 12 degrés. Je vois comme dans 2 rouleaux de papier de toilette. Je ne vois ni sur les côtés, ni en bas, ni en haut. Donc quand je marche, je fonce dans les gens, si je regarde en avant, je ne vois pas les trous au sol.

(Patient 1)

[...] je n'étais pas capable de lever mes enfants, j'étais pas capable de passer la tondeuse. À un moment donné, ça vient que c'est un découragement.

(Patient 2)

Ça coince tous les nerfs. C'est très souffrant. J'avais plus le choix, j'allais en descendant. Je dormais plus la nuit, tu t'embarques dans un cercle vicieux, parce que la fatigue s'en va là. Tu ne dors plus parce que tu barres dans ton lit, ça réveille, c'est l'enfer.

(Patient 3)

À ce moment, j'avais consulté en avril 2015, j'avais de la difficulté à marcher, j'avais vraiment mal au dos, mais je continuais à travailler pareil.

(Patient 4)

Les choses ont empiré, j'étais rendu que je me déplaçais péniblement avec une canne. J'étais même pas capable de sortir de chez nous, aller dans ma cour [...].

(Patient 5)

Les patients ont cependant été rapidement confrontés à la lenteur du réseau de la santé québécois. Le Patient 1, qui souffre d'une rétinite pigmentaire, n'a jamais réussi à obtenir des réponses satisfaisantes à ses interrogations. S'il consultait son ophtalmologue pour obtenir un suivi de la progression de la maladie, aucun traitement ne lui était proposé : « Ici, c'est le néant, la frustration [...]. Ça ne me rassure pas. » Le Patient 2 avait rencontré deux médecins spécialistes avant de recevoir un avis lui avouant que rien ne pouvait être fait pour régler ses problèmes lombaires. Le Patient 3, qui n'était suivi que par son médecin de famille, a demandé à être vu par un spécialiste du dos afin de traiter

ses hernies discales. Le médecin auquel il a été référé « ne voulait pas me rencontrer, [il] était plein, [je] n'étais pas son patient et [il] ne prenait plus de patient » (Patient 3). La situation était similaire avec le Patient 4 : une demande de suivi médical par un neurochirurgien déposée en 2015 n'avait toujours pas été traitée en janvier 2017. Le Patient 5 était quant à lui parvenu à obtenir l'encadrement d'un médecin spécialiste pour ses problèmes lombaires. Toutefois, les délais se sont accumulés avant l'obtention d'un diagnostic. Entre les prises de rendez-vous et les batteries de tests à passer, le processus était interminable. Finalement, le Patient 6 n'a été contacté par le bureau d'un médecin spécialiste qu'un an après avoir formulé une demande pour un suivi médical. Il avait alors déjà voyagé à Cuba pour subir une opération.

Les patients avancent avoir exploré toutes les avenues possibles pour contourner l'attente et freiner la détérioration de leur condition médicale. Toutefois, après avoir consulté plusieurs professionnels de la santé, examiné les options dans le secteur privé ou même tenté des traitements expérimentaux, il s'est avéré que le système de santé québécois ne parviendrait pas à répondre à leurs besoins. Par exemple, au Québec, aucun traitement n'est offert aux individus souffrant d'hernies discales : une opération n'est proposée que quand le patient n'est plus fonctionnel. Les quatre Québécois aux prises avec des hernies discales que nous avons rencontrés étaient de ces patients que le système jugeait inopérables :

Un des spécialistes m'a dit qu'il en avait opéré 9 à date, et que je ne serais pas son 10^e parce que ses opérations n'étaient pas assez concluantes. Il réopérait du monde qu'il avait opéré il y a deux ans.

(Patient 2)

Ils attendent que le monde soit quasiment paralysé pour les opérer dans le dos. Ici c'est : « Oh non, t'es trop usé, on opère plus pour ça ». C'est la réponse que j'ai eue. Tu peux aller voir un spécialiste plus haut, mais on opère plus pour ça. Je suis dû pour l'abattoir ?

(Patient 3)

C'est plus quand t'es plus en mesure de rien faire qu'on va t'opérer. Quand t'as plus de recours possible, t'es plus capable de fonctionner avec ce qu'ils proposent, que ce soit avec des injections de cortisone ou des pilules, et que t'es plus fonctionnel, c'est là qu'on va t'opérer.

(Patient 4)

Les médecins semblent toutefois banaliser la souffrance de leurs patients :

La première fois que j'ai rencontré le spécialiste qui m'a donné des injections de cortisone, il m'a demandé ce que je venais faire là. [...] Le matin, je me levais et ça allait bien. Mais plus j'avancais, plus je barre du dos. Il me fait plier dans tous les sens et me dit « Il n'y a pas de problème, va-t'en ».

(Patient 3)

En 2009, on ferme mon dossier pour me dire qu'il fallait que j'apprenne à vivre avec mon mal. Ça, ça veut dire que la médecine au Québec ne peut plus rien faire pour moi et ne veut plus rien faire. [...] Ici, au Québec : beaucoup, beaucoup, beaucoup de frustration.

(Patient 5)

La seule option que les professionnels de la santé suggèrent à leurs patients pour calmer leurs douleurs est la prise de médicaments. Malgré tout, les maux demeurent, et les narcotiques, tellement puissants, altèrent l'état de conscience des individus.

Il m'a regardé, il a pris mon dossier, il l'a lancé sur son bureau et il a dit : « Ça conclut ce que je pensais : c'est usé et détérioré, il n'y a plus rien à faire. Je vous conseille de prendre un rendez-vous à la clinique de douleur au CHUM, ça va peut-être prendre à peu près un an, pour prendre des médicaments à base de morphine et faire des exercices »

(Patient 3)

Du mal constant, j'avais 14 sortes de médicaments à prendre, des narcotiques et puis des pilules pour m'assommer le soir, pour m'endormir. Même avec ça, j'endurais tellement de mal que j'étais rendu au point où je ne voulais plus vivre.

(Patient 5)

Plusieurs patients tentent de s'expliquer l'impossibilité du réseau de la santé québécois à résoudre leur problème médical. Quatre d'entre eux attribuent les échecs du système à la disponibilité des installations ainsi qu'aux temps opératoires restreints. Les ressources étant limitées, elles sont automatiquement allouées aux situations médicales les plus urgentes. Le mercantilisme du système de santé québécois est en outre perçu comme une entrave significative à l'accessibilité aux soins de santé. Puisque le coût des opérations lombaires est élevé, le système préférerait offrir des traitements moins dispendieux tels que des injections de cortisone plutôt que d'investir dans des interventions chirurgicales : « Ici, ce que je trouve dommage, c'est que la première chose à laquelle ils pensent, c'est l'argent. Après ça ils vont opérer. 'Combien ça coûte. Et

combien je vais gagner' » (Patient 2). Les bienfaits des narcotiques prescrits étant éphémères, ce sont ultimement les patients qui devront déboursier de leurs poches d'importantes sommes d'argent pour obtenir des soins adéquats :

L'avoir su que ça existait [une option de traitement à Cuba], ça ferait longtemps que je serais allé. Ben longtemps. Parce que si je pouvais te calculer les montants que j'ai mis à essayer des traitements, ça m'a coûté beaucoup plus cher au Québec que qu'est-ce que ça a pu me coûter à Cuba.
(Patient 5)

Je pouvais pas avoir accès à quelqu'un au public comme ça du jour au lendemain. Quand t'es pressé, faut que tu paies. Pis quand tu peux pas payer ben t'attends. C'est triste mais c'est ça.
(Patient 6)

Les acteurs institutionnels

Afin de compléter le témoignage des patients québécois, des entrevues ont été menées avec neuf acteurs institutionnels du réseau du tourisme médical, tant au Québec qu'à Cuba. Deux agences de tourisme médical qui se spécialisent dans l'organisation de séjours médicaux à Cuba ont premièrement été contactées (nommées Acteurs québécois 1 et 3). La majorité des patients étrangers, du Québec du moins, font affaires avec ce genre d'agences de liaison contractées par le gouvernement cubain pour organiser leur séjour médical (Acteur québécois 1). Leur mission est « d'offrir aux personnes du Québec, du Canada, et maintenant on sert les gens de partout dans le monde, l'alternative des soins médicaux cubains aux personnes qui ne trouvent pas de solutions satisfaisantes à leurs solutions santé » (Acteur québécois 1). Leur rôle premier est donc de publiciser la médecine cubaine et d'informer les personnes intéressées des services offerts, des coûts et du fonctionnement des institutions de soins cubaines. Le patient a toujours le choix d'organiser lui-même son séjour médical à l'étranger, mais les facilitateurs médicaux ont un large réseau de contacts ainsi que des partenariats avec des compagnies aériennes et des auberges qui proposent d'intéressants bénéfices aux clients des agences de tourisme médical.

La plupart de ces agences ont un mode de fonctionnement similaire (Acteurs québécois 1 et 3). Lorsqu'un patient contacte un facilitateur médical, un premier tri est

effectué selon les soins médicaux requis et les services offerts par le système de santé cubain. Si les besoins ne sont pas compatibles avec l'offre, on suggère au potentiel client de ne pas entamer en vain des démarches coûteuses. Si, au contraire, les services médicaux cubains présentent une solution à la condition médicale du patient, ce dernier peut décider de payer les frais d'adhésion à l'agence qui lui « donne[nt] un accompagnement qui peut faciliter les choses, qui v[ont] lui assurer un suivi à son retour » (Acteur québécois 1). L'agence reconstitue alors « le portrait-robot de l'individu » (Acteur québécois 3) et transmet aux professionnels de la santé cubains son dossier médical et tout autre information pertinente à l'élaboration d'un programme de soins personnalisé. Cette étape permet au patient d'éviter de se déplacer pour un simple examen général. Puisque la première évaluation se fait à distance, l'agence offre des services de traduction pour que l'échange d'informations se fasse aisément. Une semaine après la réception du dossier médical, les services médicaux cubains formulent une proposition de traitements semblable à une soumission : le détail des soins qui seront prodigués, le coût de ces derniers ainsi que la durée du séjour sont explicités. Si le patient accepte le programme médical, il lui revient de choisir la date de son départ. L'agence s'occupe alors de tous les aspects de son séjour :

La deuxième étape c'est toute la réalisation, l'accompagnement à la réalisation de son projet. Toute la préparation, tout le coaching, toute la coordination, vol d'avion, réservation de la chambre du séjour en clinique, la documentation de comment ça se passe là-bas, le transport, la communication avec les proches – la communication est difficile là-bas – la devise cubaine, comment ça fonctionne, le paiement du programme... il y a une jungle d'informations à travers laquelle on va passer à l'aide de documents et d'entretiens.

(Acteur québécois 1)

Une fois que le patient quitte pour Cuba, son encadrement variera légèrement d'une agence de tourisme médical à l'autre (Acteurs québécois 1 et 3). L'une des agences que nous avons rencontrées a engagé un interprète qui accompagne les clients dès leur arrivée à l'aéroport cubain. Il s'occupe de coordonner tous les déplacements et est présent à chaque rendez-vous médical. La deuxième agence ne possède pas de représentant permanent sur le terrain, mais collabore étroitement avec les services

médicaux cubains, qui fournissent le transport et les services de traduction. Par ailleurs, l'agence est en constante communication avec leurs clients à Cuba et assure la transmission des nouvelles à la famille qui est restée au Québec. Sommairement, elle agit en tant qu'intermédiaire entre les « clients », leur famille et le système de santé cubain.

Nous avons par ailleurs communiqué avec une clinique québécoise privée qui reçoit des patients de l'étranger (nommée Acteur québécois 2). Ceci nous a permis d'investiguer une institution qui travaille avec les flux migratoires inverses de ceux que nous étudions, et nous a procuré une idée plus générale de la manière dont l'industrie du tourisme médical était pensée et construite. La clinique visitée a été ouverte par un rassemblement de médecins affiliés à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) qui souhaitaient échapper aux « heures et aux complications du public » (Acteur québécois 2). Cependant, « En faisant ça au Québec, quand tu portes les 2 chapeaux public-privé, au privé, on a une restriction au niveau de la facturation, voulant dire qu'on ne peut pas faire payer le patient directement, il faut toujours passer par un tiers payeur qui peut être une compagnie, une association » (Acteur québécois 2). Pour se défaire de cette obligation, la clinique a décidé d'élargir sa clientèle et de « cibler n'importe qui qui n'a pas la RAMQ. Quelqu'un d'Ontario qui n'a pas la RAMQ, on n'a aucune restriction » (Acteur québécois 2). Le rôle du responsable du développement international à la clinique est similaire à celui des représentants des agences de tourisme médical rencontrés : il se charge de publiciser les services de la clinique, de transmettre le dossier médical des clients aux professionnels de la santé et finalement d'accompagner les clients dans l'organisation de leur séjour médical.

Notre dernier entretien avec des acteurs institutionnels québécois a été réalisé avec un représentant d'une firme qui offre des conseils aux entreprises cherchant une couverture médicale à l'étranger pour leurs employés (nommée Acteur québécois 4). Cette firme œuvre par ailleurs dans le réseau du tourisme médical en « travaill[ant] avec des fournisseurs qui offrent des traitements recherchés par les Canadiens » (Acteur québécois 4). Elle n'est pas un agent de liaison pour les individus sollicitant des soins à

l'étranger, mais collabore plutôt « avec les facilitateurs pour cibler les bonnes institutions » (Acteur québécois 4).

Finalement, nous avons approché cinq acteurs cubains afin de compléter le portrait du réseau du tourisme médical qui avait été brossé par les institutions québécoises. Au cours de notre séjour terrain à La Havane, nous avons rencontré un médecin spécialisé en santé publique et en histoire de la médecine enseignant dans une école de formation médicale (Médecin cubain 3), un oncologue pratiquant depuis 20 ans dans l'aile internationale de l'*Instituto Nacional de Oncología y de Radiobiología* (Médecin cubain 4), un médecin spécialiste en médecine générale intégrale qui a œuvré pendant près de 30 ans dans une polyclinique cubaine (Médecin cubain 1) ainsi que le pathologiste (Médecin cubain 2) et le responsable du service à la clientèle (Acteur cubain 1) d'une clinique internationale de La Havane.

La prise en charge des patients étrangers par les professionnels de la santé cubains semble relativement uniforme. À son arrivée à la clinique, le patient complète le processus d'inscription et paie l'ensemble des soins qui lui ont été prescrits dans le programme de soins personnalisé (Acteurs québécois 1 et 3, Patients 1 à 6). Les examens préopératoires débutent généralement le lendemain de l'admission à l'hôpital. Une équipe de médecins vient se présenter au patient et entame une série d'examens diagnostiques pour mettre à jour le dossier médical qui avait préalablement été envoyé. Lorsque les professionnels de la santé ont acquis une idée plus juste de la condition du patient, ils révisent les traitements à prodiguer puis enclenchent le processus opératoire. Chaque intervention médicale est expliquée avec précision et est vulgarisée de manière à ce que le patient puisse appréhender la suite des choses. Si certains des traitements qui avaient été prescrits ne sont ultimement pas administrés, ils seront remboursés.

Après une opération, le patient est placé sous observation 24h dans une salle de réveil aux soins intensifs (Patients 2, 3, 4). Il est ensuite suivi de près par une équipe médicale et paramédicale qui encadre sa convalescence et sa réhabilitation. Il est hébergé à la clinique pour la durée de ses traitements et de son rétablissement, qui est en moyenne de deux semaines. Lorsque le patient reçoit son congé, on lui recommande de

demeurer quelques jours supplémentaires à Cuba afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de complications post-opératoires. Il est alors logé dans une maison de convalescence proposée par son agence de tourisme médical et dont les frais, par conséquent, ne sont pas inclus dans le prix déboursé à la clinique.

Une ethnographie multi-située

Les entrevues ont été menées au Québec et à La Havane⁴ en suivant les méthodes de l'ethnographie multi-située proposée par George E. Marcus (1995). Dans ses travaux, Marcus avance que l'expérience locale ne peut plus se distinguer de l'expérience globale. Il remarque alors l'incapacité de l'ethnographie traditionnelle à rendre compte des transformations que notre monde globalisé entraîne sur la production de la culture. Il propose de repenser l'approche ethnographique afin qu'elle puisse s'adapter à la nouvelle structure spatiale des pratiques locales. Selon Marcus, une ethnographie multi-située permettrait de réfléchir sur les liens qui unissent les différents espaces.

Dans le cadre de ce travail, nous solliciterons deux déclinaisons d'une ethnographie multi-située. La méthode ethnographique « *follow the people* » (p. 106) est fréquemment employée dans les études sur la migration. Elle consiste à suivre un groupe d'individus dans leurs déplacements, ce qui permet de présenter un « idée [des] système[s] » migratoires (traduction personnelle, Marcus, 1995, p. 106). Puisque le tourisme médical s'articule autour du déplacement pratiqué par les patients, il constitue une forme de système migratoire temporaire. L'idée d'employer la stratégie « *follow the people* » est de mettre en évidence ce réseau en rencontrant les patients québécois à différentes étapes de leur parcours migratoire entre le Québec et Cuba. Ainsi, le Patient 1 a été rencontré avant et pendant son séjour médical, les Patients 2 et 5 ont été vus après leur première opération et pendant un second séjour et les Patients 3, 4 et 6 n'ont été interviewés qu'après leur intervention médicale. Marcus reprend aussi l'idée de l'ethnographie « *strategically situated* » de Paul Willis (p. 110). Selon lui, il n'est pas nécessaire de se déplacer pour avoir une idée du système global : il serait possible de le

⁴ Un séjour de deux mois a été effectué dans la capitale cubaine du 19 janvier au 16 mars 2017.

comprendre par l'expérience locale. L'inscription de l'industrie du tourisme médical sur le territoire havanais laisse percevoir cette interaction entre le local et le global et ce, particulièrement au sein de l'industrie du tourisme médical où une offre de soins à l'usage exclusif des patients étrangers évolue en parallèle à un système dédié à la population locale. Les cliniques internationales pourraient alors être pensées comme des espaces médicaux internationaux qui interagissent avec l'espace médical local.

À Cuba, deux types d'établissements médicaux sont ouverts aux patients étrangers : les cliniques internationales et les institutions de troisième niveau (qui incluent les instituts spécialisés et certains hôpitaux) (Acteur cubain 1 et Médecin 3). Au cours de notre séjour-terrain à La Havane, nous avons eu l'opportunité de visiter sept centres médicaux dédiés totalement ou en partie à la demande étrangère⁵ :

- *El Hospital Hermanos Ameijeiras*
- *El Instituto Nacional De Oncología Y Radiobiología*
- *El Centro de histoterapia placentaria*
- *La Clínica Central Cira García*
- *El Centro de Estomatología*
- *El Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria Camilo Cienfuegos*
- *El Centro Internacional de Salud La Pradera*

L'hôpital *Hermanos Ameijeiras* est un hôpital de troisième niveau qui fournit des soins médicaux dans plusieurs spécialités. Puisqu'il possède la technologie médicale la plus poussée à La Havane, les agences de tourisme médical y envoient leurs clients qui présentent des cas spéciaux demandant des interventions délicates. L'hôpital accueille des patients locaux comme internationaux, ces derniers sont cependant hospitalisés dans « aires d'attention médicales internationales ». Celles-ci regroupent 44 chambres privées avec salle de bain et des cafétérias pour les patients étrangers seulement.

⁵ Les informations partagées dans cette section découlent d'observations de terrain et de rencontres informelles avec des représentants des Services médicaux cubains.

L'Instituto Nacional De Oncología Y Radiobiología a été créé il y a de cela 70 ans (Médecin cubain 4). Ce n'est toutefois que depuis les années 1990 que l'Institut offre des traitements de chimiothérapie, monothérapie et radiothérapie aux patients étrangers. Ceux-ci sont hospitalisés dans une aile d'attention médicale internationale ou peuvent simplement bénéficier du service ambulatoire. Des patients de 118 pays ont jusqu'à présent été accueillis à l'Institut.

Le *Centro de histoterapia placentaria* est une clinique de dermatologie qui n'offre que des services médicaux ambulatoires. Les patients souffrant de psoriasis, de vitiligo ou de certains types de calvitie peuvent se présenter à la clinique pour y recevoir une consultation. Une évaluation holistique de l'individu est effectuée par une équipe de médecins, d'infirmiers et de psychologues afin de bien cerner tous les facteurs qui pourraient engendrer l'apparition de problèmes dermatologiques. Pour les trois premiers jours du traitement, les soins sont prodigués par des professionnels de la santé, puis le patient repart avec ses médicaments pour poursuivre les soins à la maison.

La *Clínica Central Cira García* offre une grande variété de services médicaux couvrant à peu près toutes les spécialités. Seuls les chirurgies à cœur ouvert, les transplantations ainsi que les accouchements ne s'effectuent pas dans ce petit hôpital. La clinique possède 36 chambres privées avec salle de bain pour les patients hospitalisés. Chaque chambre est climatisée et est équipée d'un coffre-fort, d'une télévision avec des postes internationaux ainsi que d'un lit orthopédique (Acteur québécois 3, Patients 2, 3, 4, 5 et 6). Il y a une salle commune à chaque étage, avec un ordinateur branché sur Internet. Depuis la fin de l'année 2016 cependant, chaque patient reçoit chaque jour une carte d'accès Internet qui lui permet de se connecter gratuitement à un réseau WiFi pendant 5 heures. L'hébergement ainsi que les trois repas de la journée sont inclus dans le prix du séjour médical. Finalement, pour 50 CUC par jour (l'équivalent de 50 \$US), le patient peut être accompagné d'un ami ou d'un membre de sa famille, qui sera logé dans la même chambre que lui. Puisque le Canada possède un système de santé public, la demande pour les traitements médicaux à Cira García diffère des autres pays (Acteur cubain 1). Les chirurgies esthétiques (qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie)

et les opérations orthopédiques (dont les délais peuvent être très longs) sont particulièrement sollicitées par les patients canadiens. 5 des 6 patients québécois qui ont participé à notre recherche ont été traités dans cette clinique.

Le *Centro de Estomatología* est une clinique dentaire affiliée à l'hôpital *Cira García*. Il a récemment fêté ses dix ans d'activité, mais il n'est ouvert aux patients étrangers que depuis un an. Depuis, la demande internationale pour les soins dentaires à La Havane est en hausse. Celle-ci provient particulièrement du Canada, des États-Unis, des Bahamas et de la Russie. L'institution propose une gamme élargie de services dentaires ou orthodontiques, allant d'un simple nettoyage à la pose d'implants. Les professionnels de la santé suivent un protocole d'intervention très strict afin de s'assurer que chaque soin administré ne présente aucun risque pour le patient.

Le *Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria Camilo Cienfuegos* est une clinique ophtalmologique qui reçoit des patients internationaux atteints de rétinite pigmentaire, une maladie dégénérative de la vision (Patient 1). Le champ visuel des individus touchés diminue graduellement jusqu'à la cécité. Cuba offre une opération qui permet non pas de rétablir la vision, mais plutôt de freiner l'évolution de la maladie. Les patients sont logés trois semaines à l'Institut, dans des conditions d'hospitalisation similaires à celles du *Cira García*. Durant la première semaine, le patient passe une série d'examens diagnostiques qui permettent à l'équipe médicale de déterminer s'il est apte à recevoir les traitements. Si l'évaluation médicale est positive, le patient reçoit son opération au début de la deuxième semaine. Des traitements d'ozonothérapie et d'électrostimulation pour nourrir les cellules déficientes sont finalement administrés jusqu'à la fin de la troisième semaine. L'un des patients québécois que nous avons rencontrés dans le cadre de cette étude a reçu une opération dans cette clinique.

Le *Centro Internacional de la Salud La Pradera* est principalement un centre de réhabilitation, mais propose en parallèle une variété de soins médicaux et paramédicaux. Par exemple, on y prodigue des traitements oncologiques, y organise des séjours de désintoxication et y propose des services de dialyse. Sommairement, La Pradera vise à

rehausser la qualité de vie des individus qui viennent y séjourner. Elle regroupe sur un vaste domaine 150 chambres et 7 maisons privées, des espaces récréatifs et trois restaurants, en plus des pavillons de soins qui sont munis d'équipements médicaux à la fine pointe de la technologie. Si des opérations ou des traitements plus délicats sont requis, le centre est en contact avec des cliniques spécialisées qui peuvent répondre à de telles demandes. L'une des agences de tourisme médical qui a participé à notre projet de recherche suggère souvent à ses clients de passer quelques jours en convalescence à La Pradera : « ce qui est l'fun c'est qu'il y a des soins infirmiers, des soins médicaux à cet endroit-là. Donc le patient quitte une clinique avec attention médicale privée, et il s'en va dans un autre centre sans être laissé à lui-même, il a encore toute cette enveloppe médicale » (Acteur québécois 3).

Traitement des données : analyse de discours et méthodes complémentaires

Les propos recueillis tout au long de cette démarche ethnographique seront considérés comme une forme de *discours*. Tim Creswell définit le discours comme « *a whole set of words, actions, institutions, and infrastructures that are more or less logically coherent and produce new regimes of truth* » (Cresswell, 2009, p. 211). L'étude des discours est pertinente car ceux-ci simultanément rendent compte et participent à la création de rapports de domination et d'inégalité (Blommaert, 2005). Dans ce travail, nous tenterons de repérer dans les propos des participants ces relations de pouvoir qui sous-tendent les pratiques discursives (Berg, 2009). Nous serons particulièrement intéressée par les rapports entre les pays du Nord et les pays du Sud, et comment ces relations sont révélées par les mobilités.

Dans le cadre d'une étude qualitative qui mobilise les témoignages de participants dont la langue d'expression diffère de celle de la chercheuse, il importe de se pencher sur la question du langage. Selon Van Nes et al. (2010) : « *Qualitative research is considered valid when the distance between the meaning as experienced by the participants and the meaning as interpreted in the findings is as close as possible* » (p. 314). Or, ils rappellent que le langage est un outil essentiel pour appréhender notre réalité et que, par ailleurs,

la langue que nous parlons oriente notre manière de faire sens de cette réalité. Par conséquent, « *those who speak different languages would perceive the world differently* » (p. 314). Mener une enquête qualitative dans une langue qui n'est pas la nôtre peut donc agir sur notre capacité à décoder et interpréter le discours des participants. Cela peut découler de détails techniques tels que l'accent ou le débit de l'interlocuteur, mais réside essentiellement dans le fait que chaque langue comporte ses expressions et ses références qui permettent de concevoir le monde de manière unique. Finalement, il est essentiel de penser le processus de traduction du discours. Van Nes et al. (2010) soulignent que l'objectif de la traduction est de permettre à un message d'être interprété par une personne qui ne comprend pas la langue dans laquelle les propos ont originellement été formulés. Ceci implique alors deux niveaux de décodage, une complexité qui pourrait dénaturer le discours initial. Nous avons rapidement été confrontée aux défis de la traduction alors qu'intuitivement, nous traduisions simultanément les témoignages que nous recueillions, prenant des notes en français de nos entretiens en langue espagnole. Nous avons cependant réalisé que ce processus de traduction en temps réel allait entraîner un plus grand décalage entre le discours et notre interprétation finale de celui-ci. En quelque sorte, nous entamions déjà l'analyse des données alors que celles-ci n'étaient pas entièrement récoltées. Il a donc été nécessaire de déconstruire ce réflexe afin de recopier plus fidèlement les paroles des participants et d'ultimement, les décoder plus justement. Toutefois, il peut s'avérer ardu de recopier assez rapidement des propos qui ne sont pas formulés dans notre langue maternelle. Il nous a donc fallu demander au participant de ralentir le débit ou même de répéter ses interventions. Nous avons remarqué qu'au cours de nos trois premiers entretiens en espagnol, nous naviguions entre les langues française et espagnole. Dans nos notes des deux dernières entrevues, nous relevons une présence moins importante des passages en français, illustrant une plus grande assurance et maîtrise de la langue espagnole cubaine.

Comme le soulignent Miles et Gilbert (2005), les données qualitatives issues d'entrevues semi-dirigées peuvent aisément être triangulées aux données recueillies par

la mobilisation d'autres types de méthodologie. Plutôt que de garantir la validité des résultats obtenus par entrevue, une triangulation des données bonifiera notre analyse et lui fournira une plus grande profondeur (Flick, Kardoff et Steinke, 2004). Par exemple, en présentant ses expériences de terrain avec des populations migrantes, Laurent Lardeux (2012) souligne l'importance d'analyser les gestes posés par les sujets d'étude en parallèle aux propos qu'ils véhiculent. Notre travail proposera ainsi l'emploi d'une triangulation *explicite*, où les observations de terrain seront agencées à des données recueillies par entrevues (Flick et al., 2004). Ceci vient appuyer la pertinence d'employer une méthodologie « *follow the people* » misant sur l'accompagnement de patients québécois dans leur parcours migratoire et de mener des sessions d'observation participative dans les cliniques internationales de La Havane. Cela nous a permis d'avoir une meilleure idée des pratiques de la mobilité des patients québécois ainsi que de la façon dont sont construites les institutions médicales internationales.

Les données visuelles sont aussi de plus en plus utilisées pour compléter des données verbales (Flick et al., 2004). Ceci fait référence à une méthode de triangulation qui combine une méthodologie réactive (qui génère de nouvelles données) à une méthodologie non réactive (qui s'appuie sur du matériel déjà accessible). Une étude du matériel publicitaire du tourisme médical cubain offrira une autre dimension à l'analyse des discours découlant des entrevues que nous avons menées. En effet, les campagnes publicitaires nourrissent la production de nouveaux espaces et agissent sur l'attraction de ces espaces (Baker, 2006). Le discours médiatique refaçonne l'image des destinations touristiques de manière à les rendre séduisantes pour les étrangers. Les techniques de marketing privilégiées par les structures organisationnelles cubaines révéleront la manière dont celles-ci pensent et commercialisent leur système de santé. Finalement, un regard sur la localisation et la forme urbaine des centres de soins internationaux favorisera une meilleure compréhension de la manière dont ceux-ci s'insèrent dans le paysage urbain, s'articulent avec les infrastructures touristiques et interagissent avec les cliniques médicales nationales. Comme l'avancent Raffestin et Barampama (1998), « La production territoriale elle-même peut être ainsi interprétée comme une projection du

champ de pouvoir sur un espace donné » (p. 67). Une analyse spatiale permettra donc de compléter une étude des discours, eux-mêmes teintés de ces rapports de force.

Positionnalité

Dans un article méthodologique, Fiona M. Smith (2016) souligne que la posture du chercheur émerge d'un assemblage de plusieurs caractéristiques sociodémographiques et économiques telles que la racialisation, l'identité sexuelle, la classe ou le niveau d'éducation. En citant Skelton, elle évoque que celles-ci influencent « *who we are, how our identities are formed and how we do our research* » (p. 98) ainsi que le rapport du chercheur à son terrain d'étude. Effectivement, ce dernier ne peut jamais totalement s'en exclure : « 'Faire' du terrain, c'est d'y séjourner, mais aussi le faire, le délimiter, le border, c'est produire un espace pour sa propre investigation, un objet, une unité d'observation dont le chercheur fait partie intégrante » (Rouilleau-Berger, 2012, p. 53). Cette capacité à agir sur son terrain d'étude force le chercheur à repenser sa posture et à négocier sa place face à ses sujets d'étude. Cette introspection ne vise pas à considérer les sujets comme extérieurs aux processus scientifiques, mais plutôt à prendre connaissance des relations sociales qui émergent et des rapports de domination qui structurent les pratiques de l'enquête (Clifford et al., 2016). En effet, ceux-ci entraînent la création d'un espace où se réorganisent les diverses voix impliquées dans les processus d'investigation : *l'espace de l'enquête* (Rouilleau-Berger, 2012). Penser notre posture de chercheuse nous apparaît donc essentiel, particulièrement car nous nous intéressons à un système de mobilités marqué par des inégalités (Clifford et al., 2016). En effet, l'accès à la mobilité se module selon une variété de facteurs individuels tels que le genre, l'ethnicité ou la position socioéconomique. Explorer le tourisme médical à Cuba implique de travailler avec différents régimes de mobilité dans lesquels notre propre statut socioéconomique nous permet d'occuper une position privilégiée. D'ailleurs, la seule possibilité de mener une étude-terrain témoigne de celle-ci (Clifford et al., 2016).

Notre méthode d'échantillonnage a aussi posé un problème de positionnalité. En plus de compromettre la généralisation des phénomènes explorés, elle participe à des

processus d'exclusion (Atkinson et Flint, 2001; Browne, 2005). Ceci découle du fait qu'elle se concentre surtout sur un réseau social, ignorant ainsi le discours des acteurs qui n'en font pas partie. L'ensemble des patients interrogés dans le cadre de notre recherche étaient tous clients de la même agence de tourisme médical. Cinq d'entre eux avaient été mis au courant de la tenue de notre étude par le président de l'agence et avaient pris l'initiative de nous contacter ; le sixième nous a été référé par un de ses amis. En outre, cette même agence a fait office de porte d'entrée sur le réseau du tourisme médical cubain. La confiance que les représentants de l'agence portaient à notre égard a facilité l'acquisition d'une certaine légitimité qui nous a permis d'entrer en contact avec leurs collaborateurs cubains. L'accès aux données, tant au Québec qu'à Cuba, découle alors essentiellement d'une seule entité. Ceci pourrait représenter un important biais qui compromettrait notre neutralité scientifique.

Laurent Lardeux (dans Roulleau-Berger, 2012) s'appuie sur une expérience de terrain avec des réfugiés congolais au Cameroun pour explorer ce dilemme entre l'opportunité d'accéder à des données sensibles et la « représentativité » (p. 42) même de ces données. Lardeux a réussi à établir un contact avec la population réfugiée grâce à une institution qui travaillait avec cette dernière. Il explique son inconfort premier par rapport à la « sélection de l'information, des réfugiés » (p. 44), qui laissait entrevoir une « instrumentalisation » (p. 45) de sa posture de chercheur par l'institution collaboratrice. Il prend connaissance du biais que la méthode d'échantillonnage privilégiée représente : alors que les participants à son étude ont été présélectionnés par un seul organisme, Lardeux redoute que leurs discours soient orientés pour cadrer avec celui de l'organisme. Il serait alors légitime de remettre en question la validité des données récoltées. De manière analogique, il est nécessaire que nous réfléchissions sur l'authenticité des témoignages qui nous ont été partagés. Nous nous sommes appuyée sur un processus de sélection des participants similaire à celui employé par Lardeux. En voulant avoir accès à une population vulnérable, nous avons misé sur une institution qui avait déjà élaboré les liens de confiance nécessaires pour initier le contact avec celle-ci. Nous pouvons donc supposer que ces propos ont été prononcés par des sujets qui cautionnaient le discours

et les activités de l'agence de tourisme médical avec qui nous collaborions et donc, qui étaient plus susceptibles de partager une perspective positive du tourisme médical à Cuba. Laurent Lardeux remarque cependant que le filtrage de l'information et des participants à son étude rend compte des « stratégies déployées par les acteurs pour convaincre l'opinion publique de la nécessité de leurs actions » (p. 45). Il réalise alors que le biais que représentait sa méthode d'échantillonnage pouvait être utilisé pour approfondir sa réflexion sur le système qu'il étudiait.

Lors de notre travail de terrain effectué à La Havane, nous avons maintes fois été sollicitée par l'agence de tourisme médical pour porter assistance à leurs clients. Même si nous nous présentions comme une étudiante venue observer l'organisation de l'industrie cubaine du tourisme médical, les patients québécois nous identifiaient automatiquement comme une représentante de l'agence de par le fait que c'était cette institution qui nous avait mis en contact. Ainsi, en plus de nous mettre en contact avec leurs clients les plus enclins à adopter un discours positif quant à leur expérience de tourisme médical, elle a tenté de nous intégrer à leur réseau. Tout d'abord dérangée par cette posture qui aurait pu se transformer en forme de conflit d'intérêts, nous avons réalisé qu'en fait, elle révélait ces « stratégies » employées par l'agence pour légitimer ses opérations. Notre perception de notre posture s'est alors transformée : nous avons en fait une position privilégiée pour observer un réseau d'acteurs agir sur d'autres potentiels acteurs du tourisme médical. D'ailleurs, Browne (2005) et Noy (2008) démontrent que l'échantillonnage par effet boule de neige représente une occasion d'examiner les modes d'interaction ainsi que les rapports de pouvoir qui sous-tendent les systèmes sociaux. Cette prise de conscience nourrira l'analyse des données recueillies.

À ce potentiel d'instrumentalisation de notre statut d'étudiante-chercheuse par les acteurs québécois du tourisme médical s'est ajouté un autre problème de positionnalité, d'une part légal et d'autre part personnel. Afin de mener un projet de recherche terrain à Cuba, il est nécessaire d'être encadré par une institution d'enseignement ou un centre de recherche cubain. Après avoir rencontré la responsable de la commercialisation des programmes académiques du MINSAP, un professeur de la Faculté de tourisme de

l'Université de La Havane de même que la directrice des relations internationales de l'université, on nous a signifié que notre projet de recherche ne cadrerait pas avec les axes de recherche des institutions d'enseignement de la capitale. L'obtention d'un visa académique qui légitimerait notre présence à Cuba était donc compromise. Les acteurs gouvernementaux qui nous avaient été référés par l'agence québécoise de tourisme médical étaient prêts à collaborer, mais nous ont mis en garde de ne pas déroger de ce que notre statut de touriste nous permettait de faire. Un décalage s'est alors créé entre notre posture d'étudiante-chercheuse et notre statut officiel de touriste en territoire cubain. Ce décalage était par ailleurs quelque chose que nous incarnions. En effet, notre simple physionomie agissait comme facteur de mise à distance par rapport à la population cubaine, qui nous associait automatiquement à la population de touristes. L'étiquette de touriste nous était alors simultanément imposée par l'État cubain et attribuée par la population. Puisque la posture à laquelle nous nous identifions n'était pas reconnue, notre capacité d'intégration ainsi que notre habilité à mener à terme notre travail de recherche étaient parfois réduites. En effet, l'accès à certains acteurs-clés du tourisme médical à Cuba était plus complexe que si nous avions pu recevoir des documents nous permettant officiellement de mener notre étude. Par conséquent, nous avons décidé de repenser notre méthodologie. Nous avons essentiellement centré notre travail de terrain sur l'observation participative en milieu hospitalier et avons décidé d'utiliser l'information obtenue lors de nos visites des cliniques internationales de La Havane pour intégrer une analyse spatiale à notre travail.

Limite de la recherche : travailler la fermeture

La polyphonie inhérente à l'émergence de l'espace de l'enquête implique l'utilisation de « procédures de voilement/dévoilement (Petitat, 1998) pour trier, dans le contexte de l'enquête, le dicible de l'indicible, le 'montrable' de l'in-représentable » (Rouilleau-Berger, 2012, p. 158). Celles-ci font de l'espace de l'enquête le lieu d'une « mise en scène » (Rouilleau-Berger, 2012, p. 158) alors que les propos partagés, les espaces exposés et les pratiques sociales révélées au chercheur sont sélectionnés. Ce processus pourrait être particulièrement prévalant à Cuba, où l'État travaille à filtrer l'information

véhiculée. Par exemple, dans ses travaux, Marie-Laure Geoffray (2011) s'intéresse aux modes de contestation dans un contexte autoritaire, particulièrement à Cuba. « À Cuba, les manifestations de rue sont orchestrées par les organisations de masse para-étatiques qui encadrent la population. S'il existe quelques défilés d'opposants politiques, ceux-ci ont un impact local faible du fait de leur répression systématique par les autorités » (p. 30). Ainsi, la population use des plateformes officielles et investit les rassemblements culturels approuvés par l'État pour diffuser de manière dissimulée des idées revendicatrices. L'accès restreint à internet limitant les communications (Kalathil et Boas, 2010) ainsi que l'impossibilité d'obtenir un visa académique appuient cette idée de contrôle de l'information. Il nous a par ailleurs été possible de déceler d'autres exemples de ceci sur le terrain. Entre autres, les visites des cliniques internationales étaient encadrées par un représentant des Services médicaux cubains et n'étaient offertes qu'aux professionnels de la santé, diplomates ou potentiels collaborateurs de l'industrie du tourisme médical. Un dentiste a aussi refusé de nous recevoir, avançant que la rencontre devait être organisée et préparée par les Services médicaux cubains.

Côtoyer et interroger des patients qui ont subi une opération pour la plupart invasive peuvent aussi exacerber ce processus de voilement/dévoilement. En effet, traiter d'un sujet aussi intime et délicat que la santé peut engendrer certaines réticences à l'idée de partager une expérience sensible. Cette réticence est d'ailleurs partagée par les classes politiques québécoises, qui ont préféré nous référer à des brochures d'informations sur le système de santé québécois plutôt que de nous accorder un entretien⁶. La fermeture des patients et du gouvernement s'ancre dans deux logiques distinctes : les uns utilisent le silence comme « un des modes de gestion de l'indicible » (Rouleau-Berger, 2012, p.

⁶ « Nous avons pris connaissance de votre description de projet de recherche et seule la première question concerne la mission du ministère (organisation du système de santé et de services sociaux québécois). À cet égard, je vous invite à consulter le document ci-joint qui s'intitule "Système de santé et de services sociaux du Québec en bref". » (« Projet de mémoire sur le tourisme médical », 2016, courriel d'un représentant de la Direction des affaires intergouvernementales et de la coopération internationale du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec)

93) alors que les autres emploient le mutisme comme outil pour désapprouver la pratique du tourisme médical.

Finalement, notre statut en sol cubain ne nous a pas permis d'explorer toutes les dimensions du tourisme médical. Afin de bien saisir comment cette industrie s'articule à l'échelle internationale et s'inscrit sur le territoire local, il aurait été pertinent de recueillir les propos de patients cubains et d'observer comment ils pensent et vivent l'arrivée de patients étrangers. Or l'impossibilité d'obtenir un visa académique a considérablement restreint notre capacité à établir un contact avec cette population, d'une part parce que nous ne possédions pas les documents légaux pour entreprendre ce genre de projets, et d'autre part parce que nous n'avions pas l'encadrement académique local, gage d'un accès à notre objet sur le terrain. Ce volet a donc été complètement occulté par des obstacles bureaucratiques. À l'opposé, la dimension institutionnelle, particulièrement du côté québécois, a été plus transparente, ce qui a ultimement favorisé l'accès aux patients québécois. Il est alors possible de constater que le phénomène de voilement/dévoilement qui émerge de l'espace de l'enquête s'élabore autant à l'échelle de la localité qu'à l'échelle internationale. Face à ces fermetures, il faut « briser le fantasme de la transparence » et apprendre à traiter le silence (Destremau, 2016). L'analyse des témoignages recueillis cherchera donc autant à faire sens des discours véhiculés que des épisodes de mutisme. La section qui suit exposera les conclusions que nous avons tirées de ces entretiens ainsi que des observations effectuées lors de notre séjour terrain.

CHAPITRE 4

En s'appuyant sur les propos de patients québécois et d'acteurs institutionnels cubains et québécois, nous avons tenté de déterminer si le tourisme médical induisait des processus de fragmentation spatiale par l'entremise de la création d'un champ de pouvoir entre les pays du Nord et les pays du Sud. Notre réflexion s'élaborera en trois points : d'une part, nous relèverons les déséquilibres à l'échelle internationale quant à l'exercice de la mobilité ; d'autre part, nous nous intéresserons à la fragmentation spatiale initiée par la pratique du tourisme médical ; finalement, nous appréhenderons le tourisme médical comme un réseau d'acteurs transnationaux.

Mobilités différenciées

La vitesse comme indicateur d'un accès privilégié à la mobilité

Comme le souligne l'Acteur québécois 1, le tourisme médical est majoritairement un processus Nord-Sud alimenté par des facteurs économiques. Les patients qui doivent composer avec un système de santé coûteux comme aux États-Unis ou qui font face à de longues listes d'attente comme au Canada sont incités à se déplacer pour recevoir des soins médicaux à l'étranger (Acteurs québécois 1 et 2, Médecin cubain 4, Patient 5). En parallèle, des pays comme la Tunisie ou l'Inde réussissent à procurer rapidement des soins de santé de bonne qualité à des prix abordables. Les patients que nous avons rencontrés ont personnellement subi la lenteur et l'inertie du réseau médical québécois de telle sorte que leur moral en fut affecté ; ils se sont sentis désorientés, abandonnés par le système :

On n'est pas informés ici... [...] Toi t'as juste le nom de ta maladie et des médicaments. J'ai passé par des moments de désespoir, je ne me sentais pas du tout prise en charge.

(Patient 1)

Je ne savais plus où m'en aller, quels buts.

(Patient 3)

Ici au Québec, je dirais, s'il y a plus qu'un médecin, ou il y a plus qu'un garde, ils s'adressent même pas à toi, ils se parlent entre eux autres. Toi t'entends

des bribes, ou s'ils te parlent, c'est très impersonnel. [...] T'es un numéro, t'es un morceau de viande.

(Patient 5)

Lorsque les patients ont usé de toutes les ressources médicales que le système de santé pouvait leur offrir – « Je suis allé suivre des traitements, de la physio, des naturopathes, des ostéopathes. Tous les traitements à côté qu'on peut aller chercher et qui ont soulagé temporairement, qui ont coûté beaucoup de sous, mais il n'y a pas personne qui pouvait aller à la source et régler le problème. » (Patient 5) – les mobilités en santé représentent une solution à une situation qui ne semblait pas avoir d'issues. Le tourisme médical comporte alors un fort caractère utilitaire : il est considéré comme une « nécessité » (Médecin cubain 1) :

[S]i pour X raison, je ne peux plus y aller à Cuba, je vais vivre avec des regrets. Quand tu vois presque plus, t'as quoi à perdre? Rien.

(Patient 1)

Sans ça, je mettais fin à mes jours. C'est pas vrai que j'aurais enduré ce mal-là.

(Patient 2)

La situation pouvait pas empirer, donc je me suis dit : je vais y aller. [...] Ça vaut vraiment la peine quand tu n'as plus de porte de sortie, pas d'issue.

(Patient 3)

Moi c'était ma lumière, c'était une lumière au bout du tunnel, fait que pour moi c'était une porte de sortie : J'avais de l'espoir quand il y en a pas du tout.

(Patient 5)

Les patients québécois usent alors de leur droit à la mobilité afin de contourner la lenteur du système de santé québécois et d'accéder à des traitements médicaux. Tous les répondants ont d'ailleurs souligné la vitesse avec laquelle leur séjour médical a été organisé puis réalisé. Alors que les patients étaient en attente de traitements depuis plusieurs années au Québec, le système de santé cubain leur a proposé une solution en moins de deux mois (Patients 1 à 6) : « Le global c'est que tu décides d'aller à l'extérieur parce que tu ne sais plus où aller, tu ne trouves pas d'autres issues, tu fais les démarches et ça se fait assez vite pour régler ton problème. [...] Ça traîne pas des années. C'est vite à comparer au temps ici » (Patient 3). Le Patient 2 raconte :

J'ai appelé [un représentant de l'agence de tourisme médical] un vendredi vers 2h [...]. Il dit « on est vendredi, je vais envoyer la demande tout de suite, mais tu sais que déjà à Cuba c'est pas très vite... ». Il m'a rappelé à 5h30, j'étais en train de souper, il me dit : « achète ton billet d'avion, ils t'attendent lundi matin ». [...] C'est aussi vite que ça!

Il est alors possible de constater que les Québécois empruntent des voies d'accès rapides vers une ressource qui ne leur était précédemment pas accessible. En s'appuyant sur les travaux du sociologue Zygmunt Bauman, nous pouvons avancer que les patients québécois que nous avons interrogés occupent une position relativement privilégiée dans le système de mobilité. Dans son ouvrage *Liquid Modernity* publié en 2000, Bauman examine les individus, les machines, l'information et les images dans un monde où la mobilité est généralisée (Gallez et Kaufmann, 2009; King, 2012; Sheller et Urry, 2006). En comparant la figure du touriste à celle du vagabond, il constate une réorganisation de la « stratification sociale » qui s'articule autour de la vitesse (traduction personnelle, Davis et Tester, 2010, p. 14; Jacobsen, 2016; King, 2012). La nouvelle ère de la liquidité, marquée par la fluidité des rapports sociaux, sacralise la rapidité du déplacement et la liberté du mouvement :

Domination consists in one's own capacity to escape, to disengage, to 'be elsewhere', and the right to decide the speed with which all that is done – while simultaneously stripping the people on the dominated side of their ability to arrest or constrain their moves or slow them down.
(Bauman, 2000, dans Davis et Tester, 2010, p. 14-15)

Ainsi, si chaque individu possède la capacité de se mouvoir, les variations dans la vitesse de leurs déplacements ainsi que dans le degré de liberté avec lequel ceux-ci seront réalisés témoignent des différents régimes qui forment le système de mobilité. Ce large spectre se manifeste entre autres dans la variété de représentations de la mobilité.

Les représentations de la mobilité

Les témoignages que nous avons recueillis nous révèlent en effet que les Cubains ne se conçoivent pas le phénomène du tourisme médical de la même manière que les Québécois. Alors que seul un médecin cubain questionne l'utilisation du terme *tourisme médical* – pour lui, les patients ne sont pas des touristes (Médecin cubain 3) –, les quatre

autres acteurs institutionnels cubains considèrent que l'expression reflète ce qu'incarne réellement le tourisme médical : une expérience à la fois touristique et médicale. S'il est vrai que plusieurs patients profitent de leur séjour à La Havane pour visiter la ville (Médecins cubains 1, 2 et 4), le simple fait de se déplacer pour recevoir des traitements médicaux constitue en soi une forme de tourisme (Médecin cubain 1 et Acteur cubain 1). Pour le Médecin cubain 1 et l'Acteur cubain 1, le contact avec une nouvelle culture engendre un dépaysement qui peut faire office d'expérience touristique. Selon plusieurs chercheurs, le tourisme implique justement un voyage, un dépaysement (Harkin, 1995; Miossec, 1977; Taylor, 2001). Pour reprendre les mots de Mikhaïl Bakhtine, penseur russe de la littérature, il comporte un pendant « exotopique », soit l'identification de soi grâce au contact, puis finalement à l'éloignement, de l'autre (Harkin, 1995). Dans le contexte touristique, cela prend la forme du départ d'un lieu défini comme « la maison » puis de l'intégration à un nouvel environnement qui génère une interaction avec une culture étrangère.

Cependant, l'expérience touristique ne se résume pas qu'à l'exotopie (Connell, 2006). Par exemple, les voyages touristiques découlent d'un choix délibéré et représentent pour plusieurs un luxe (Perfetto et Dholakia, 2010). Par opposition, plusieurs chercheurs soulignent le caractère involontaire du tourisme médical ; la mobilité des patients est davantage perçue comme vitale (Perfetto et Dholakia, 2010; Snyder et al., 2012). D'ailleurs, les patients qui prennent la décision de solliciter des traitements à l'étranger se retrouvent dans une situation de précarité : « *I didn't leave voluntarily, I didn't go for a tourist trip, this is not like plastic surgery where I was doing something voluntarily and looking for the best environment to . . . do this, I needed remediation, I was in pain* » (témoignage dans Snyder et al., 2012, p. 41). L'utilisation du terme *tourisme* pour caractériser les mobilités médicales induit alors un rapprochement entre l'expérience vécue par des patients vulnérables et celle des voyageurs à la recherche de divertissement (Perfetto et Dholakia, 2010). Cette expression banalise donc la douleur des patients et la transforme en un objet commercial (Perfetto et Dholakia, 2010; Smith, 2012). Ainsi, à l'opposé des acteurs cubains, six des dix Québécois rencontrés interrogent

la légitimité du terme *tourisme médical*. Pour deux des trois acteurs institutionnels, cette expression dénature ce que représente réellement la pratique. L'Acteur québécois 2 attribue cette dénaturation aux campagnes de promotion qui tentent de « vendre une destination » plutôt qu'un acte médical : « L'Amérique du sud, les Caraïbes, je trouve qu'ils misent beaucoup sur le fait qu'ils ont des plages, donc c'est le meilleur endroit pour te faire opérer ». L'Acteur québécois 1 soulève le problème que la diffusion de cette image du tourisme médical peut entraîner. Selon lui, l'association du tourisme de plage et de l'intervention médicale participe à la banalisation de la dimension médicale du séjour :

Et là où le terme nuit, c'est que les gens pensent qu'ils vont se faire opérer et *by the way* on va aller se baigner, on va faire la fête, alors que non, si tu te fais opérer une chirurgie esthétique, mettons un lifting, qui est quand même de quoi pas très invasif, ben faut pas que tu fumes, on recommande de cesser de fumer 3 semaines/un mois avant pis trois semaines/un mois après, pas prendre de soleil trop avant parce qu'il ne faut pas faire monter la température du corps pour pas que ça favorise les infections, les complications.

Quelques études sur l'industrie du tourisme médical révèlent en effet que le tourisme médical n'est que superficiellement touristique (Chambers et McIntosh, 2008), et cette dimension perd de son importance plus l'état de santé du patient est instable (Crooks et al., 2010). Ainsi, associer le terme *tourisme* au phénomène de mobilité médicale aurait pour effet d'imposer un caractère plaisant à un processus qui ne l'est fondamentalement pas (Perfetto et Dholakia, 2010). En effet, la raison principale qui amène les patients à voyager est médicale : ils cherchent à recevoir une intervention chirurgicale et non à prendre des vacances (Smith, 2012). La dimension touristique n'est donc qu'un « bénéfice périphérique » (traduction personnelle, Chambers et McIntosh, 2008, p. 922). Le témoignage de quatre des six patients que nous avons rencontrés vient d'ailleurs seconder ces travaux. Ceux-ci considèrent effectivement qu'ils n'ont pas vécu une expérience touristique lors de leur séjour médical à La Havane (Patients 1 à 6) :

Comme je te dis, je ne vais pas là pour prendre des drinks et faire le party. Je pense que je n'ai même pas le droit de boire d'alcool avant et après l'opération!
(Patient 1)

On ne fait pas le tour de la ville et ce n'est pas un resort : t'as pas un buffet, t'as pas une plage proche.

(Patient 2)

Mais c'est pas du tourisme pour visiter, profiter du bon. J'ai profité du bon temps amplement, je peux te le dire, là-bas malgré tout, mais c'est pas pour visiter, c'est pas pour aller à la plage.

(Patient 4)

Les quelques jours qu'on est sortis, je me suis dit : « On va aller voir la mer ». Tu sais? Mais on n'est pas allés parce que je ne pouvais pas handicaper mon dos pour aller à la mer, à la Havane. [...] On a été confinés vraiment aux soins médicaux.

(Patient 5)

En se penchant sur le discours des Patients 1, 2, 4 et 5 ainsi que sur celui des Acteurs québécois 2 et 3, il nous est possible de remarquer une homogénéité dans la représentation québécoise de l'expérience touristique. En effet, ces répondants basent leur appréciation du terme *tourisme médical* sur une conception du tourisme articulée autour de l'image de la plage. Le tourisme est alors perçu comme un phénomène statique, spatialement ancré dans un paysage balnéaire. Cette définition de l'espace touristique diverge de celle des Cubains, qui globalement pensent la ville comme un site touristique ; seul le Médecin cubain 1 a mentionné que la plage pouvait incarner une telle fonction.

Les Patients 2 et 4 ont cependant reconnu que, malgré l'impossibilité de pratiquer les plages cubaines, leur séjour médical comportait une dimension touristique : « Mais oui c'est une forme de tourisme [...]. J'ai découvert une place que je ne connaissais pas » (Patient 2) ; « je pense qu'il faut que ça rentre dans ce terme-là [tourisme médical] de toute façon, parce que tu vas te faire soigner à l'étranger » (Patient 4). À l'image du Patient 6⁷ et de l'Acteur québécois 3⁸, ces patients bonifient leur représentation du tourisme avec l'intégration du concept de mobilité. Quatre des cinq Cubains interrogés semblent suivre cette tendance. Pour ces derniers, l'expérience touristique est dynamique : il implique le déplacement d'un individu, à l'échelle de la ville (ils soulignent

⁷ « T'sais dans le fond, tourisme c'est tu t'en vas visiter la place, tu t'en vas passer un bon moment, tu t'en vas... T'as pas le temps de faire du tourisme, tu t'en vas te faire soigner. »

⁸ « Je pense que dans la deuxième semaine ils ont vraiment – à moins que ce soit une chirurgie générale, ils vont rester plus longtemps – mais dans les derniers temps, ils vont visiter. »

la possibilité de visiter La Havane avant ou après les interventions médicales) comme à l'échelle internationale (ils suggèrent que le fait d'être relocalisé outre-mer pour recevoir des traitements médicaux constitue une expérience touristique).

Ce décalage entre Québécois et Cubains quant à leur représentation du tourisme révèle l'existence de régimes de mobilité inégaux. Ces déséquilibres pourraient être expliqués en partie par les restrictions auxquelles font face les Cubains lorsqu'ils souhaitent quitter l'île caribéenne. Depuis l'établissement du régime socialiste, la politique migratoire cubaine est grandement affectée par les relations diplomatiques que l'île entretient avec les autres pays, et particulièrement avec les États-Unis (Jolivet, 2017; Lafleur, 2005; Perelló-Cabrera et Llanes-Sorolla, 2015). La politique migratoire des États-Unis influence effectivement l'attitude d'ouverture puis de fermeture du gouvernement castriste. Au début de l'ère socialiste, l'émigration n'est pas restreinte, puisque l'État cubain perçoit ceux qui la pratiquent comme des opposants au nouveau régime (Dumont, 2015). Les frontières de l'île sont demeurées relativement perméables durant les années 1960, l'imposition de l'embargo étatsunien restreignant de par lui-même les mobilités. En 1976, la Loi sur la Migration 1312 reprend des clauses de la Loi 989 promulguée une quinzaine d'années auparavant et impose un Permis de sortie ainsi qu'un Permis de retour à tout citoyen qui tente de quitter l'île (Fiallo, 2013). Considérant les sorties du territoire cubain comme un abandon de la patrie, le gouvernement confisque les biens des Cubains qui ne respectent pas ces conditions. Ces obstacles politiques agissent sur le droit à la mobilité, qui devient plus complexe à exercer. Alors que Fidel Castro cède le pouvoir à son frère Raúl en 2008, de nombreux ajustements politiques sont initiés et laissent entrevoir l'établissement d'une politique migratoire plus ouverte. Sa réforme tardera cependant à venir, le gouvernement utilisant ses relations diplomatiques tendues avec les États-Unis pour justifier le maintien de son attitude de fermeture. La politique migratoire ne sera repensée qu'en 2012. Avec la promulgation du Décret-Loi 302/12, le gouvernement élimine le Permis de sortie ; le passeport devient le seul document requis pour quitter l'île (Fiallo, 2013; Perelló-Cabrera et Llanes-Sorolla, 2015). Maintenant, les citoyens peuvent sortir du territoire cubain pour une période de deux ans et peuvent

même prolonger leur séjour de l'étranger. Par ailleurs, les mineurs ont acquis la possibilité de voyager à l'extérieur du pays. Malgré tout, les pays d'accueil ont toujours en vigueur des politiques migratoires de fermeture vis-à-vis de Cuba. L'obtention d'un visa étranger de même que les conditions économiques nécessaires pour voyager agissent négativement sur la capacité des citoyens cubains à se déplacer à l'international. Puisque leur droit à la mobilité est plus difficile à exercer, leur conception de la pratique du tourisme médical pourrait être altérée. D'ailleurs, pour les Cubains, il n'existe aucune barrière qui pourrait empêcher l'intégration des patients québécois au système de santé cubain, reconnaissant ainsi la position privilégiée de ces derniers dans le système des mobilités. Les acteurs institutionnels québécois sont globalement du même avis, mais nuancent leurs propos. L'Acteur québécois 2 souligne entre autres que la mobilité médicale est souvent freinée par des problèmes liés à l'obtention d'un visa d'entrée. Il convient cependant que ces barrières politiques sont davantage subies par les patients du Sud que les patients du Nord. Comme le rappelle le Médecin cubain 4 par exemple, les Québécois qui se rendent à Cuba pour des traitements médicaux « viennent via une agence touristique, puis entrent avec un visa touristique. Il n'y a donc aucun problème. »

Les patients québécois déclarent quant à eux d'emblée que la pratique du tourisme médical comporte des obstacles. Les Patients 1 et 6 soulignent la complexité des démarches à entreprendre pour organiser un séjour médical : « Faut vouloir, il y a des démarches à faire. C'est sûr que ça se fait pas tout seul. Si t'attends après tout le monde pour faire tes affaires, t'es pas fait pour aller là » (Patient 6). Le Patient 5 rappelle que la peur qui entoure l'idée de subir une opération dans un système de santé qui n'est pas le sien agit comme un important frein à la mobilité médicale. Les entraves à la communication qui émergent des différences linguistiques exacerbent le côté problématique de la délocalisation de soins. L'Acteur québécois 3 appuie ces propos : « Il y a des inquiétudes : la langue, quelqu'un qui ne parle pas l'espagnol. Comme [mon collègue] l'a mentionné, on n'est pas dans une institution comme chez nous, avec papa, maman, mon oncle ou nos amis qui sont à côté. » La présence d'un accompagnateur qui apporte une source de réconfort essentielle apparaît donc comme primordiale pour le

Patient 5 : « Moi je mets accompagné en obligation, t'sais en... C'est plus qu'un plus. Moralement, c'est difficile. »

Finalement, la plus grande entrave au tourisme médical semble être la dimension financière. Quatre patients de même qu'un acteur institutionnel québécois ont souligné la difficulté d'amasser les fonds nécessaires pour effectuer un voyage médical : « Il y a une solution ailleurs, mais il y en a qui, parce que financièrement ils ne sont pas capables, ils vont rester avec des douleurs de mêmes » (Patient 2). Pour les patients rencontrés, le tourisme médical est alors un véritable investissement : « Je me suis dit que j'allais investir sur mon corps pour qu'il marche mieux. Il n'y a pas de prix pour la santé » (Patient 3). Toutefois, plusieurs Québécois doivent organiser des collectes de fonds pour amasser les ressources financières nécessaires pour recevoir leur traitement médical à Cuba. La réticence de l'entourage à aider et à accompagner le patient dans ses démarches restreint l'efficacité de ces entreprises :

En tout cas pour moi ça a été ça mon plus grand défi, de partir ma collecte de fonds. C'est ça qui a été difficile, parce sinon ça ferait longtemps que j'y aurais été, à Cuba.
(Patient 1)

À partir de ces témoignages, il est possible de remarquer que les Québécois et les Cubains n'envisagent pas les freins au tourisme médical de la même manière. En effet, les Cubains ne parviennent pas à se concevoir les barrières qui pourraient entraver la mobilité médicale, comme s'ils prenaient pour acquis le droit à la mobilité des patients internationaux. En constatant que le déplacement des patients internationaux réussit, ils ne considèrent que la finalité du processus et ignorent les obstacles qui auraient pu ralentir leur intégration au système de santé cubain. En plus des entraves à la migration internationale précédemment évoquées, ceci pourrait être expliqué par le rapport des Cubains avec leur propre mobilité médicale. Puisque l'ensemble des soins de santé sont couverts par le MINSAP, il n'est souvent pas nécessaire pour les Cubains de quitter l'île caribéenne pour recevoir les traitements dont ils ont besoin (Médecins cubains 1, 2 et 4, Acteur institutionnel cubain 1). Seuls les patients demandant une intervention plus spécialisée pourront pratiquer la mobilité médicale. L'État cubain a en effet développé

des partenariats internationaux qui permettent à ses citoyens de recevoir à l'étranger les traitements dont l'île ne possède pas l'équipement ou l'expertise nécessaire pour les offrir. Par exemple, le Médecin cubain 2 souligne que les couples qui souhaitent avoir recours à l'insémination artificielle peuvent solliciter l'intervention en Espagne et au Mexique ; c'est le gouvernement qui couvrira alors les frais du voyage. Ainsi, si au Québec, le dysfonctionnement du système de santé alimente les flux migratoires liés à la santé, à Cuba, l'État semble s'appuyer sur l'efficacité de son système de santé pour limiter la mobilité médicale de ses citoyens.

En somme, la rapidité avec laquelle les patients québécois parviennent à avoir accès à l'expertise médicale cubaine, les divergences entre l'opinion des Québécois et des Cubains quant à la pertinence du terme *tourisme médical*, de même que les différentes représentations de la pratique du tourisme médical et des obstacles à la mobilité médicale permettent de révéler l'enchevêtrement de plusieurs régimes de mobilité, un système dans lequel les Québécois sont avantagés. Alors que les frontières cubaines sont perméables aux Québécois, elles demeurent relativement hermétiques aux Cubains qui souhaiteraient quitter l'île. Ces phénomènes simultanés d'ouverture et de fermeture rendent compte d'un champ de pouvoir. Le contrôle des voies d'accès vers Cuba révèle une lutte inégale pour des ressources spatiales, ultimement dominée par les Québécois. Selon Henri Lefebvre, l'espace ne serait pas « un simple support neutre – ou un réceptacle – des activités sociales », mais plutôt une construction menée par plusieurs groupes antagonistes, et le lieu de tensions entre diverses perceptions spatiales (Busquet, 2012, p. 3). Jérôme Monnet (1998) suggère alors « [qu'il] ne faut pas prendre à la légère la dimension symbolique de l'espace, car c'est elle qui donne sa cohérence interne à l'espace vécu de chacun » (p. 3). Cette valeur qui transcende la matérialité procure à l'espace la capacité de devenir un « instrument de pouvoir » (p. 3). Lefebvre établit ainsi une distinction entre l'*espace dominé*, qu'il associe à l'espace de la vie quotidienne des classes populaires (l'*espace vécu*, l'espace des représentations), et l'*espace dominant*, qu'il définit comme l'espace conçu par les classes dirigeantes (Busquet, 2012). Ce contrôle de l'espace par l'État et le système capitaliste fait de celui-ci un enjeu politique. En voulant

se le réapproprier, les dominés transforment l'espace en un triptyque : il devient simultanément le site où s'articulent les luttes de classes, l'objet de ces dernières et l'instrument employé pour le revendiquer.

Pour Claude Raffestin (1982), l'espace « constitue [plutôt] une sorte de matière première » (p. 168) à la ressource que représente le territoire. S'il n'existe pas de définition exacte du territoire, il est tout de même entendu qu'il est le fruit de processus d'appropriation, le résultat d'une réorganisation spatiale générée par les populations (Lyon-Caen, 2008; Raffestin et Barampama, 1998). Cette *socialisation* (Lyon-Caen, 2008) n'est possible que lorsque l'espace est disputé entre deux forces. L'espace est ainsi considéré comme « un enjeu du pouvoir tandis que le territoire [en] est un produit » (Raffestin, 1982, p. 168). L'exercice de ce pouvoir tient alors à la capacité d'agir sur son environnement, autant social que physique, et mène au contrôle de ses ressources. L'opposition de ces pôles d'influence ainsi que les outils qu'ils useront lors de cet échange constitue un champ de pouvoir (Guerrero, 2006).

Dans le cas du tourisme médical à Cuba, bien que des routes soient créées et permettent de connecter l'espace québécois à l'espace cubain, celles-ci ne sont globalement empruntées que par les Québécois. Par conséquent, l'espace cubain vit un désenclavement de l'extérieur tout en subissant toujours un enclavement de l'intérieur, ce qui nourrit des flux migratoires à sens unique. Ce processus agit alors sur la continuité de l'espace. Pour les Québécois qui parviennent à pratiquer une mobilité internationale, l'espace médical cubain devient en quelque sorte le prolongement de l'espace médical québécois. Pour les Cubains, l'espace est fragmenté, le territoire national détaché de l'espace international.

Fragmentation spatiale

L'accessibilité socio-cognitive du système de santé cubain

Ce morcellement spatial à l'échelle globale est aussi manifeste à l'échelle locale. En effet, afin de s'adapter à la demande étrangère, l'espace médical international cubain semble subir un processus de fragmentation qui le déconnecte du reste du système de

santé. Ceci pourrait être motivé par une volonté d'augmenter l'accessibilité socio-cognitive du système de santé cubain pour les patients étrangers. Thierry Ramadier (2011) définit ce concept comme la facilité avec laquelle un individu parvient à se représenter un lieu, à le décoder et à s'y projeter. Selon lui, les déplacements chercheraient à s'effectuer au sein des mêmes frontières socio-cognitives afin que le nouveau lieu navigué puisse générer un sentiment de familiarité. En se fondant sur cette définition, il est possible d'avancer que la mobilité médicale – du moins celle pratiquée par les Québécois que nous avons sondés – déroge à la théorie de l'accessibilité socio-cognitive. Le Patient 1 peut témoigner de la distance sociale et cognitive qui existe entre le Québec et Cuba : « Que ça aurait été Cuba, ou le Mexique, ou je ne sais pas trop, je m'en fous pas mal, je ne vais pas là pour avoir du fun. » Pour lui, l'île caribéenne n'est qu'une entité vide qui n'a qu'une seule fonction, le guérir de sa condition médicale.

Cette incapacité à se représenter Cuba et à y déceler une affinité socio-cognitive peut entre autres être comprise en investiguant la pratique que les patients interrogés avaient précédemment faite de l'île. Si quatre patients n'avaient jamais visité Cuba avant d'y recevoir des traitements médicaux (Patients 1, 3, 4 et 6), les deux autres (Patients 2 et 5) n'avaient que fréquenté des complexes hôteliers tout-inclus. Ces espaces enclavés étaient reconnus pour leur caractère ségrégationniste. D'ailleurs, dans une étude sur l'industrie touristique à Cuba, Julie Mazzei (2012) s'est demandé s'il était possible d'associer cette dernière à un système d'apartheid. La notion d'apartheid touristique renvoie à la création d'enclaves touristiques interdites à la population locale. Mazzei révèle qu'à Cuba, ce système d'exclusion s'articulait autour de tout un réseau d'infrastructures et de services destinés à l'usage des étrangers. Les accessibilités différenciées aux installations touristiques étaient par ailleurs exacerbées par le décalage entre les enclaves touristiques et le reste du territoire cubain. L'émergence de ce système déséquilibré découle de l'instauration de politiques qui ne se voulaient pas discriminatoires, mais qui ont pourtant nourri les inégalités tant à l'échelle nationale qu'internationale. Depuis 2008, toutefois, la population locale peut aussi fréquenter les installations touristiques, ce qui permet une remise en question de la validité du concept

d'apartheid touristique dans le cas cubain. Il serait malgré tout possible d'avancer que l'enclavement des zones touristiques se manifeste aujourd'hui autrement. Alors qu'avant 2008, l'enclavement était plutôt spatial, de nos jours, il serait économique. En effet, la présence d'une double économie a engendré des déséquilibres au sein de la population cubaine en créant une classe de privilégiés ayant accès à l'économie en pesos convertibles, mieux nantie que la première. L'industrie touristique s'insérant dans cette seconde économie, elle participe à l'élargissement de ces disparités sociales. La pratique des complexes tout-inclus pourrait alors être considérée comme parallèle à la réalité cubaine puisque celle-ci n'est accessible qu'à une faible proportion de la population.

Ramadier (2011) rappelle toutefois que « le degré de facilité dont il est question dans la lisibilité sociale de l'espace est moins dépendant de la durée de l'expérience (familiarité liée au temps) que de schèmes cognitifs, socialement construits, intériorisés par l'individu, et transposables d'un lieu à l'autre (familiarité socio-cognitive) » (p. 6). L'ajout de cette nuance nous permet d'examiner davantage la lecture limitée que les patients québécois font de Cuba et de son système de santé. D'une part, les patients québécois rencontrés n'ont pas cherché à comprendre le fonctionnement du système de santé cubain avant de l'intégrer. Alors que les deux patients qui avaient pratiqué Cuba auparavant ont avoué n'avoir recueilli aucune information sur celui-ci, les quatre autres ont souligné n'avoir obtenu que des renseignements généraux :

Oui, on m'a dit que c'est très propre. On m'a dit que par exemple, tu ne manges pas super bien.

(Patient 1)

Au départ, je savais que ce n'était pas un pays riche, mais ils donnaient des bons soins.

(Patient 3)

Moi ce que je savais, je ne le connaissais pas en général. [...] Ce que je savais, c'était où moi je m'en allais, de quelle façon ça fonctionnait, que les neurochirurgiens, c'étaient des gens qui travaillaient en équipe, ce n'étaient pas des gens qui travaillaient en individuel.

(Patient 4)

Par conséquent, pour quatre des six patients rencontrés, la mobilité médicale est un processus similaire à un saut dans le vide. Trois d'entre eux ont souligné ne pas savoir

dans quoi ils « s'embarquaient » (Patients 2, 3 et 6) et deux ont comparé les environnements médicaux étrangers à « l'inconnu » (Patients 3 et 4). L'absence de lisibilité de ces systèmes étrangers suscite chez l'individu une certaine « anxiété » (Patient 6) ; seul le Patient 1 avouait n'avoir aucune appréhension quant au fait de pratiquer une mobilité médicale :

Je ne vous dirai pas que je n'ai pas eu la chienne quand je suis allé là-bas. Je pleurais comme un enfant quand je suis parti.
(Patient 2)

Comme j'ai dit au début j'étais réticent, j'avais une certaine crainte.
(Patient 3)

Écoute, moi je me connais, je retarde toujours le processus. Ça je pense que c'est la crainte. Et tu sais te faire jouer dans le dos...
(Patient 4)

Ces angoisses ont souvent été accompagnées d'hésitations, de remises en question, même une fois qu'ils avaient intégré le système de santé cubain : « Dans quoi je m'embarque? Les gens autour de moi me disaient que la médecine cubaine est reconnue dans le monde. Oui, c'est reconnu, mais y irais-tu toi? » (Patient 2) ; « Rendu à l'aéroport, j'étais pas sûr encore : je suis tu mieux de m'en aller même si tout était payé? » (Patient 4). Le Patient 5 fait bien sens de ces moments d'incertitude qui découlent potentiellement d'une familiarité socio-cognitive restreinte avec les systèmes de santé étrangers. Pour lui, l'acte médical devient effrayant lorsqu'il est pratiqué dans un pays autre que le sien :

Pis la dernière affaire qu'on veut faire quand on est touristes, quand on est en vacances, c'est faut pas tomber malade. Il faut pas tomber malade en vacances, t'es pas chez vous, tu peux pas te faire soigner comme chez vous.

Ces craintes sont alimentées par une lecture globalement rétrograde du territoire cubain. Avant d'expérimenter son système de santé, les patients québécois fondent généralement leur représentation de Cuba sur l'environnement bâti. Les Patients 1 à 5 se concevaient l'île caribéenne comme un pays marqué par des paysages urbains décrépits ainsi qu'une pauvreté sociale :

Je sais que les gens sont très pauvres, qu'eux-mêmes n'ont pas nécessairement les moyens de se faire traiter.
(Patient 1)

On tombe dans les années 50. [...] On voit que la ville est débâtie, les rues et les trottoirs sont maganés.

(Patient 2)

J'ai fait un peu le tour de la Havane dans la fin de semaine et je me suis demandé dans quoi je me suis embarqué. J'ai fait une petite crise de panique, j'en pleurais, je me suis demandé si je n'avais pas pris la mauvaise décision. C'est quand j'ai vu les bâtiments. Les bâtiments, c'est pas comme ici, c'est pas la grosse richesse là-bas.

(Patient 3)

De toute façon, ils ont de la misère à manger, et c'est vrai. C'est pas la richesse. Quand tu parles de soins de santé, aller à Cuba... Je m'étais dit 'Oh non, jamais, jamais'

(Patient 4)

Les Patients 2 et 5, qui avaient déjà visité Cuba avant de pratiquer son système de santé, effectuaient une lecture plus nuancée de l'espace, davantage appuyée sur l'environnement social. Ils ont souligné la gaieté de Cubains de même que l'humanisme avec lequel ils abordaient les touristes.

L'accessibilité socio-cognitive limitée de l'espace médical cubain se reflète par ailleurs dans l'attitude des médecins québécois et de l'entourage des patients interrogés. Les Patients 2, 5 et 6 n'ont pas eu à faire face à la fermeture de leur médecin de famille lorsqu'ils lui ont fait part de leur volonté de recevoir une opération à Cuba. Ces médecins n'avaient aucun doute que l'expertise médicale cubaine pouvait enrayer leurs maux. Leur seule inquiétude concernait plutôt la réintégration de leur patient dans le système de santé québécois :

Ici, on dirait qu'ils ont peur de perdre des clients si on peut dire. Je pense que c'est plus ça : Heille, tu vas te faire opérer ailleurs, mais s'il y a des complications, ben c'est parce que là, on va réparer la scrap de Cuba.

(Patient 2)

Sa première réaction, quand je lui ai dit que j'allais me faire soigner à l'étranger, il dit : 'Ah oui? Où?'. J'ai dit à Cuba. Là, il a passé un commentaire tout haut, il dit : 'Ouais, je sais pas s'ils vont pouvoir te reprendre ici'.

(Patient 6)

Ce genre de témoignage est aussi partagé par les patients québécois que nous avons rencontrés de manière informelle au cours de notre séjour terrain. Il a été difficile pour

plusieurs d'entre eux d'aller à l'encontre de ce que leurs médecins à la maison pouvaient leur conseiller. Avant de réellement trouver le courage d'initier leurs démarches avec une agence de tourisme médical, plusieurs ont dû faire fi des commentaires péjoratifs⁹ sur le système de santé cubain véhiculés par les professionnels médicaux du Québec. L'Acteur québécois 1 avoue en parallèle : « Premièrement, leur professionnel de la santé, l'opinion qu'ils vont recevoir souvent, malheureusement, qui est souvent non fondée, va être une entrave importante. »

Le système de santé québécois restreint alors la mobilité médicale vers Cuba en fonctionnant en vase clos, comme si l'espace médical cubain sortait des limites socio-cognitives du milieu médical québécois. L'Acteur québécois 1 a d'ailleurs répété à maintes reprises que les collaborations médicales entre le Québec et Cuba seraient pertinentes, mais que le gouvernement québécois n'était pas prêt à établir ce genre de ponts. Nous avons nous-même tenté d'obtenir un entretien avec un représentant du Ministère de la Santé et des Services Sociaux afin de cerner la position du gouvernement du Québec quant au phénomène du tourisme médical à Cuba. Comme réponse à notre requête, il nous a été souligné que :

[L]e gouvernement du Québec n'a pas pour politique d'encourager les Québécois à se faire traiter à l'étranger. En ce sens, la mission du ministère est évocatrice à cet égard: « Le Ministère a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec ».

[...]

Par ailleurs, nous ne disposons d'aucune donnée afin de documenter ce phénomène puisqu'il s'agit souvent de démarches individuelles non remboursées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Ces propos rendent compte de l'enclavement du système de santé québécois et du désengagement de ce même système face à des démarches personnelles qui sont jugées

⁹ « les Cubains sont des charlatans », « Ils ne savent pas ce qu'ils font »

risquées. Sur le site du Gouvernement du Canada (2012), nous pouvons lire cette mise en garde :

Avant de partir, vous devrez faire des recherches afin de connaître les normes de l'établissement de soins de santé et l'autorisation du fournisseur de soins de santé dans le pays de destination. Déterminer comment les services et les établissements médicaux sont accrédités et s'ils sont réglementés. Vérifier l'autorisation de l'établissement et du fournisseur de soins de santé, et rechercher tous plaintes, commentaires, rapports et évaluations. Même si vous recherchez l'établissement et le personnel au fond, il n'y aucune garantie que votre expérience correspondra à l'information que vous avez trouvé [sic].

Soyez conscients des implications de recevoir des soins médicaux à l'étranger et préparez-vous.

La distance sociale et cognitive entre les deux systèmes de santé semble alors être trop élevée pour pouvoir justifier un dialogue entre les milieux médicaux canadien et cubain. Les Patients 1, 3 et 4 ont d'ailleurs eu à composer avec des professionnels de la santé qui refusaient d'admettre la capacité du système de santé cubain à répondre à leurs besoins médicaux :

J'ai commencé à m'intéresser à ce sujet-là, mais à chaque fois que je parlais de Cuba à mon ophtalmologue, il n'avait pas de réponse à me donner, il me disait juste de ne pas y aller, que ce n'était pas efficace, que si c'était miraculeux, on le saurait, mais il n'avait pas d'argument pour prouver que ça ne fonctionnait pas [...].

(Patient 1)

Mais lui n'était pas d'accord. Je lui avais demandé de me signer un papier comme quoi j'allais à Cuba parce que ici au Québec je ne recevais pas de soins. Il m'a écrit : « Monsieur suggère aller à Cuba », mais lui se déresponsabilise là-dedans, il ne voulait pas mettre son nom là-dedans.

(Patient 3)

Cette attitude de fermeture qui pourrait être associée à une impossibilité de lire les systèmes de santé étrangers est aussi exprimée par les proches des patients rencontrés (Patients 1, 2, 4, 5 et 6). À l'image des inquiétudes de leurs médecins de famille, les réticences de l'entourage des patients agissent comme frein à leur mobilité. Pour ceux-ci, Cuba est un pays « sous-développé » (Patient 5) qui par conséquent, ne possède pas les installations appropriées pour traiter adéquatement les malades :

Tu sais j'avais juste des oui-dire d'un peu tout le monde : tu vas te faire opérer ailleurs, c'est comme de la charcuterie.

(Patient 2)

J'ai un frère, mon frère était contre ça, ma grande chum qui a essayé de me décourager quasiment jusqu'à la fin, jusqu'à mon départ, [mon partenaire] qui n'était pas d'accord au début [...]. J'ai eu à convaincre mes proches, pis si j'en parlais...

(Patient 5)

Les gens me disaient, même de mes amis : « Mon dieu, aller à Cuba se faire soigner, c'est épouvantable, il a pas peur? ». Il y en a qui me disaient quand je suis revenu : « Réellement j'avais des craintes. J'avais peur, je comprenais pas pourquoi t'allais te faire soigner là ».

(Patient 6)

Afin de contrer ces avis réfractaires, l'espace médical cubain doit s'adapter aux attentes étrangères. Ceci passe entre autres par une reconfiguration des frontières socio-cognitives du système de santé qui permettrait aux patients internationaux de le lire et de s'y projeter.

Reconfiguration et fragmentation

De manière à construire un environnement de soins qui soit rassurant pour les patients internationaux, le système de santé cubain s'appuie sur les raisons qui motivent le choix d'une destination médicale. En effet, il est possible de relever une adéquation entre les propos des agences de tourisme médical québécoises, qui sont au fait des attentes de leurs clients, et celui des acteurs du milieu médical cubain, qui participent à la construction d'un espace médical international adapté à ces exigences. Selon trois acteurs institutionnels québécois (2, 3 et 4), le coût des soins prodigués constitue une importante variable dans le choix d'une destination. Or Cuba offre des traitements médicaux à des prix abordables, ce qui attire une clientèle internationale (Acteur cubain 1, Médecins cubains 2, 3 et 4) (voir Figure 6¹⁰). Même si les prix cubains qui paraissent dans la Figure 6 incluent l'hébergement et la nourriture, ils demeurent significativement

¹⁰ Ce tableau a été tiré d'un article publié dans le Journal de Montréal et s'appuie sur le témoignage de représentants des Services médicaux cubains. Cependant, selon les données que nous avons recueillies sur le terrain, les patients dépensent davantage que ce qui est mentionné.

moins élevés que ceux du Québec. Puisque l'achat d'un billet d'avion vers La Havane ne ferait varier que très légèrement le montant total de la facture, il est effectivement financièrement avantageux d'obtenir une chirurgie à Cuba. En outre, les patients fondent leur décision sur la reconnaissance d'un système de santé et l'expertise de ses médecins plutôt que sur la destination en soi (Acteur québécois 2 et 4). Le MINSAP mise alors énormément sur la réputation de son système de santé pour commercialiser ses soins médicaux : « Les patients choisissent Cuba parce que les services médicaux cubains sont les meilleurs du monde pour la qualité, l'efficacité et l'humanisme » (Médecin cubain 1). L'île caribéenne offre par ailleurs un sentiment de sécurité qui est très recherché par les patients étrangers (Acteur québécois 2 et Médecin cubain 4). La résonance du discours des facilitateurs médicaux québécois dans celui des acteurs cubains révèle que les institutions médicales du Sud s'approprient une logique du Nord afin répondre aux attentes d'une clientèle étrangère. À Cuba, il émerge de ce processus un espace médical international qui se détache autant du système de santé national que du reste du territoire.

Les propos d'un collègue de l'Acteur québécois 3 témoignent de la fragmentation induite par la reconfiguration de l'espace médical cubain : « c'est comme un privé, les touristes n'ont pas le droit d'aller dans des hôpitaux publics. Les touristes vont aller dans certaines institutions qui sont signalées dans le contrat. » Bien que le tourisme médical soit aussi une industrie gérée par le gouvernement, le simple fait que la population la conçoive comme un secteur d'activité privé témoigne du décalage qui existe entre les

Figure 6 : Comparaison des coûts pour certaines chirurgies offertes à Cuba

COÛTS DE CERTAINES CHIRURGIES*

Opération pour une hernie discale

- Québec : 25 000\$ **
- Cuba: 8000\$

Traitement de canal avec couronne

- Québec : 15 00\$ à 2 000\$
- Cuba : 700\$ à 800\$

Augmentation mammaire

- Québec : 8000\$
- Cuba : 5000\$

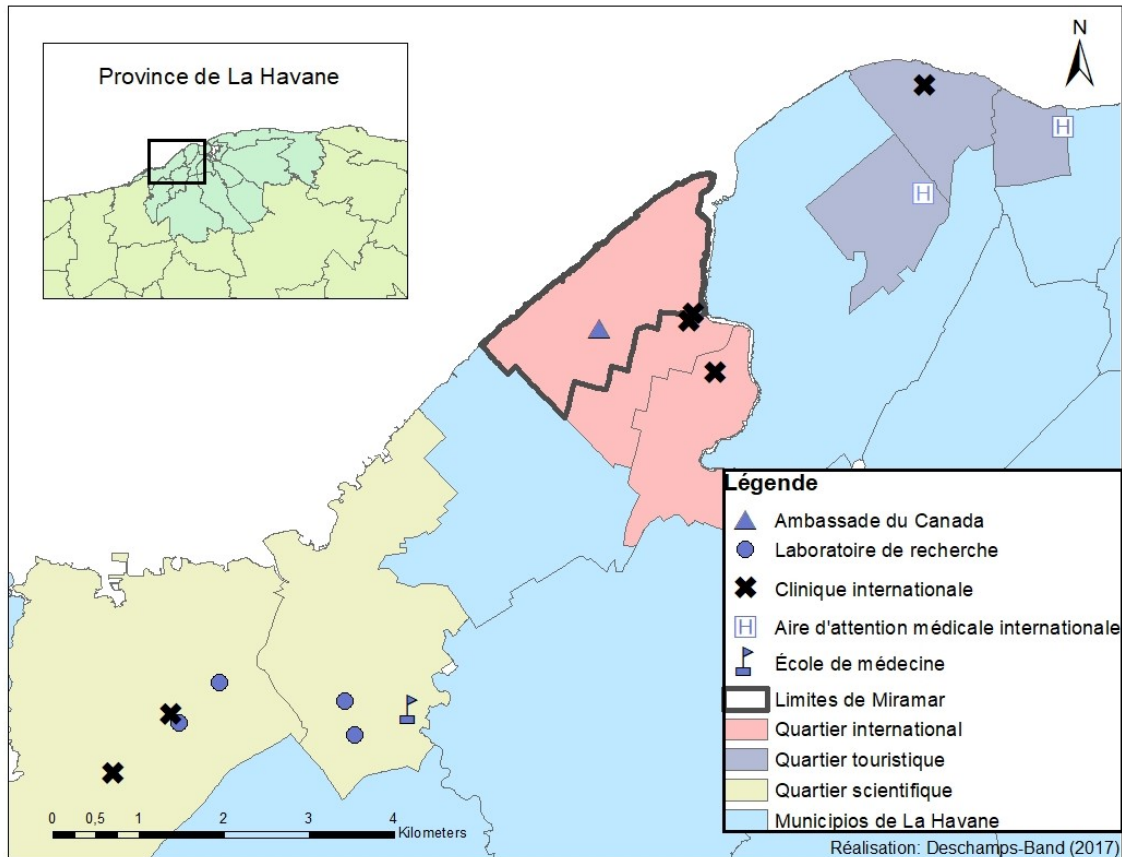
**Hébergement et nourriture inclus*

***Au privé*

(Lapointe, 2017)

espaces médicaux national et international. Cette déconnexion peut être entre autres illustrée par une analyse de la distribution spatiale des cliniques internationales sur le territoire havanais. Nous avons élaboré une typographie qui révèle que l'espace médical international de la capitale s'articule autour de trois pôles : le Quartier international, le Quartier scientifique et le Quartier touristique (Voir Figure 7).

Figure 7 : Emplacement des cliniques internationales et des laboratoires de recherche de La Havane



La Figure 7 révèle que le Quartier international, qui se situe dans le secteur de Miramar et qui déborde légèrement dans les quartiers Almendares et Ceiba-Kholy, regroupe la *Clínica Central Cira García*, le *Centro Nacional de Estomatología* et le *Centro de Histioterapia Placentaria*. L'économie du sucre, florissante dans les années 1920, a fait de Miramar un quartier prospère (Staten, 2015). Alors que la bourgeoisie havanaise y élit domicile, l'industrie du jeu qui y éclot attire les touristes. Le secteur subit alors un enclavement autant socio-économique que spatial, l'automobile occupant une place importante dans son développement urbain (Scarpaci, Segre et Coyula, 2002). Suite à

l'établissement du régime castriste en 1959, le nouveau gouvernement fait des quartiers huppés de La Havane, dont Miramar et Kholy, une *Zona Congelada*, autrement dit un secteur résidentiel réservé aux haut-fonctionnaires, aux pensionnats scolaires et aux diplomates qui travaillent dans les nombreuses ambassades du quartier. Certains logements sont par ailleurs attribués aux familles à faibles revenus. Ces groupes populationnels bénéficient donc d'un milieu de vie privilégié, profitant des villas abandonnées par la bourgeoisie qui a quitté l'île caribéenne aux suites du triomphe de la Révolution socialiste.

Si Miramar a subi un long épisode de « détérioration physique et sociale » (traduction personnelle, Scarpaci et al., 2002, p. 137), la récente ouverture du gouvernement cubain à l'économie globale aide à revamper le quartier. Le riche patrimoine bâti, témoin d'un passé prospère, est revitalisé pour répondre aux besoins des nouvelles entreprises qui s'installent dans le secteur :

These new dollar-gathering retail activities coexist in the former fancy neighborhoods with embassies, the homes of labor organizational leaders, and illegal residents (many of the last are remnants of the former caretakers who occupied the homes in the 1960s) [...]. This new retail 'glow' symbolizes a kind of rebirth amid a setting of abandonment and a fading gleam of former bourgeois Havana, pointing to Cuba's timid foray into capitalism.
(Scarpaci et al., 2002, p. 188)

Scarpaci (2002) révèle alors que la renaissance de Miramar exerce sur ce quartier une double exclusion : d'une part économique, alors que la majorité de la vie économique du quartier s'insère dans l'économie en pesos convertibles, contrairement à d'autres secteurs qui fonctionnent dans l'économie en pesos cubains ; d'autre part physique car l'environnement bâti offre une plus grande hospitalité qu'ailleurs dans la capitale. En conservant son statut particulier au sein de l'environnement urbain, il incarne un espace déconnecté du reste du territoire havanais, davantage modeste : « *Miramar seems far removed from life of the rest of habaneros* » (p. 189). Le choix du Miramar pour y établir des cliniques internationales ne semble donc pas innocent. Ces lieux et ce quartier incarnent, à des échelles différentes, des espaces internationaux qui, par leur

fonctionnement distinct du reste du territoire et les populations qui les naviguent, disloquent l'espace urbain havanais.

À l'image de cette internationalité qui génère une fragmentation spatiale, l'orientation donnée au Quartier scientifique, qui se trouve dans le secteur de Siboney-Atabey et Cubanacán, agit comme un facteur d'enclavement. En effet, cet espace connu sous le nom de Pôle scientifique regroupe le *Centro Internacional de la Salud* La Pradera, le *Centro Internacional de Restauración Neurológica*, la plupart des instituts de recherche de pointe de La Havane¹¹ de même que l'*Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas* Victoria de Girón. L'espace urbain est de fait emménagé pour répondre aux besoins des laboratoires : de grands espaces sont dédiés à la culture de plantes médicinales en serres.

Figure 8 : Espace vert du district de Siboney-Atabey



Deschamps-Band, 2017

De plus, comme l'illustre la Figure 7, son emplacement par rapport au reste de la ville agit comme facteur d'isolement. Entre autres, la forte présence de terres agricoles (voir Figure 8) ainsi que les rues sinueuses qui les traversent rendent cet espace difficilement

¹¹ Par exemple: le *Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas* (CIMEQ), le *Centro de Inmunología Molecular*, le *Centro Nacional de Investigaciones Científicas* et le *Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología*

navigable. Il est par conséquent complexe d'accéder aux cliniques internationales. Par exemple, la Pradera représente ce genre d'endroit dont tout le monde connaît l'existence, mais que personne ne peut localiser. Nous avons personnellement marché pendant près de deux heures, sollicitant l'aide des passants que nous croisons, avant de pouvoir atteindre la clinique. Aucun individu n'a pu nous offrir des indications assez précises pour que nous puissions retrouver notre chemin. Ceux-ci nous avançaient plutôt que La Pradera était très loin, qu'il valait mieux prendre un taxi. Nous avons vécu une expérience similaire lors d'un séjour d'exploration informel d'une semaine en avril 2015. Puisque notre auberge était à proximité de la clinique, nous avons décidé de nous y rendre à la marche. Cependant, toutes les routes que nous empruntions étaient bloquées par des gardes de sécurité. Nous avons finalement pris un taxi dont le chauffeur connaissait les voies de contournement pour nous mener au centre de soins. Nous avons alors appris que La Pradera se trouvait sur un domaine appartenant à la famille Castro. Cette anecdote de même que les figures ci-dessus rendent compte de l'enclavement de cet espace, ce qui témoigne du processus de fragmentation spatiale qu'accentue l'industrie du tourisme médical.

Le pôle de soins du Quartier touristique, dans le secteur de La Rampa et de Cayo Hueso, inclut l'hôpital *Hermanos Ameijeiras* et le centre ophtalmologique Camilo Cienfuegos. Ces institutions sont probablement les moins isolées de tous les établissements médicaux internationaux de La Havane car ils sont véritablement intégrés à l'espace urbain havanais. Cette immersion est cependant perçue comme un inconvénient par plusieurs patients internationaux, qui, selon un représentant des Services médicaux cubains, recherchent un milieu médical plus « familial » et donc, détaché de la vie frénétique d'un centre urbain. Le *Hermanos Ameijeiras* est un hôpital d'une vingtaine d'étages dont seulement quelques-uns sont dédiés à une clientèle étrangère. Ces aires d'attention médicale internationale se trouvent aux étages supérieurs et offrent une vue imprenable sur la mer. Comme en témoigne la Figure 7, les centres de soins du Quartier touristique proposent effectivement une proximité avec le paysage balnéaire, un environnement recherché par les touristes qui visitent le Sud.

Cependant, le fait que les aires d'attention médicale tournent le dos à la ville pour faire face à la mer laisse transparaître une tentative de la camoufler, comme si l'on souhaitait offrir une expérience médicale déterritorialisée aux patients internationaux. La clinique Camilo Cienfuegos ne présente pas une organisation spatiale qui nourrit le processus d'enclavement. Cependant, c'est dans la pratique du lieu que nous pouvons relever des facteurs qui agiront sur la fragmentation de l'espace.

Effectivement, les espaces médicaux navigués par les patients internationaux sont des environnements contrôlés, ce qui exacerbe le sentiment de détachement spatial. Comme l'insinue le Patient 2 en avançant « j'ai pris un genre de tout-inclus », ces espaces fonctionnent comme des complexes hôteliers. À l'image de ces derniers, les cliniques internationales ainsi que les aires d'attention médicale internationale sont dédiées à une « clientèle » étrangère (Médecin cubain 1, Acteur cubains 1, Patient 2)¹². Un des collaborateurs cubains d'une agence de tourisme médical québécoise nous a même fait part des limites auxquelles il fait face lorsqu'il souhaite aller visiter les clients de l'agence. Il nous a révélé qu'afin de respecter « la discipline » de l'établissement médical, il doit s'enregistrer au bureau d'accueil en tant que « représentant d'une agence canadienne ». D'ailleurs, des gardes de sécurité aux portes des cliniques ou des aires d'attention médicale internationale surveillent les entrées et s'assurent que ces espaces ne soient navigués que par les individus qui en reçoivent l'autorisation (voir Figure 9). La Figure 9 présente l'entrée du Centre international de santé La Pradera, bordée par un poste de contrôle ainsi que des barrières qui freinent l'entrée des visiteurs et en permettent la sélection. Ceci démontre que les cliniques internationales constituent effectivement des espaces exclusifs et encadrés.

¹² Seule la clinique Cira García offre des soins d'urgence aux locaux qui se trouvent à proximité et qui nécessitent une intervention médicale immédiate

Figure 9 : Entrée du Centre international de la santé La Pradera



Deschamps-Band, 2017

Les Québécois rencontrés semblent avoir noté que les Cubains négociaient différemment les espaces internationaux. Bien que les Patients 1, 2, 3 et 6 de même que l'Acteur québécois 1 aient avancé que les cliniques internationales pouvaient être pratiquées par la population cubaine, il est possible de relever dans leur discours une reconnaissance d'une certaine fragmentation spatiale :

Le troisième étage, c'est des Québécois. J'ai pas vu beaucoup de monde. On en a vus [des Cubains] à la clinique externe, mettons qu'ils avaient de petits problèmes, mais des gros problèmes, une opération, on n'a pas vu beaucoup de Cubains. [...] Il y a beaucoup d'étrangers, mais l'urgence, c'est beaucoup de Cubains.

(Patient 3)

À l'étage où moi j'étais, j'en ai vus [des Cubains]. Il y avait un petit bonhomme, il était tout jeune, il s'est fait opérer pour l'appendice je pense. Pis à l'étage j'ai vu plus de Québécois qui venaient pour de la chirurgie plastique.

(Patient 6)

Comme Cira García, je sais pas s'ils hospitalisent les clients cubains – les clients cubains vont plus aller au Ameijeiras, qui est le plus gros hôpital d'Amérique latine qui a 2 ou 3 étages de tourisme médical sur 26, le reste c'est des Cubains – mais ils reçoivent en service ambulatoire des clients cubains aussi.

(Acteur québécois 1)

Ces témoignages révèlent que chaque groupe populationnel est associé à un mode de territorialisation spécifique. Il est possible de remarquer dans ce cas-ci que les Québécois ne fréquentent pas les mêmes espaces que les Cubains. Ces différentes pratiques spatiales qui ne se superposent pas rendent compte de la fragmentation qui marque l'espace médical cubain.

Le contrôle des entrées dans l'espace international s'accompagne d'un suivi serré des déplacements qui s'y pratiquent. D'une part, comme il l'a été mentionné précédemment, chaque patient est logé dans une chambre privée possédant toutes les installations que l'on retrouve dans une chambre d'hôtel (salle de bain, télévision, coffre-fort, lit pour accompagnateur, accès internet, air climatisé), et puisque les cliniques internationales possèdent leur propre pharmacie, le patient n'a « jamais vraiment à sortir de la place » (Patient 6). La Pradera est un exemple particulièrement frappant de ce genre d'hermétisme spatial : en plus des chambres privées bien fournies, elle offre aux patients les services d'un salon de beauté, et présente trois restaurants, un centre de congrès ainsi qu'une piscine. Le système de santé cubain crée alors des environnements propices à l'enclavement.

D'autre part, les forfaits auxquels souscrivent les patients québécois incluent généralement le transport de l'aéroport de La Havane directement à la clinique, puis de la maison de convalescence à l'aéroport (Acteurs québécois, Patients 2 à 6). En contrôlant la mobilité des patients étrangers et en canalisant leurs déplacements le long de voies déterminées, les institutions occultent une large portion du territoire cubain. Ceci rappelle la théorie de l'*effet tunnel* développée par Graham et Marvin (Cresswell, 2010b; Graham et Marvin, 2001). En examinant les formes urbaines, Graham et Marvin constatent que les infrastructures qui devraient connecter de manière homogène tous les espaces d'une ville ont plutôt tendance à « intensifier les interactions » entre les lieux qui sont davantage « valorisés » (traductions personnelles, p. 201) (voir Figure 10). Le schéma de la page suivante révèle très bien ce processus spatio-temporel qui « *isolates us from reality and cuts us off from the intelligible world. Often these unbundled infrastructures link nodes together into networks whilst using such tunnel effects to exclude and bypass*

much of the intervening spaces, excluding them, in turn from accessing the networks » (pp. 201-202). En faisant varier la grosseur des cercles, Graham et Marvin parviennent à illustrer les écarts de connectivité entre les espaces. Plus un cercle est gros, plus celui-ci jouit d'une grande connexion au reste du territoire. Par ailleurs, le vide sur le diagramme permet de rendre compte de tous ces espaces qui ont été oubliés par les infrastructures urbaines et qui, par conséquent, sont peu accessibles. Nous avons alors jugé pertinent d'adapter le concept d'*effet tunnel* à notre réflexion, même si celui-ci était initialement pensé pour appréhender l'impact des infrastructures urbaines sur la continuité de l'espace. Selon notre analyse, la mobilité médicale des patients est fortement canalisée, ce qui exacerbe la fragmentation de l'espace médical cubain.

Figure 10 : Représentation graphique du modèle « hub and spoke » et de l'effet tunnel

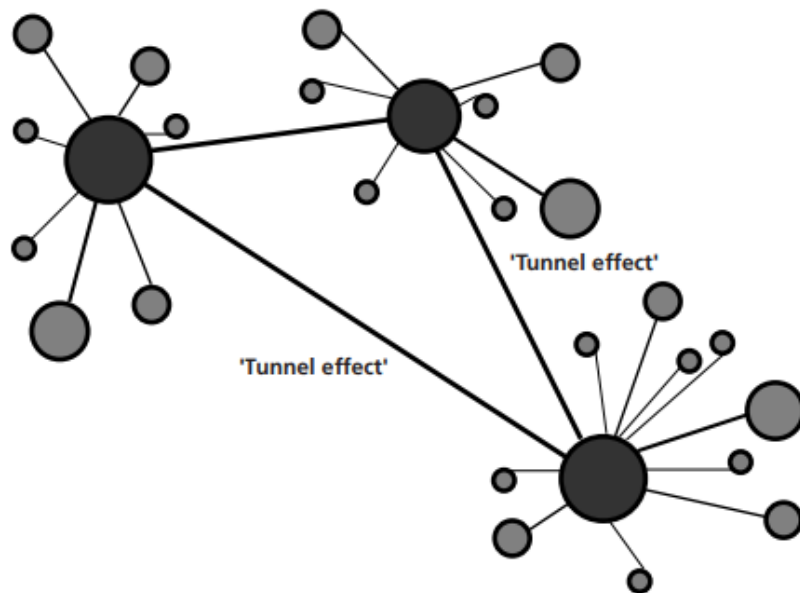


Figure 5.1 The logic of unbundled infrastructures: a schematic representation of 'hub and spoke' infrastructure networks which use 'tunnel effects' to traverse non-valued territory. *Source:* Graham and Marvin (1996), 59

Graham et Marvin, 2001

Il a été noté que les professionnels médicaux cubains participent aussi au contrôle des déplacements des patients, accentuant ainsi cet « effet tunnel » qui enclave certains espaces et les détache du reste du territoire. Par exemple, des patients québécois atteints de rétinite pigmentaire rencontrés lors de leur séjour médical ont avoué avoir été « pris en charge » et s'être sentis en « sécurité » dans le système de santé cubain. L'Acteur

québécois 3 déclare en parallèle apprécier envoyer ses clients à La Pradera pour leur période de convalescence « parce qu'on sait que le patient est là, sous surveillance ». Alors que les Patients 2, 3, 4 et 6 témoignent avoir été suivis par des infirmiers qui les accompagnaient à tous leurs rendez-vous médicaux, le Patient 2 avance : « À toutes les fois que je marchais, j'avertissais les infirmiers que j'allais au troisième, je faisais deux/trois fois le corridor et je redescendais. Donc si jamais ils me cherchaient, ils savaient où j'étais. ». Cet encadrement qui restreint le mouvement a aussi été souligné par les patients du centre Camilo Cienfuegos. En effet, ceux-ci voulaient profiter de leur semaine préopératoire à La Havane pour visiter la ville. Cependant, ils étaient appelés à passer quotidiennement une série d'exams diagnostiques. Ne sachant pas l'horaire exact des tests à passer, ils ont été contraints à rester à l'hôpital toute la semaine et à attendre les indications du personnel soignant. Ceci témoigne de l'emprise qu'exerce le système de santé cubain sur la mobilité des patients internationaux : « Il demeure une chose, c'est que tu demeures sous la responsabilité de l'hôpital quand t'es là, fait que tu ne peux pas faire tout ce que tu veux » (Patient 4). En limitant les déplacements des patients, les cliniques internationales deviennent des espaces enclavés dont les frontières sont autant imperméables de l'extérieur que de l'intérieur. Les propos du Patient 4 révèlent justement ce cloisonnement : « Un coup toute cette étape-là passée, après une semaine à l'hôpital, j'en avais assez. Je ne pouvais plus vivre enfermé comme ça. » Le renfermement des espaces médicaux internationaux force un certain détachement spatial qui ultimement accentue les processus de fragmentation spatiale.

L'aménagement spatial des centres de soins internationaux indique par ailleurs que ceux-ci orientent leurs services vers une demande étrangère, ce qui témoigne de cette dislocation de l'espace. La seule présence d'un bureau de facturation dans chaque clinique et pharmacie internationales rend compte d'un mode de fonctionnement qui ne correspond pas à la réalité locale. Les transactions s'y font en pesos convertibles, la *monnaie des touristes*, et ne s'effectuent que sous présentation d'un passeport étranger (Brotherton, 2008, Médecins cubains 1 et 3). Dans un pays qui offre gratuitement l'ensemble des services médicaux à ses citoyens, ces bureaux de facturation incarnent un

outil de mise à distance entre l'espace médical international et le système de santé national. D'autres écarts tiennent aussi du fait que les cliniques internationales sont soumises à des standards internationaux de qualité. Par conséquent, elles suivent des normes d'hygiène et de confort différentes des centres de soins locaux. Par exemple, le Centre dentaire international de La Havane n'est ouvert aux patients étrangers que depuis un an. Ils ont donc investi 80 000 d'euros dans la rénovation de la clinique afin de l'équiper avec du matériel médical à la fine pointe de la technologie. En plus d'avoir acquis les accréditations des réseaux de santé publique cubain et français, elle a entamé les démarches pour recevoir celle de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*¹³. La clinique Cira García, quant à elle, possède l'accréditation nationale de la *Oficina Nacional de Normalización* ainsi que celle du *Bureau Veritas*, une compagnie d'accréditation française spécialisée en santé et sécurité. Ainsi, même si les patients internationaux subissent le même protocole médical que les patients cubains, leurs conditions d'hospitalisation feront varier leur expérience médicale (Acteur cubain 1, Médecins cubains 1, 2 et 3).

Pour exemplifier ceci, l'Acteur québécois 1 partage l'histoire d'une de ses clientes qui, contrariée de s'être fait refuser des traitements dentaires à la clinique internationale, a suivi les conseils d'un Cubain qui lui a proposé de recevoir une consultation dans un centre dentaire national : « Elle a été là et elle a accepté les soins. C'est pas les mêmes cliniques autorisées par le gouvernement cubain à recevoir des gens de l'extérieur, il n'y a pas les mêmes normes de salubrité. Elle a eu de gros problèmes... » En effet, afin que les patients québécois voyagent au sein des mêmes frontières socio-cognitives et que leur séjour médical ne constitue pas une forme de dépaysement, les agences de tourisme médical envoient leurs clients dans des établissements « qui répondent le plus à nos exigences » : « Il y a aussi une question d'habitudes de vie, nous on est habitués à un certain confort » (Acteur québécois 1). Les établissements médicaux tels que la clinique Cira García, le centre Camilo Cienfuegos et La Pradera offrent des installations modestes,

¹³ Herrera (2012) rappelle cependant que l'embargo imposé à l'île caribéenne complexifie l'obtention d'une telle reconnaissance délivrée par une organisation américaine.

mais confortables, qui satisfont à la majorité des patients qui les pratiquent. Le Médecin cubain 3 souligne d'ailleurs que les hôpitaux nationaux n'ont pas accès à l'ensemble des ressources qui sont offertes aux patients étrangers ce qui, selon lui, génère beaucoup de frustration au sein de la population locale. L'Acteur québécois 1 illustre ce décalage : « C'est comme, je sais pas si tu es allée dans les maisons à Cuba, mais si tu compares une maison d'ici à une maison de là-bas, les normes d'hygiène tout ça, il y a une différence, c'est pas pareil. Alors une chambre de patient touristique et une chambre de patient de Cuba... » Ce problème marque aussi le milieu pharmaceutique. En effet, les pharmacies internationales se doivent de répondre aux besoins parfois particuliers des patients étrangers (Médecin cubain 1 et Acteur cubain 1). Par conséquent, ces pharmacies sont souvent mieux fournies et proposent des médicaments qui ne sont pas disponibles dans les pharmacies nationales (Médecins cubains 1 et 3, Acteur cubain 1).

La fragmentation spatiale qu'engendre la création de cet espace médical international à Cuba est finalement alimentée par une déviation du capital humain vers une demande étrangère. Des études menées en Asie du Sud-Est ont remarqué que les revenus générés par l'industrie du tourisme médical permettent aux hôpitaux privés spécialisés en tourisme médical de se doter d'équipements à la fine pointe de la technologie (Chen et Flood, 2013; Pocock et Phua, 2011). Ce système lucratif offre ainsi des conditions de travail enviables aux travailleurs : on y promet des salaires beaucoup plus élevés de même qu'une charge de travail moindre que dans le secteur public. Les chercheurs constatent alors l'émergence d'un phénomène aux conséquences néfastes pour les sociétés d'accueil : une *fuite interne des cerveaux* (traduction personnelle, Chen et Flood, 2013, p. 287). Motivés par un environnement de travail plus stimulant, plusieurs professionnels de la santé – souvent parmi les plus qualifiés – quittent le secteur public pour pratiquer au privé et, puisque les grands centres médicaux privés se situent principalement en milieu urbain, ces travailleurs délaissent les régions rurales pour s'installer en ville. Il en résulte un double mouvement du corps médical : du système public vers le privé et des milieux ruraux vers les centres urbains. Le tourisme médical participerait alors à la création d'un déséquilibre dans la répartition des capitaux

humains et financiers qui contribuerait à l'accroissement des inégalités quant à l'accessibilité aux soins de santé.

Comme il l'a été souligné précédemment, l'industrie cubaine du tourisme médical est entièrement gérée par l'État. Ainsi, le gouvernement cubain assure que le tourisme médical n'engendre pas un transfert des ressources publiques vers les entreprises qui répondent aux besoins de la demande extérieure, et que 98,5% des revenus qu'elle génère sont redistribués dans le système public (Brotherton, 2008). Par ailleurs, il est nécessaire de rappeler que Cuba possède le plus haut taux de médecins par habitant au monde. En 2009, l'île bénéficiait de quelque 70 000 médecins au service d'une population de 11,3 millions d'individus (Kirk et Erisman, 2009). La Figure 11, qui présente les données statistiques de Cuba et de six membres de l'OCDE quant au taux de médecins par capita, permet de relever la place privilégiée qu'occupe le pays en matière de couverture médicale. Cette abondance de professionnels de la santé permet à l'État cubain d'envoyer près du quart de son corps médical en mission de solidarité internationale sans toutefois compromettre l'offre de soins aux Cubains. Ainsi, la déviation des ressources médicales vers le réseau de santé international aura un impact sur la population locale plus restreint que dans d'autres systèmes, où les ressources médicales, déjà limitées, demeurent concentrées dans un secteur privé peu accessible à la population locale.

Figure 11 : Taux de médecins par 1000 habitants à Cuba et dans 6 pays de l'OCDE

Pays	1991	2012
Allemagne	2,8	3,9
Canada	2,1	2,5
Cuba	4,0	7,2
États-Unis	1,9	2,5
France	3,1	3,2
Norvège	2,6	4,2
Royaume-Uni	1,6	2,8
<i>Moyenne</i>	<i>2,6</i>	<i>3,8</i>

The World Bank, s.d.

Toutefois, en s'appuyant sur le corps médical formé par l'État pour fonctionner, le tourisme médical participe à la déconnexion des deux espaces médicaux cubains. D'une part, il est souvent exigé des professionnels qui œuvrent dans le secteur international la maîtrise d'une deuxième langue – particulièrement l'anglais – afin de faciliter la communication avec les patients étrangers (Médecin cubain 2, Acteur cubain 1 et Acteur québécois 1). Il semblerait donc que les employés du secteur international soient recrutés de manière à créer un environnement de soins similaire au système de santé d'origine des patients. D'autre part, les professionnels de la santé qui pratiquent dans les cliniques internationales sont sélectionnés en fonction de leurs qualités humaines et professionnelles (Médecins cubains 1, 2 et 4, Acteur cubain 1). Si les professionnels de la santé ne sont pas tenus d'obtenir une formation particulière pour travailler avec les patients internationaux, les médecins qui ont effectué des missions à l'étranger ou qui présentent une expérience de travail plus ample seront avantagés. Dans un sens, Cuba subit une sorte de fuite interne des cerveaux, alors que les compétences humaines et scientifiques sont canalisées vers le secteur international. L'argent investi par le gouvernement cubain pour la formation du corps médical sert ainsi de plus en plus une clientèle étrangère.

Les Médecins 1, 2 et 4 avancent toutefois que les médecins œuvrant dans les cliniques internationales doivent occuper une fonction dans les hôpitaux ouverts à la population locale ou enseigner à l'université. À l'opposé, le Médecin 3 avance que l'espace international possède son propre corps médical. Les observations que nous avons faites lors de nos visites officielles dans les centres de soins internationaux de La Havane appuient les propos de ce dernier. Il nous a été dit que la clinique Cira García possédait 60 médecins permanents, en plus des docteurs collaborateurs qui n'y travaillaient qu'à temps partiel. Le centre dentaire international regroupe quant à lui 11 dentistes. Un patient cubain que nous avons rencontré dans un cadre informel nous a par ailleurs fait savoir que ces dentistes n'avaient pas le droit d'exercer leur profession auprès de patients cubains. Si ce double discours quant à la mobilité des professionnels de la santé d'un espace médical à l'autre ne nous permet pas de corroborer l'hypothèse d'un

enclavement strict des ressources médicales, il est du moins possible d'avancer que ces ressources semblent être redirigées vers le réseau international.

En somme, la fragmentation de l'espace médical cubain matérialise le champ de pouvoir qui oppose les pays du Nord et Cuba pour le contrôle des capitaux spatiaux et médicaux. Les routes imposées qui connectent des lieux spécifiques permettent de canaliser les patients internationaux vers des établissements érigés spécifiquement pour répondre à leurs besoins. En parallèle, l'enclavement de ces espaces aide à en prévenir l'accès à la population locale. L'encadrement de la mobilité des patients est alors jumelé à celui de la mobilité du corps médical, qui navigue difficilement entre les espaces médicaux national et international. Cette déviation partielle des ressources médicales vers une demande étrangère révèle une logique de distribution du capital qui avantage un groupe d'individus aux dépens d'un autre groupe. La reconfiguration du système de santé cubain initiée dans le but d'en augmenter son accessibilité socio-cognitive devient alors l'inscription spatiale des tensions entre les patients cubains et les patients internationaux pour le contrôle des ressources médicales. En s'articulant autour d'une demande extérieure, le secteur médical international subit un détachement du reste du territoire cubain, ce qui rappelle le processus de déterritorialisation.

Réseau et espaces transnationaux

Le tourisme médical en tant que réseau

Le concept de déterritorialisation a été développé par Gilles Deleuze et Félix Guattari puis a été emprunté par plusieurs penseurs des sciences sociales. Pour Deleuze et Guattari, la déterritorialisation est une ouverture aux processus externes à un être, qui l'amène à se redéfinir par rapport une autre entité (Rockefeller, 2011). La déterritorialisation n'est donc pas nécessairement un phénomène spatial, mais plutôt philosophique, psychologique, et même linguistique. Le terme a cependant été repris par entre autres Arjun Appadurai et Manuel Castells pour rendre compte des flux d'information, de capitaux et d'individus qui nourrissent une remise en question des concepts de territoire et d'État-nation (Elden, 2005; Rockefeller, 2011; Théry, 2008). Alors

qu'Appadurai s'intéresse à la reconfiguration des cultures dans un contexte où les relations sociales s'articulent autour de plusieurs pôles géographiques (Appadurai, 1990; Rockefeller, 2011), Castells examine l'émergence d'une nouvelle organisation spatiale fondée sur les flux plutôt que les lieux, et sur la distance plutôt que sur la proximité (Rockefeller, 2011). Le lieu tel qu'il a précédemment été défini semble désuet, puisque le phénomène de globalisation « *is creating a new kind of space characterized not by bounded places such as neighborhoods or towns but by dynamic structured interconnections* » (Rockefeller, 2011, p. 561).

Comme nous l'avons vu précédemment, avant d'expérimenter le système médical cubain, les patients québécois le perçoivent de manière déterritorialisée ; ils ne cherchent pas à s'informer de ses particularités. Pour eux, il est une entité sans ancrage spatial et purement utilitaire. Leur manière de recueillir de l'information sur le tourisme médical à Cuba soutient d'ailleurs cette idée. En effet, leur décision d'intégrer le réseau médical cubain s'appuie sur la subjectivité d'anciens patients qui ont reçu la même intervention que celle qu'ils sollicitent. Ainsi, plutôt que de territorialiser le système médical en accordant de l'importance aux informations véhiculées par le réseau cubain, ils se fient aux témoignages construits par des acteurs du Nord. Si internet est mobilisé pour découvrir le tourisme médical et établir un premier contact avec une agence de liaison – les Patients 1, 3, 5 et 6 ont utilisé le site de facilitateurs médicaux comme première source d'informations concernant les expériences médicales à Cuba –, les Acteurs québécois 1, 2 et 3 de même que l'Acteur cubain 1 avancent que le phénomène du tourisme médical s'élargit particulièrement grâce au bouche-à-oreille. Selon l'Acteur québécois 3, les campagnes publicitaires ont même peu d'influence sur le rendement des entreprises : celles-ci recrutent leur clientèle presque exclusivement grâce aux références d'anciens patients satisfaits des services rendus. D'ailleurs, 5 des 6 patients interrogés ont décidé d'entamer leurs démarches auprès de leur agence de tourisme médical après avoir reçu les recommandations d'anciens clients :

[L]'information n'était pas accessible, et ce n'est pas une mince affaire, j'étais au courant de tout : charabia médical, fonctionnement de l'agence, le

temps, le fonctionnement à l'hôpital, mais c'était les gens, je voulais entendre parler les gens.

(Patient 1)

Oui, c'est un collègue qui a des problèmes de dos, mais moins pire que moi. Lui avait cherché sur internet pour avoir des avenues, quelles places il pourrait avoir des soins. Puis il m'avait parlé de Cuba et il disait qu'il y avait un gars qui faisait le lien entre Québec et Cuba. Ça a parti de là.

(Patient 2)

J'y ai été suite aux commentaires des gens. Habituellement, quand t'as les commentaires des gens qui sont passés par là, t'as la vraie réalité.

(Patient 3)

[...] pis moi les références bouche-à-oreille, c'est un gage de qualité. Du moins, c'est un gage d'appréciation, pas de qualité, mais d'appréciation.

(Patient 4)

Si eux étaient prêts à m'opérer, et là j'avais parlé à des gens qui y étaient allés pour la même chirurgie que moi, pis que les gens, avec [l'agence], il y avait beaucoup de réussite... j'avais rien à perdre et tout à gagner.

(Patient 5)

Plusieurs considéraient d'ailleurs essentielle l'acquisition de témoignages avant de d'ouvrir un dossier avec facilitateur médical. Ceux-ci permettent le développement d'un sentiment de confiance envers le tourisme médical plus généralement, et envers l'entreprise avec laquelle ils feront affaires plus spécifiquement :

C'est grâce aux témoignages que j'ai réussi à franchir une étape de plus. [...] Au début, j'étais vraiment tout seul, j'avais l'impression d'être un extra-terrestre. Et je ne réussissais pas à obtenir des témoignages, c'est ce que je voulais.

(Patient 1)

Après ça, j'ai essayé de voir dans mes connaissances, dans mon entourage, quelqu'un qui connaissait quelqu'un qui avait été parrainé par eux, qui a été prendre des soins à Cuba. Le hasard a fait que dans ces contacts-là, il y a une des clientes [à mon partenaire] qui était déjà allée. Pis à travers ça, j'ai réussi à avoir le nom de par qui elle avait été parrainée, pis c'était [nom de l'agence]. À ce moment-là, moi, mes barricades ont toute tombées.

(Patient 5)

Ce lien de confiance se cristallise ultimement grâce à l'humanité du représentant de l'agence. Ceci est primordial car plusieurs patients, comme le souligne le Patient 5, craignent de se faire arnaquer : « On est encore plus à la merci de ça : on a besoin, on

veut, on n'a pas d'autre solution, on n'a pas personne d'autre ». Par exemple, les deux agences de tourisme médical que nous avons contactées ne possèdent pas de bureaux. Tous les services sont dispensés à partir des résidences privées des employés. Si cela peut faire diminuer la crédibilité de l'entreprise et exacerber le sentiment d'angoisse chez certains patients (Patient 5), pour d'autres, au contraire, cela favorise l'établissement du sentiment de sécurité (Patient 2). En effet, le contact direct entre l'agence et le potentiel client rendrait compte de la dévotion de l'entreprise et rassurerait les patients dans leurs démarches. L'intégration de l'espace privé dans les affaires de l'agence augmente alors la sensation de proximité émotionnelle. Le Patient 1 souligne d'ailleurs, en parlant de son agent de liaison :

Et lui était toujours ouvert à me répondre, que j'aie donné des sous ou non.
Et lui a vraiment la cause à cœur, il répond aux messages de chez lui. Il me l'a dit : il aime ce qu'il fait. Et je l'ai senti.
(Patient 1)

Cette interpénétration de la vie privée et du monde des affaires est combinée à un investissement personnel de l'agent qui sort des cadres temporels conventionnels du monde professionnel. Le facilitateur se dédie à ses clients : il s'assure qu'ils possèdent l'ensemble des informations utiles à la préparation de leur voyage médical et est constamment dispos à répondre à leurs interrogations. Ceci alimente le sentiment de confiance que les patients portent à l'endroit de l'agence. En offrant un tel encadrement, elle incarne un élément primordial à l'élaboration d'un voyage médical :

Quand j'ai parlé [au représentant de l'agence], rien que par la voix, le calme, comment il était, je me suis dit que j'allais avoir un très bon service. Il prend le temps de t'écouter et de jaser avec toi, très chaleureux.
(Patient 3)

Tu sais, le contact verbal que t'as en partant avec la personne, le sentiment de confiance, t'as pas l'impression qu'il est là pour t'enlever de l'argent de tes poches ou profiter de la situation. C'était pas ça. Il est tellement généreux de son temps, c'est ce qui emmène un lien de confiance. Et le lien de confiance, c'est ce qui m'a [branché] le plus pour faire un choix dans une situation comme celle-là.
(Patient 4)

C'est pour ça que pour moi, [l'agence], ça a été la porte d'entrée, la porte du succès. [...] C'est vraiment, c'est un support que tu trouves pas partout. C'est

un support très important qui te permet d'avancer et d'y aller. Autrement, tu y vas pas vers ces soins-là.

(Patient 5)

Les agences de tourisme médical diffusent alors un discours apaisant qui s'articule autour d'une confiance mutuelle. Les anciens clients véhiculent ces mêmes propos rassurants de manière à canaliser les clients potentiels vers le système de santé cubain :

J'ai parlé à plusieurs personnes, ça fait au moins facilement 10 personnes à qui je parle par l'entremise de [l'agence]. Il m'envoie un message texte pour me demander « Tu veux tu parler à Monsieur Untel », il me donnait son numéro de téléphone puis je l'appelais.

(Patient 2)

[L'agence] me demandait si j'étais d'accord de parler à une personne qui voulait aller là-bas, et 3 personnes y sont allées par après, que j'ai envoyées.

(Patient 3)

Les facilitateurs médicaux et les anciens clients forment alors un réseau d'acteurs qui s'auto-suffit. Les patients qui expérimenteront le milieu médical cubain s'approprient leur discours et deviendront à leur tour des « ambassadeurs » de la médecine cubaine. La création de ce réseau se manifeste entre autres dans la manière dont les patients québécois pensent leur séjour médical. En effet, il est possible de constater une homogénéité dans les propos des participants à cette étude ; tous se représentent l'espace médical cubain différemment qu'avant leur départ. Celui-ci devient essentiellement une entité à deux dimensions. D'une part, alors que Cuba était de prime abord pensé comme un pays de pauvreté, il est maintenant perçu comme « un pays de richesse » intellectuelle (Patient 3). L'expertise scientifique et le professionnalisme de son corps médical étonne et impressionne :

Il y a un système médical hautement **performant**. On devrait prendre un couple de journées juste pour voir comment ils travaillent. Cuba, c'est une coche au-dessus.

(Patient 2)

Au sens que c'est des gens extraordinaires, sont tous **éduqués**. Ça, ça m'a impressionné au sens que la pauvreté, on va penser que les gens n'ont aucune connaissance de rien, mais au contraire, c'est phénoménal.

(Patient 4)

Ouais, on connaît tout, on pense que les médecins qu'on a au Québec c'est des... Mais la médecine cubaine, j'ai **performant** qui vient... mais c'est pas le terme, ils sont très « **connaissants** », ils sont très poussés.

(Patient 5)

D'autre part, l'humanisme du système de santé cubain et des professionnels médicaux qui le pratiquent a été noté par l'ensemble des patients qui ont été interrogés :

Moi de ce que j'ai senti, c'est que c'est très **humain**. Juste ça : d'avoir quelqu'un qui t'accompagne, qui t'explique c'est quoi la maladie.

(Patient 1)

Il y a un **humanisme** là-bas. [...] Après l'opération, on a des douleurs, mais il n'y en a pas un qui se revirait et qui se demandait « Qu'est-ce qu'il a lui là? ». C'était tout le temps « inquiète-toi pas, on a opéré là, on a fait ça ». [...] J'ai jamais senti les déranger.

(Patient 2)

Tous les dimanches matins, il n'y avait pas d'opération, ils venaient jaser avec moi. [...] En chemise à manches courts, en pantalons bien pressés, ils venaient voir si tout allait bien. Et ils ne travaillaient pas! Ils prennent les gens à cœur. [...] Ils sont très **humains**.

(Patient 3)

Mais c'est vraiment le côté **humain** qui m'a impressionné : les gens, comment ils sont, ils sont souriants, c'est un peuple, malgré tout ce qu'ils ont vécu ou ce qu'ils vivent encore, sont extraordinaires, c'est pas compliqué. Sont gentils, sont... C'est tout un peuple. J'ai de la difficulté à l'exprimer, mais c'est ce qui m'a marqué.

(Patient 4)

L'humanisation des soins passe entre autres par une personnalisation des professionnels médicaux. À chaque changement de garde, le personnel en service vient se présenter, et chacun explique son rôle au sein de l'hôpital. Comme le soulignent les Patients 5 et 6 : « Ça là, c'est rassurant, parce que t'as jamais un inconnu qui rentre dans ta chambre. Tu les as tous rencontrés. » (Patient 5) ; « Ça aussi c'est particulier, tu t'attends pas à ça pis ça crée tout de suite un petit lien » (Patient 6). Le patient constate automatiquement qu'il recevra un service unique, adapté à ses propres besoins : « T'es considéré comme une personne, t'es pas un numéro, on prend le temps de t'écouter, on prend le temps de te soigner, c'est chaleureux » (Patient 6).

Le système de santé cubain est donc vécu par les Québécois comme un alliage d'aptitudes scientifiques et humaines. Ceci résonne justement avec la manière dont l'espace médical international est construit à Cuba. Comme nous l'avons exploré précédemment, l'industrie du tourisme médical mise sur son expertise médicale et sa reconnaissance internationale en matière de soins de santé pour attirer des patients étrangers. Ceci se combine à une mise en valeur des qualités empathiques des médecins cubains. Les campagnes publicitaires de la *Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos S.A.*, qui s'articulent autour du slogan « *Professionalism and Humanity* », exemplifient ceci. Par ailleurs, la marque de commerce des Services médicaux cubains, « *Compromiso con la vida* » (Un engagement envers la vie), souligne la place centrale qu'occupe l'être humain dans le processus curatif, une philosophie qui transparait dans les propos de la population cubaine. Alors qu'un représentant des Services médicaux cubains avance qu'« Il n'y a pas de maladies, que des patients », pour l'ensemble des acteurs institutionnels interrogés à l'exception du Médecin 2, l'humanisme des professionnels de la santé constitue une force du système de santé cubain.

Figure 12 : Photos tirées d'un document publicitaire sur les services médicaux offerts aux étrangers à Cuba



Servicios médicos cubanos (2017)

La Figure 12 nous permet de constater qu'effectivement, les Services médicaux cubains commercialisent un système éthique basé sur la collaboration et l'empathie. Elle illustre des médecins travaillant de pair avec leurs patients, les incluant dans le processus opératoire. Comme l'Acteur québécois 1 l'avance : « La plupart des médecins [cubains] considèrent qu'ils ne viennent pas voir un dos, ils vont voir une personne, il y a un contact physique, un contact dans les yeux : 'inquiète-toi pas, ça va bien aller, on va faire ci, ça' ». Les propos de l'associé de l'Acteur québécois 3 appuient ceci : « Les gens qui cherchent des traitements médicaux, ils cherchent une chaleur humaine, un service du médecin, et

c'est ça qu'on offre : un service du médecin 24h/24. Les gens se sentent vraiment... Ils ne reçoivent pas une clinique de luxe, ils reçoivent un service. » L'État cubain semble ainsi construire un système de santé qui mette de l'avant des particularités immatérielles afin de pallier aux déficiences matérielles occasionnées par l'embargo imposé par les États-Unis. En effet, 4 des 5 acteurs institutionnels cubains ont noté l'impact des contraintes économiques subies par l'île caribéenne sur les installations médicales du pays (Médecins 1, 2 et 3, Acteur cubain 1). Les équipements médicaux défectueux sont souvent difficiles à remplacer et certains médicaments, parfois introuvables. Le réseau médical se démarque alors grâce à « un potentiel scientifique et un capital humain qualifié » (Acteur cubain 1).

Si l'écho des propos véhiculés par les acteurs institutionnels dans le discours des patients rencontrés rend compte de leur appartenance au même réseau, une analyse de la manière dont les Québécois naviguent l'espace médical cubain après leur séjour médical permettrait de révéler que ce réseau est transnational.

Un réseau transnational

Longtemps pensé comme un simple phénomène de déterritorialisation, le transnationalisme implique en fait aussi une phase de reterritorialisation. Comme nous l'avons exploré précédemment, les travaux d'Appadurai et de Castells sur les transformations socio-spatiales induites par les processus de globalisation semblent déconstruire l'idée de lieu en reconsidérant la définition même de l'espace. Or, pour Ulf Hannerz par exemple, l'intensification des flux n'entre pas en opposition avec le concept de lieu (Rockefeller, 2011). D'ailleurs, pour Deleuze et Guattari, la déterritorialisation n'est pas une finalité en soi : tout ce qui se déterritorialise doit éventuellement se reterritorialiser (Boutang et Pamart, 1988; Deleuze et Guattari, 1980). Comme le vulgarise Rockefeller (2011) : « *whatever had been opened or made part of something larger returns to being itself (although it might not be the same self it was before)* » (p. 562).

Si les patients interrogés pensent l'expérience médicale de manière déterritorialisée, on relève des traces de reterritorialisation dans la manière dont les

Québécois pratiquent Cuba après leur séjour médical. En effet, l'emploi d'expressions telles que « Que ça ait été au Québec ou à Cuba, ça aurait été pareil. » (Patient 3) ou « Que tu prennes le système québécois, canadien ou cubain, ça peut arriver que tu aies des douleurs » (Patient 4) illustre en effet que les interventions médicales sont appréhendées hors d'un contexte spatial déterminé. L'opération n'est pas pensée comme un événement spécifique à un cadre géographique particulier, mais plutôt comme un acte qui s'élabore de manière similaire d'un pays à l'autre. Par conséquent, l'expérience médicale perd ses ancrages spatiaux. En sortant de ses frontières conventionnelles – dans le cas présent, celles du Québec – et en se reterritorisant à Cuba, celle-ci se transnationalise. Les dossiers médicaux des patients qui ont navigué plusieurs espaces médicaux portent d'ailleurs les traces de ce transnationalisme. Les patients que nous avons interrogés ont tous quitté le système de santé cubain avec, en main, une filière comportant leur rapport du médecin ainsi que leurs imageries médicales. La presque totalité des patients a eu la chance d'avoir un médecin de famille ouvert à travailler avec ces informations. Le Patient 6 raconte même que son médecin de famille, lui-même Cubain, avait directement correspondu avec son chirurgien à Cuba afin d'élaborer un suivi médical conjoint :

On a eu au moins 5 ou 6 courriels pis il me répondait la journée-même sinon le lendemain. Fait que j'ai toujours un bon contact avec lui. Pis il m'a même référé à un collègue urologue à Montréal qui est Cubain, mais qui est à Montréal, pis qui m'a téléphoné.
(Patient 6)

Malgré cet encadrement médical, plusieurs patients avouent avoir ressenti une certaine angoisse à l'idée de solliciter des soins médicaux d'urgence au Québec si une complication post-opératoire devait survenir. Ceux-ci craignaient que les professionnels de la santé leur refusent les traitements nécessaires sous prétexte qu'ils désapprouvent la pratique du tourisme médical :

J'aurais peur, je serais inquiet de ça : arriver à l'hôpital et avoir des complications : Ah ben oui, t'es allé de faire opérer à Cuba, ben retournes-y donc avoir des soins! Ouais, j'aurais une crainte là-dessus. [...] Je suis à peu près certain que j'aurais des réfractaires. Je suis convaincu de ça.
(Patient 5)

Le Patient 6 s'est même dirigé vers le secteur privé pour sa première consultation post-opératoire au Québec, de peur que le secteur public n'accepte pas de l'examiner. Nonobstant ces craintes, seul le Patient 3 déclare ne pas avoir obtenu un suivi post-opératoire adéquat par son médecin de famille au Québec. Alors que celui-ci a décidé de cesser la pratique quelques années, le Patient 3 n'est pas parvenu à faire transférer son dossier auprès d'un autre médecin :

La seule chose, c'est que quand tu reviens au Québec, t'as pas vraiment de médecin. Parce que ton médecin que t'as au Québec, il n'est pas d'accord avec ça. [...] Mon médecin que j'avais dans le temps, je l'ai vu avant l'opération, je l'ai vu une fois après, et je ne l'ai jamais revu. Ça fait 4 ans de ça, il a été 2 ans sans pratiquer ça a d'l'air. J'allais au sans rendez-vous et je ne voyais jamais le même. J'ai pas vu personne. Personne ne m'a vérifié, rien.

(Patient 3)

Les autres participants à cette recherche soulignent qu'ils n'ont toutefois pas eu à composer avec les propos désapprobateurs des professionnels de la santé. Plusieurs ont même partagé le fait que les chirurgiens québécois n'hésitaient pas à complimenter le travail de leurs confrères cubains, avouant que l'opération avait été très bien exécutée.

Si la presque totalité des participants à cette recherche ont pu facilement réintégrer le système de santé québécois, tous ont conservé un pied dans le réseau cubain. Leur suivi médical s'articule donc hors des frontières nationales québécoises et s'inscrit dans plusieurs contextes spatiaux. Les Services médicaux cubains suggèrent par exemple aux patients qui ont subi une opération lombaire de se faire réévaluer par leur chirurgien six mois ou un an après l'intervention (Patients 2, 3 et 5). Suivant cette recommandation, les quatre participants qui avaient sollicité ce type de chirurgie à Cuba y étaient retournés, certains pour une simple vérification, d'autres pour une seconde opération. Sinon, tous sont encore en communication avec le personnel médical qui les a traités. Le Patient 1, atteint de rétinite pigmentaire, tente quant à lui d'amasser assez de fonds pour pouvoir s'offrir les traitements d'électrostimulation et d'ozonothérapie annuels prescrits par les ophtalmologues cubains. Le réseau médical cubain est alors perçu comme un excellent outil pour contourner les dysfonctionnements du système de santé québécois. Les patients québécois n'hésiteraient donc pas à s'envoler vers l'île caribéenne s'ils devaient

recevoir d'autres soins de santé spécialisés. D'ailleurs, à l'image des agences de tourisme médical qui demandent à leurs clients de porter une confiance inconditionnelle envers les services médicaux cubains, les patients québécois proposent à tous de se lancer « les yeux fermés » (Patients 3 et 5) dans l'expérience du tourisme médical à Cuba :

Si je me tanne, je vais m'en aller là-bas, je ne me tannerai pas ici à Québec. [...] Avant il y avait une crainte, mais si demain matin j'étais pris, j'y retournerais.

(Patient 3)

[S]i j'ai un diagnostic X au Québec, ça se pourrait que je retourne à Cuba pour avoir une autre idée, un autre diagnostic, m'assurer que tout ce qu'on me dit est vrai. Fait que ça me permet de voir d'autres possibilités.

(Patient 4)

Si j'ai besoin d'une chirurgie, mais au Québec, le délai, on sait qu'il est là, un an d'attente facilement, ben j'irais à Cuba automatiquement, pis je chercherais même pas ailleurs.

(Patient 5)

Là, il [mon médecin de famille] a passé un commentaire tout haut, il dit : « Ouais, je sais pas s'ils vont pouvoir te reprendre ici ». J'ai dit « Je m'en fous, j'y retournerai à Cuba ».

(Patient 6)

Les patients québécois vivent alors un transnationalisme médical qui est révélé par une pratique simultanée des systèmes de santé québécois et cubain. En usant de leur accès à la mobilité, ils parviennent à naviguer ces deux espaces de manière fluide.

Ce transnationalisme médical est complété par un élargissement de leurs connexions socio-spatiales. En effet, il est possible de remarquer que la vie sociale des participants à cette étude traverse les frontières. Quatre des patients rencontrés (Patients 2, 3, 4 et 6) disent avoir entretenu des relations d'amitié avec les médecins qui les ont traités et les familles qui les ont reçus. Pour deux d'entre eux (Patients 4 et 6), ces expériences sociales sortent du cadre propre à l'expérience du tourisme médical :

Je suis tout en train de m'intéresser à ce peuple-là, et je prévois même y retourner probablement aux Fêtes en famille l'année prochaine, pour profiter de la plage. [...] Moi, à cause de ce que j'ai vécu à Cuba, j'ai énormément de respect pour eux. Ça m'emmène peut-être à être plus intéressé, vraiment plus intéressé, et à voyager à Cuba.

(Patient 4)

Quand je suis parti, je me suis dit « On va revenir c'est sûr », parce que moi je veux aller voir là-bas, je veux connaître la place. Moi j'ai rien, rien, rien vu, absolument rien. [...] Fait que oui, ça m'intéresse d'aller prendre un bain de foule là-bas, me mêler avec les gens.
(Patient 6)

Ces témoignages révèlent que la pratique de l'espace médical cubain a bouleversé la manière dont les patients québécois appréhendaient l'île caribéenne. Cuba n'est plus attrayant que pour sa fonction utilitaire, il est doté d'une signification particulière qui, d'une certaine manière, initie une redéfinition du quotidien de l'individu. Alors que pour certains, le tourisme médical à Cuba est une forme d'espoir (Patients 1 et 5), pour d'autres, c'est une vraie bénédiction, un « miracle » (Patient 5) qui a transformé leur existence (Patients 3, 4 et 5). Leur corps devient en quelque sorte une incarnation de ce transnationalisme : leur mobilité médicale y a laissé sa trace. De par la présence de matériel opératoire étranger, il devient une entité inscrite d'une expérience médicale qui a transcendé les frontières.

Le transnationalisme que pratiquent les patients québécois se reflète aussi dans la façon dont ils font sens de leur séjour médical à Cuba. En effet, il est possible de remarquer qu'ils se réfèrent fréquemment au système de santé québécois pour penser l'espace médical international. Ils utilisent des expressions telles que « Ici, il n'y a personne qui fait ça » (Patient 2), « ça s'est déroulé comme si j'avais été ici » (Patient 3), « C'est pareil » (Patient 6) ou « Ça se compare pas » (Patient 5) pour évaluer une nouvelle expérience médicale. Dans un sens, les patients appréhendent le monde qui les entoure de manière transnationale : ils investissent leurs connaissances du système de santé québécois dans leur processus d'ancrage dans l'espace médical cubain. Ceci rappelle le concept d'*espace mobile*, pensé par Denis Retaillé (2009). Alors que l'on a longtemps tenté de contrôler le monde en le sédentarisant, l'auteur s'appuie sur la théorie leibnizienne de l'espace pour avancer que ce dernier n'a jamais été fixe. Pour la science géographique, cette mobilité continue implique une révision du processus de création de l'espace. Selon lui, l'espace émerge du phénomène de « coprésence » des lieux. Alors que ces derniers « changent sans cesse de forme, de fonction, voire de localisation » (p. 8), l'espace en fait de même. Celui-ci se déplace au gré des reconfigurations subies par les

lieux. À la lumière des témoignages des Québécois qui ont pratiqué le tourisme médical, il serait possible d'avancer que l'espace médical international cubain émerge de la mobilité des espaces. Le fait que les patients pensent le système de santé cubain avec des paramètres empruntés à leur propre système médical pourrait révéler que les lieux se meuvent et possèdent la capacité de se reterritorialiser dans d'autres cadres géographiques. En se fiant aux témoignages recueillis, l'espace médical québécois entrerait en interaction avec l'espace médical cubain et subirait un remodelage sur l'île caribéenne. L'interpénétration de ces deux espaces appuierait l'hypothèse que le tourisme médical est en fait un processus transnational qui s'articule autour d'un réseau d'acteurs, eux-mêmes transnationaux.

Finalement, les traces de transnationalisme présentes dans le discours des patients québécois révèlent que les pays du Sud constituent des espaces réappropriés par les pays du Nord. À l'image de l'industrie touristique conventionnelle, le tourisme médical participe à la reconfiguration de ces espaces. Dans le cas présent, les Québécois se représentent Cuba à l'aide de paramètres d'évaluation empruntés au Nord. Le discours devient alors un outil de contrôle des ressources spatiales, ce qui appuie l'hypothèse de l'existence d'un champ de pouvoir qui oppose les pays du Nord aux pays du Sud.

CONCLUSION

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous nous sommes intéressée à construire une étude qui bonifierait le corpus scientifique sur le phénomène du tourisme médical. Cuba est un pays peu exploré par la littérature sur le sujet, mais constitue pourtant un cadre géographique pertinent. En effet, le cas cubain exemplifie de manière particulièrement frappante le paradoxe du tourisme médical – la commercialisation de la santé, un droit humain fondamental – car l'accès équitable aux soins de santé s'est retrouvé au centre des réformes initiées par le régime socialiste de Fidel Castro. En nationalisant le système de santé puis en offrant une aide médicale aux pays en situation de vulnérabilité, le gouvernement cubain prône une couverture médicale universelle. Le développement d'une industrie du tourisme médical à Cuba s'insère dans cette volonté de garantir aux citoyens du monde un accès aux soins de santé. Cependant, il assure en parallèle une entrée d'argent considérable – l'Acteur cubain 1 avance qu'un touriste médical est l'équivalent de 10 touristes conventionnels en termes de revenus pour l'État. Une industrie du tourisme médical à Cuba rend alors compte d'une contradiction entre la philosophie de coopération qui sous-tend l'entreprise, et le moyen capitaliste qui la fait fonctionner. Cette ouverture à la mobilité internationale laisse transparaître simultanément une remise en question de l'un des piliers de la révolution socialiste, le système de santé public, et une discrète adhésion au capitalisme.

Nous avons voulu valider ces observations en élaborant un projet de recherche qui relève les impacts du tourisme médical sur le territoire cubain, tout en reconnaissant le tourisme médical non pas comme un phénomène local, mais comme un phénomène global. Nous avons donc inscrit notre travail au carrefour des géographies du tourisme, de la santé et des mobilités afin d'effectuer une analyse multi-scalaire de la mobilité médicale. Notre objectif était de déterminer si l'émergence d'une industrie du tourisme médical pouvait révéler un champ de pouvoir entre les pays du Nord et les pays du Sud, engendrant ainsi une fragmentation spatiale. Notre étude s'est particulièrement intéressée aux Québécois qui ont pratiqué l'espace médical cubain. L'analyse s'est

principalement fondée sur des données qualitatives que nous avons recueillies entre octobre 2016 et mars 2017. Nous avons mené 15 entretiens semi-dirigés avec des patients québécois qui avaient reçu des traitements médicaux à Cuba de même qu'avec des acteurs institutionnels du réseau médical et du tourisme médical québécois et cubain. En adoptant la méthodologie d'une ethnographie multi-située, nous avons effectué un travail de terrain au Québec et à La Havane, où nous avons eu l'opportunité de visiter les espaces qui sont navigués par les patients internationaux. L'analyse de discours a ainsi été complétée par une analyse spatiale qui a découlé de sessions d'observation participative en milieu hospitalier.

À la lumière de ces observations et des témoignages entendus, il serait possible d'avancer que l'exercice du tourisme médical constitue une pratique qui relève d'une position relativement privilégiée dans le système des mobilités. Les travaux de Zygmunt Bauman, entre autres, soulèvent l'importance accordée à la vitesse dans cette nouvelle ère nommée la *modernité liquide*. En usant de leur droit à la mobilité, les Québécois parviennent à contourner la lenteur de leur système de santé et à avoir accès rapidement aux traitements dont ils ont besoin. Pour eux, le tourisme médical n'incarne pas ce que l'expression laisse entendre. Alors que le terme insinue une expérience simultanément touristique et médicale, la plupart des Québécois interrogés avancent que le volet touristique est absent des séjours médicaux. Cela laisse transparaître une conception du tourisme construite autour de la notion de plaisir et, dans le cas des voyages dans les Caraïbes, spatialement ancrée dans un paysage balnéaire. Les Cubains, au contraire, pensent le tourisme médical comme un alliage d'expériences touristiques et médicales. Leurs propos révèlent que leur représentation du tourisme s'articule plutôt autour de la pratique de la mobilité. Ces décalages entre Québécois et Cubains soulignent des déséquilibres quant à leur accès au droit à la mobilité. Alors que les uns parviennent à traverser les frontières relativement aisément, les autres font encore face à des barrières politiques qui les freinent dans leur exercice de la mobilité. Ces différents régimes de mobilité se manifestent finalement dans la manière dont les participants pensent les entraves à la mobilité. Les Cubains ne parviennent pas à se concevoir les obstacles qu'ont

rencontrés les patients québécois afin d'intégrer un système de santé étranger. En s'appuyant sur leur rapport à leur propre mobilité médicale restreinte, ils semblent reconnaître que le système des mobilités avantage les patients étrangers. Ainsi, si le tourisme médical connecte les espaces québécois avec les espaces cubains, les voies créées ne sont généralement pratiquées qu'en sens unique, du Nord vers le Sud. Ceci rend compte d'un champ de pouvoir qui s'articule autour des ressources spatiales.

Alors que l'île caribéenne subit un enclavement de l'intérieur, la continuité de l'espace international est affectée. Cette fragmentation à l'échelle globale s'accompagne d'un morcellement de la localité. Ceci pourrait découler d'une volonté des institutions cubaines d'augmenter l'accessibilité socio-cognitive de leur système de santé. En effet, il est possible de constater chez les Québécois une incapacité de décoder Cuba, et, par conséquent, de s'y projeter. Même si la plupart des patients interrogés n'avaient jamais navigué le territoire cubain avant d'en expérimenter son réseau médical, aucun n'a cherché à déconstruire la représentation rétrograde de l'île caribéenne qui alimentait leur anxiété à l'idée d'intégrer un système de santé étranger. Cette appréhension était par ailleurs exacerbée par l'attitude de fermeture de l'entourage médical et familial du patient, qui tentait d'entraver sa mobilité vers Cuba. Le système de santé cubain s'approprie alors le discours des pays du Nord de manière à s'adapter aux attentes des patients internationaux. L'espace médical devient plus facile à lire, et les patients étrangers parviennent à y développer un sentiment de familiarité. Cette reconfiguration spatiale induit un processus de fragmentation alors qu'il se développe à Cuba, en parallèle à l'espace médical national, un espace médical international. À La Havane, cet espace international s'articule autour de trois pôles : le Quartier international, le Quartier scientifique et le Quartier touristique. De manière distincte, ces trois quartiers se détachent du reste du territoire cubain, ce qui génère l'enclavement des espaces médicaux internationaux. Ce processus de morcellement spatial est alimenté par le contrôle des mobilités qui s'exerce dans les établissements de soins. Seule une population ciblée possède l'autorisation de naviguer ces espaces, une population par ailleurs soumise à un encadrement strict de ses déplacements. L'aménagement spatial, qui indique

finalement que les cliniques internationales sont destinées à une clientèle étrangère, souligne un détournement des ressources spatiales et médicales. Le capital humain, formé grâce aux investissements de l'État cubain, est dévié pour répondre aux besoins des patients internationaux. Le champ de pouvoir entre le Québec et Cuba se manifeste alors.

Cette fragmentation spatiale induite par l'émergence d'une industrie du tourisme médical à Cuba rappelle les phénomènes de déterritorialisation et reterritorialisation. En effet, les patients interrogés semblent de prime abord concevoir Cuba de manière déterritorialisée : peu importe ce que l'île caribéenne puisse être réellement, ce sont les témoignages d'anciens patients qui construisent leur représentation spatiale. Le discours des anciens patients se combine à celui des agences de tourisme médical et, conjointement, ces deux entités parviennent à orienter les potentiels clients vers le réseau de la santé cubain. Les facilitateurs médicaux forment alors un lien de confiance qui s'appuie sur l'intégration des espaces privés dans la relation commerciale. Lorsque les patients « achètent » les services de l'agence, puis ceux des professionnels de la santé cubains, il est possible de constater qu'ils se réapproprient le discours qui leur avait précédemment été présenté. L'homogénéité des propos véhiculés par les différents acteurs qui agissent sur le processus du tourisme médical permet de révéler la formation d'un véritable réseau. D'ailleurs, la manière dont les Québécois font sens de leur expérience médicale à Cuba fait écho à la manière dont les acteurs institutionnels cubains pensent leur système de santé ; Québécois comme Cubains se le conçoivent comme un assemblage de compétences humaines et scientifiques.

Si la résonance des propos d'un acteur à l'autre témoigne de leur appartenance au même réseau, la phase de reterritorialisation de l'expérience médicale des Québécois dans l'espace cubain en illustre sa transnationalité. Alors que le dossier médical ainsi que le corps des patients portent les traces d'une expérience médicale qui a traversé les frontières, les patients avouent qu'ils n'hésiteraient pas à solliciter les services médicaux cubains pour de futures interventions chirurgicales ; leur suivi médical s'articule donc maintenant autour de plusieurs pôles. Ce transnationalisme médical s'accompagne d'une

fluidité de leurs relations sociales, qui maintenant connectent les espaces québécois et cubain. Finalement, les Québécois ont tendance à verbaliser leur expérience du système de santé cubain en se référant au système de santé québécois. Ceci révèle d'une part la mobilité des espaces et d'autre part la réappropriation des espaces du Sud par le Nord. En somme, cela rend compte du champ de pouvoir qui oppose les pays du Nord au pays du Sud pour le contrôle des ressources spatiales.

À partir de ces constats, plusieurs penseurs du tourisme médical proposent de revoir l'appellation « tourisme médical ». Si l'anthropologue Kristen Smith (2012) trouve l'expression pertinente car elle permet de « soulever les enjeux bioéthiques de cette industrie » (traduction personnelle, p. 3) – la marchandisation de la santé, par exemple – certains, comme l'anthropologue Beth Kangas, suggèrent d'employer un terme plus neutre comme « voyage médical » afin d'éliminer les allusions aux frivolités que l'on attribue souvent aux processus touristiques (Perfetto et Dholakia, 2010; Smith, 2012). L'anthropologue Maricia Inhorn et le médecin Patrizio Pasquale ont relevé à travers leurs recherches que le départ des patients internationaux est plutôt comparable à un exil (Sobo, 2009). De leur côté, les médecins Arnold Millstein and Mark Smith se réfèrent aux touristes médicaux en utilisant l'expression « réfugiés médicaux » (dans Sobo, 2009, p. 311, traduction personnelle). Ces nouvelles étiquettes semblent plus appropriées puisqu'elles rendent compte du désespoir vécu par les patients sans banaliser le processus de mobilité. Il serait toutefois possible d'avancer qu'elles ne permettent pas, comme Smith (2012) le souligne, de soulever la dimension mercantile du phénomène. C'est pourquoi l'appellation *externalisation médicale (medical outsourcing)* semble davantage adaptée. En empruntant un terme généralement associé aux industries du textile et des communications, cette expression souligne simultanément la délocalisation des services médicaux et leur réification (Connell, 2013). Les pays en développement, qui ont mis sur pied dans les années 1980 des mesures néolibérales afin d'ouvrir leur économie au marché international, défendent aujourd'hui leur place dans le monde globalisé en élaborant une industrie du tourisme médical. Comme la Chine l'a fait avec ses usines de textile et l'Inde avec ses centres d'appel, les pays qui reçoivent des patients

internationaux se sont spécialisés dans une offre de services qu'ils exportent et qui ne bénéficie que superficiellement à la population locale. Les soins médicaux sont maintenant devenus un « *first world service at third world cost* » (Connell dans Nys, 2010, p. 35).

Si notre travail de recherche permet d'approfondir ces enjeux et d'en relever d'autres qui avaient été écartés par la communauté scientifique, plusieurs aspects de la question restent à développer. Entre autres, notre étude ne s'est pas intéressée au discours des patients cubains. Or, leurs témoignages sont essentiels pour appréhender les répercussions spatiales d'une industrie du tourisme médical. Notre analyse ne s'appuyant que sur les acteurs qui construisent et pratiquent les espaces médicaux internationaux, elle occulte une classe d'individus qui subit directement les contrecoups du tourisme médical. Ainsi, pour valider cette lutte pour les ressources spatiales et médicales que nous avons abordée, il est nécessaire de se pencher sur ce qui est vécu par la population locale. Par ailleurs, la mobilité médicale des Cubano-américains et des Étatsuniens plus largement pourrait faire l'objet de futurs travaux sur le sujet. En effet, le récent rétablissement des relations diplomatiques avec les États-Unis, un pays reconnu pour la privatisation de son système de santé, pourrait agir sur la fluidité des déplacements liés à la santé des citoyens américains. Le Québec pourrait aussi subir ce genre d'ouverture aux mobilités médicales vers Cuba. En septembre dernier, le premier Ministre du Québec Philippe Couillard a mené une mission économique sur l'île caribéenne (Orfali, 2016). Au terme de ce voyage, les gouvernements cubain et québécois de même que les Fonds de recherche du Québec et Bio Cuba Pharma, « qui se spécialise dans la commercialisation de la recherche médicale » (Orfali, 2016), ont conclu un accord de collaboration. Un échange avec un représentant du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2016) nous révélait d'ailleurs que :

[L]e ministère entretient très peu de relations avec Cuba. La visite récente du premier ministre Couillard, en septembre dernier, pourrait favoriser le développement de collaborations dans certains secteurs.

Finalement, si notre étude ne s'est penchée que sur les mobilités médicales Nord-Sud car ce sont elles qui alimentent principalement l'industrie du tourisme médical, Cuba

reçoit aussi plusieurs patients de pays du Sud. Cette dynamique migratoire est nourrie par une logique tout autre que celle qui induit des mobilités Nord-Sud. Afin de brosser un portrait global du phénomène du tourisme médical sur l'île caribéenne, il serait donc essentiel de s'intéresser à ces mouvements. Cela pourrait constituer la base de futurs travaux sur le sujet.

BIBLIOGRAPHIE

- Appadurai, A. (1990). Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy. *Theory, Culture & Society*, 7(2), 295-310. doi:10.1177/026327690007002017
- Artaraz, K. (2012). Cuba's Internationalism Revisited: Exporting Literacy, ALBA, and a New Paradigm for South-South Collaboration. *Bulletin of Latin American Research*, 31, 22-37. doi:10.1111/j.1470-9856.2011.00645.x
- Atkinson, R. et Flint, J. (2001). Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies. *Social Research UPDATE*, (33).
- Azicri, M. (2009). The Castro-Chávez Alliance. *Latin American Perspectives*, 36(1), 99-110. doi:10.1177/0094582X08329174
- Baker, P. (2006). *Using Corpora in Discourse Analysis*. A&C Black.
- Barua, B., Timmermans, I., Lau, M. et Feixue, R. (2016). Leaving Canada for Medical Care, 2016. *Institut Fraser*, (1).
- Beaud, J.-P. (1997). L'échantillonnage. Dans *La recherche quantitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (p. 185-205). Montréal, Canada.
- Berg, L. D. (2009). Discourse Analysis A2 - Thrift, Rob Kitchin Nigel. Dans *International Encyclopedia of Human Geography* (p. 215-221). Oxford : Elsevier. Repéré à <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978008044910400420X>
- Blommaert, J. (2005). *Discourse: A Critical Introduction*. Cambridge University Press.
- Blue, S. A. (2010). Cuban Medical Internationalism: Domestic and International Impacts. *Journal of Latin American Geography*, 9(1), 31-49. doi:10.1353/lag.0.0071
- Blunt, A. (2007). Cultural geographies of migration: mobility, transnationality and diaspora. *Progress in human geography*.
- Borgne, C. L. (2007). Le tourisme médical : une nouvelle façon de se soigner. *Les Tribunes de la santé*, n° 15(2), 47-53.
- Boutang, P.-A. et Pamart, M. (1988). *Gilles Deleuze Abécédaire N°1*. France. Repéré à https://www.youtube.com/watch?v=No_v5iOWt4Q&list=PL3KuoFAFw68mZ9Qb_LtzjStwLxaIEC7DJ
- Bovier, P. A. (2008). Explosion du tourisme médical: des voyageurs d'un nouveau type? *Médecine des voyages*, 157(19), 1196-1201.
- Brenner, P., Jiménez, M. R., Kirk, J. M. et LeoGrande, W. M. (2014). *A Contemporary Cuba Reader: The Revolution under Raúl Castro*. Rowman & Littlefield.
- Briggs, C. L. (2011). « All Cubans are doctors! » news coverage of health and bioexceptionalism in Cuba. *Social Science & Medicine*, 73(7), 1037-1044. doi:10.1016/j.socscimed.2011.06.054
- Britton, R. (1979). Some Notes on the Geography of Tourism. *Canadian Geographer / Le Géographe Canadien*, 23(3), 276-282. doi:10.1111/j.1541-0064.1979.tb00663.x
- Brotherton, P. S. (2008). « We have to think like capitalists but continue being socialists »: Medicalized subjectivities, emergent capital, and socialist entrepreneurs in post-Soviet Cuba. *American Ethnologist*, 35(2), 259-274. doi:10.1111/j.1548-1425.2008.00033.x

- Browne, K. (2005). Snowball sampling: using social networks to research non-heterosexual women. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 47-60. doi:10.1080/1364557032000081663
- Brulhardt, M.-C. et Bassand, M. (1981). La mobilité spatiale en tant que système. *Swiss Journal of Economics and Statistics (SJES)*, 117(III), 505-519.
- Busquet, G. (2012). L'espace politique chez Henri Lefebvre: l'idéologie et l'utopie. *Justice spatiale*, (5).
- Castro, M., Melluish, S. et Lorenzo, A. (2014). Cuban internationalism – An alternative form of globalization. *International Review of Psychiatry*, 26(5), 595-601. doi:10.3109/09540261.2014.920770
- Cazes, G. (1987). La géographie du tourisme : réflexion sur les objectifs et les pratiques en France. *Annales de Géographie*, 96(537), 595-600.
- Chambers, D. et McIntosh, B. (2008). Using Authenticity to Achieve Competitive Advantage in Medical Tourism in the English-speaking Caribbean. *Third World Quarterly*, 29(5), 919-937. doi:10.1080/01436590802106056
- Chandana Jayawardena. (2003). Revolution to revolution: why is tourism booming in Cuba? *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 15(1), 52-58. doi:10.1108/09596110310458990
- Chant, S. H. et McIlwaine, C. (2009). *Geographies of Development in the 21st Century: An Introduction to the Global South*. Edward Elgar Publishing.
- Charatan, F. (2001). Foreigners flock to Cuba for medical care. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7296), 1198.
- Chee, H. L. (2007). *Medical Tourism in Malaysia: International Movement of Healthcare Consumers and the Commodification of Healthcare* (SSRN Scholarly Paper n° ID 1317163). Rochester, NY : Social Science Research Network. Repéré à <http://papers.ssrn.com/abstract=1317163>
- Chen, Y. Y. B. et Flood, C. M. (2013). Medical Tourism's Impact on Health Care Equity and Access in Low- and Middle-Income Countries: Making the Case for Regulation. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(1), 286-300. doi:10.1111/jlme.12019
- Clifford, N., Cope, M., Gillespie, T. et French, S. (2016). *Key Methods in Geography*. SAGE.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093-1100. doi:10.1016/j.tourman.2005.11.005
- Connell, J. (2011). A new inequality? Privatisation, urban bias, migration and medical tourism. *Asia Pacific Viewpoint*, 52(3), 260-271. doi:10.1111/j.1467-8373.2011.01454.x
- Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1-13. doi:10.1016/j.tourman.2012.05.009
- Cooper, R. S., Kennelly, J. F. et Orduñez-García, P. (2006). Health in Cuba. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 817-824. doi:10.1093/ije/dyl175
- Cortès, G. et Faret, L. (2009). *Les circulations transnationales: lire les turbulences migratoires contemporaines*. Armand Colin.
- Cravatte, C. (2009). L'anthropologie du tourisme et l'authenticité. *Cahiers d'études africaines*, n° 193-194(1), 603-620.

- Cresswell, T. (2009a). Discourse A2 - Thrift, Rob KitchinNigel. Dans *International Encyclopedia of Human Geography* (p. 211-214). Oxford : Elsevier. Repéré à <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780080449104009408>
- Cresswell, T. (2009b). Place A2 - Thrift, Rob KitchinNigel. Dans *International Encyclopedia of Human Geography* (p. 169-177). Oxford : Elsevier. Repéré à <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780080449104003102>
- Cresswell, T. (2010a). Mobilities I: Catching up. *Progress in Human Geography*, 30(1), 309-334. doi:10.1177/0309132510383348
- Cresswell, T. (2010b). Towards a Politics of Mobility. *Environment and Planning D: Society and Space*, 28(1), 17-31. doi:10.1068/d11407
- Cresswell, T. (2012). Mobilities II Still. *Progress in Human Geography*, 36(5), 645-653. doi:10.1177/0309132511423349
- Cresswell, T. et Merriman, P. (2011a). *Geographies of Mobilities: Practices, Spaces, Subjects*. Ashgate Publishing, Ltd.
- Cresswell, T. et Merriman, P. (2011b). *Geographies of Mobilities: Practices, Spaces, Subjects*. Ashgate Publishing, Ltd.
- Crick, M. (1989). Representations of International Tourism in the Social Sciences: Sun, Sex, Sights, Savings, and Servility. *Annual Review of Anthropology*, 18(1), 307-344. doi:10.1146/annurev.an.18.100189.001515
- Crooks, V. A., Kingsbury, P., Snyder, J. et Johnston, R. (2010). What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review. *BMC Health Services Research*, 10(1), 266. doi:10.1186/1472-6963-10-266
- Davis, M. et Tester, K. (2010). *Bauman's Challenge: Sociological Issues for the 21st Century*. Springer.
- de Holan, P. M. et Phillips, N. (1997). Sun, sand, and hard currency: Tourism in Cuba. *Annals of Tourism Research*, 24(4), 777-795. doi:10.1016/S0160-7383(97)00030-3
- de Vos, P. et Van der Stuyft, P. (2009). The right to health in times of economic crisis: Cuba's way. *The Lancet*, 374(9701), 1575-1576. doi:10.1016/S0140-6736(09)61920-6
- de Wenden, C. W. (2013). *Les nouvelles migrations: lieux, hommes, politiques*. Ellipses.
- Deleuze, G. et Guattari, F. (1980). *Capitalisme et schizophrénie 2 : Mille plateaux* (Éditions de Minuit). Paris.
- Destremau, B. (2016, 18 mai). Entretien.
- Devi, S. (2014). Cuba's economic reforms prompt debate about health care. *The Lancet*, 383(9914), 294-295. doi:10.1016/S0140-6736(14)60090-8
- Domínguez-Alonso, E. et Zacea, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud Pública de México*, 53, s168-s176.
- Dorn, M. et Laws, G. (1994). Social theory, body politics, and medical geography: extending Kearns's invitation. *The Professional Geographer*, 46(1), 106-110.
- Doyon, S. et Brotherton, P. S. (2008). Les redéfinitions d'une révolution: Pratiques et politiques dans les secteurs de la santé et de l'environnement à Cuba. *Anthropologie et Sociétés*, 32(1-2), 193. doi:10.7202/018889ar
- Dubinsky, K. (2016, 26 octobre). *Cuba Beyond the Beach*. Paragraphe Bookstore.

- Dumolard, P. (1999). Accessibilité et diffusion spatiale. *Espace géographique*, 28(3), 205-214. doi:10.3406/spgeo.1999.1254
- Dumont, G.-F. (2015). Cuba : histoire d'un exode. *Population & Avenir*, (725), 3-3.
- Elden, S. (2005). Missing the point: globalization, deterritorialization and the space of the world. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 30(1), 8-19. doi:10.1111/j.1475-5661.2005.00148.x
- Feinsilver, J. M. (1989). Cuba as a « World Medical Power »: The Politics of Symbolism. *Latin American Research Review*, 24(2), 1-34.
- Feinsilver, J. M. (2010). Fifty Years of Cuba's Medical Diplomacy: From Idealism to Pragmatism. *Cuban Studies*, 41(1), 85-104.
- Fiallo, L. (2013). Una lectura de la reforma migratoria en Cuba. *Boletín del Sistema de Información sobre Migraciones Andinas*, (16).
- Flick, U., Kardoff, E. von et Steinke, I. (2004). *A Companion to Qualitative Research*. SAGE.
- Gagnon, S. (2007). Attractivité touristique et « sens » géo-anthropologique des territoires. *Téoros. Revue de recherche en tourisme*, 26(2), 5-11.
- Gallez, C. et Kaufmann, V. (2009). Aux racines de la mobilité en sciences sociales. Dans M. F. et V. Guigueno (dir.), *De l'histoire des transports à l'histoire de la mobilité ?* (p. 41-55). Presses Universitaires de Rennes. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00570341>
- Geoffray, M.-L. (2011). Étudier la contestation en contexte autoritaire : le cas cubain, Studying Contestation in an Authoritarian Context: The Cuban Case. *Politix*, (93), 29-45.
- George, P. (1950). Géographie de la population et démographie. *Population (French Edition)*, 5(2), 291. doi:10.2307/1523377
- Glick Schiller, N. (2012). Transnationality, migrants and cities: A comparative approach. Dans *Beyond methodological nationalism: research methodologies for cross-border studies* (p. 23-40). Routledge.
- Goodrich, J. N. (1993). Socialist Cuba: A Study of Health Tourism. *Journal of Travel Research*, 32(1), 36-41. doi:10.1177/004728759303200106
- Gouvernement du Canada, A. étrangères et C. international C. (2012, 11 mai). Recevoir des soins médicaux dans d'autres pays. *Voyage.gc.ca*. Repéré 12 août 2017, à <https://voyage.gc.ca/voyager/sante-securite/soin-a-l-etranger>
- Graham, S. et Marvin, S. (2001). *Splintering Urbanism: Networked Infrastructures, Technological Mobilities and the Urban Condition*. Psychology Press.
- Gray, H. H. et Poland, S. C. (2008). Medical Tourism: Crossing Borders to Access Health Care. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 18(2), 193-201. doi:10.1353/ken.0.0006
- Guerrero, D. (2006). Relire Raffestin vingt-cinq ans après. *Les Cafés géographiques*. Repéré à <http://cafe-geo.net/wp-content/uploads/relire-raffestin.pdf>
- Gupta, A. S. (2008). Medical tourism in India: winners and losers. *Indian Journal of Medical Ethics*, 5(1), 4-5.
- Hall, C. M. (2005). Reconsidering the Geography of Tourism and Contemporary Mobility. *Geographical Research*, 43(2), 125-139. doi:10.1111/j.1745-5871.2005.00308.x

- Hall, C. M. et Page, S. J. (2009). Progress in Tourism Management: From the geography of tourism to geographies of tourism – A review. *Tourism Management*, 30(1), 3-16. doi:10.1016/j.tourman.2008.05.014
- Harkin, M. (1995). Modernist anthropology and tourism of the authentic. *Annals of Tourism Research*, 22(3), 650-670. doi:10.1016/0160-7383(95)00008-T
- Harris, R. L. (2009). Cuban Internationalism, Che Guevara, and the Survival of Cuba's Socialist Regime. *Latin American Perspectives*, 36(3), 27-42. doi:10.1177/0094582X09334165
- Hawthorne, T. L. et Kwan, M.-P. (2013). Exploring the unequal landscapes of healthcare accessibility in lower-income urban neighborhoods through qualitative inquiry. *Geoforum*, 50, 97-106. doi:10.1016/j.geoforum.2013.08.002
- Herrera, R. (2012). Tourisme et développement dans les Caraïbes. Le cas de Cuba. *Mondes en développement*, (157), 47-66.
- Hopkins, L., Labonté, R., Runnels, V. et Packer, C. (2010). Medical tourism today: What is the state of existing knowledge? *Journal of Public Health Policy*, 31(2), 185-198. doi:10.1057/jphp.2010.10
- Huish, R. (2014). Why Does Cuba 'Care' So Much? Understanding the Epistemology of Solidarity in Global Health Outreach. *Public Health Ethics*, phu033. doi:10.1093/phe/phu033
- Huish, R. et Kirk, J. M. (2007). Cuban Medical Internationalism and the Development of the Latin American School of Medicine. *Latin American Perspectives*, 34(6), 77-92. doi:10.1177/0094582X07308119
- Jacobsen, M. H. (2016). *The Sociology of Zygmunt Bauman: Challenges and Critique*. Routledge.
- Jenkins, W. (2009). Historical Geographies of Migration. Dans *International Encyclopedia of Human Geography* (p. 108-115). Oxford : Elsevier. Repéré à <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780080449104003722>
- Johnston, R., Crooks, V. A., Snyder, J. et Kingsbury, P. (2010). What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 9(1), 24. doi:10.1186/1475-9276-9-24
- Jolivet, V. (2017). Nouvelles mobilités à Cuba : penser l'espace relationnel cubano-américain. *Cahiers des Amériques latines*, (84), 49-67. doi:10.4000/cal.4525
- Jones, K. et Moon, G. (1993). Medical geography: taking space seriously. *Progress in Human Geography*, 17, 515-515.
- Kalathil, S. et Boas, T. C. (2010). *Open Networks, Closed Regimes: The Impact of the Internet on Authoritarian Rule*. Carnegie Endowment.
- Kaufmann, V., Bergman, M. M. et Joye, D. (2004). Motility: mobility as capital. *International Journal of Urban and Regional Research*, 28(4), 745-756. doi:10.1111/j.0309-1317.2004.00549.x
- King, R. (2012). Geography and Migration Studies: Retrospect and Prospect. *Population, Space and Place*, 18(2), 134-153. doi:10.1002/psp.685
- Kirk, J. M. (2009a). Cuban Medical Internationalism and its Role in Cuban Foreign Policy. *Diplomacy & Statecraft*, 20(2), 275-290. doi:10.1080/09592290903001578

- Kirk, J. M. (2009b). Cuba's Medical Internationalism: Development and Rationale. *Bulletin of Latin American Research*, 28(4), 497-511. doi:10.1111/j.1470-9856.2009.00314.x
- Kirk, J. M. et Erisman, H. M. (2009). *Cuban Medical Internationalism*. Springer.
- Krätke, S., Wildner, K. et Lanz, S. (2012). The transnationality of cities: Concepts, dimensions and research fields. An introduction. *Transnationalism and Urbanism*, 1-30.
- Lafleur, J.-M. (2005). « ¿Bienvenidos a Miami? ». *Revue européenne des migrations internationales*, 21(3), 149-177. doi:10.4000/remi.2527
- Luginaah, I. (2009). Health geography in Canada: where are we headed? *Canadian Geographer / Le Géographe Canadien*, 53(1), 91-99. doi:10.1111/j.1541-0064.2009.00239.x
- Lyon-Caen, N. (2008). L'appropriation du territoire par les communautés. *Hypothèses*, 9(1), 15-24.
- Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24, 95-117.
- Mazzei, J. (2012). Negotiating domestic socialism with global capitalism: So-called tourist apartheid in Cuba. *Communist and Post-Communist Studies*, 45(1-2), 91-103. doi:10.1016/j.postcomstud.2012.02.003
- Mckenna, P. (2004). Comparative Foreign Policies toward Cuba: Plus Ça Change... *International Journal*, 59(2), 281-302. doi:10.2307/40203927
- McKenna, P. et Kirk, J. M. (2002). Canadian-Cuban Relations: Is the honeymoon over? *Canadian Foreign Policy Journal*, 9(3), 49-63. doi:10.1080/11926422.2002.9673296
- Meade, M. S. (2014). Medical Geography. Dans *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. John Wiley & Sons, Ltd. Repéré à <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118410868.wbehibs204/abstract>
- Ménard, B. (2002). Questions de géographie de la santé. *L'Espace géographique*, tome 31(3), 264-275.
- Menvielle, L. (2012). Tourisme médical : quelle place pour les pays en développement ? *Mondes en développement*, n°157(1), 81-96.
- Menvielle, L. et Menvielle, W. (2010). Le tourisme médical: une nouvelle façon de voyager. *Téoros. Revue de recherche en tourisme*, 29(29-1), 109-119.
- Menvielle, L. et Tournois, N. (s.d.). Tourisme médical: problèmes éthiques dans un contexte de globalisation.
- Mercier, D. (2002). L'idéal néo-libéral dans le temps mondial, 1990-2002: même à Cuba? *Études internationales*, 33(3), 447-475.
- Merenne-Schoumaker, B. (1988). Géographie et tourisme : introduction épistémologique. *Notes de Recherches de la Société géographique de Liège*, (10). Repéré à <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/70270>
- Miles, J. et Gilbert, P. (2005). *A Handbook of Research Methods for Clinical and Health Psychology*. Oxford University Press.

- Miossec, J.-M. (1977). L'image touristique comme introduction à la géographie du tourisme. *Annales de Géographie*, 86(473), 55-70.
- Monnet, J. (1998). La symbolique des lieux : pour une géographie des relations entre espace, pouvoir et identité. *Cybergeo : European Journal of Geography*. doi:10.4000/cybergeo.5316
- Nadeau, C. (2005). Étude Socio-Économique et Politique: Cuba (1989–2005). *Observatoire des Amériques*, 1-35.
- Ndonky, A., Oliveau, S., Lalou, R. et Dos Santos, S. (2015). Mesure de l'accessibilité géographique aux structures de santé dans l'agglomération de Dakar. *Cybergeo : European Journal of Geography*. doi:10.4000/cybergeo.27312
- Nes, F. van, Abma, T., Jonsson, H. et Deeg, D. (2010). Language differences in qualitative research: is meaning lost in translation? *European Journal of Ageing*, 7(4), 313-316. doi:10.1007/s10433-010-0168-y
- Noy, C. (2008). Sampling Knowledge: The Hermeneutics of Snowball Sampling in Qualitative Research. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(4), 327-344. doi:10.1080/13645570701401305
- Nys, J.-F. (2010). Les nouveaux flux de migrations médicales. *Revue internationale et stratégique*, n° 77(1), 24-35.
- Oficina nacional de estadística e información de Cuba. (2017). *Anuario Estadístico de Cuba 2016 - Turismo* (p. 15). Oficina nacional de estadística e información de Cuba. Repéré à <http://www.one.cu/aec2016/15%20Turismo.pdf>
- Orfali, P. (2016, 14 septembre). Rencontre historique Couillard-Castro à Cuba. *Le Devoir*. Repéré à http://www.ledevoir.com/international/actualites-internationales/479934/philippe-couillard-rencontre-raoul-castro-a-cuba?utm_campaign=Autopost&utm_medium=Social&utm_source=Facebook#link_time=1473817416
- Pellerin, H. (2011). De la migration à la mobilité : changement de paradigme dans la gestion migratoire. Le cas du Canada. *Revue européenne des migrations internationales*, 27(2), 57-75. doi:10.4000/remi.5435
- Perelló-Cabrera, J. L. et Llanes-Sorolla, L. (2015). Movilidad migratoria y flujos turísticos. Interfaces en el desempeño turístico cubano / Migratory movements and tourist flows. Interfaces in the Cuban tourism performance. *Mundi Migratios*, 3(1), 48-72.
- Perfetto, R. et Dholakia, N. (2010). Exploring the cultural contradictions of medical tourism. *Consumption Markets & Culture*, 13(4), 399-417. doi:10.1080/10253866.2010.502417
- Philibert, M. D. et Riva, M. (2011). Contribution de la géographie quantitative à l'étude des inégalités sociales de santé : Analyse des effets de milieu. *Cahiers de géographie du Québec*, 55(156), 343-361.
- Philo, C. (2007). A vitally human medical geography? Introducing Georges Canguilhem to geographers. *New Zealand Geographer*, 63(2), 82-96. doi:10.1111/j.1745-7939.2007.00095.x
- Picheral, H. (1995). Le lieu, l'espace et la santé. *Espace, populations, sociétés*, 13(1), 19-24. doi:10.3406/espos.1995.1666

- Pocock, N. S. et Phua, K. H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health*, 7(1), 1-12. doi:10.1186/1744-8603-7-12
- Projet de mémoire sur le tourisme médical. (2016, 20 octobre).
- Raffestin, C. (1982). Remarques sur les notions d'espace, de territoire et de territorialité. *Espaces et sociétés*, (41), 167-171.
- Raffestin, C. et Barampama, A. (1998). Espace et pouvoir. Dans *Les concepts de la géographie humaine*. (Antoine Bailly, p. 63-71). Paris : Armand Colin.
- Ramadier, T. (2011). L'accessibilité socio-cognitive. Communication présentée au Mobilités spatiales et ressources métropolitaines : l'accessibilité en questions / 11ème colloque du groupe de travail « Mobilités Spatiales et Fluidité Sociale » de l'AISLF. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00626536/document>
- Retailé, D. (2009). Malaise dans la géographie, l'espace est mobile. Dans P. Vanier Martin ; Debarbieux, Bernard ; Turco, Angelo ; Melé (dir.), *Territoires, territorialités, territorialisation, controverse et perspective* (p. 97-114). Presses Universitaires de Rennes. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00391030>
- Retailé, D. (2014). De l'espace nomade à l'espace mobile en passant par l'espace du contrat. *La Revue canadienne des études africaine*, 48(1), 13-28.
- Ritter, A. R. M. (2004). *the Cuban Economy*. University of Pittsburgh Pre.
- Rockefeller, S. A. (2011). « Flow ». *Current Anthropology*, 52(4), 557-578. doi:10.1086/660912
- Rosenberg, M. W. (1998). Medical or health geography? Populations, peoples and places. *International Journal of Population Geography*, 4(3), 211.
- Rosensweig, J. A. (2007). Medical tourism—health care in the global economy.
- Rouleau-Berger, L. (2012). *Sociologies et cosmopolitisme méthodologique*. Presses universitaires du Mirail. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00714948>
- Scarpaci, J. L., Segre, R. et Coyula, M. (2002). *Havana: Two Faces of the Antillean Metropolis*. UNC Press Books.
- Sheller, M. et Urry, J. (2006). The New Mobilities Paradigm. *Environment and Planning A*, 38(2), 207-226. doi:10.1068/a37268
- Simoni, V. (2015). *Tourism and Informal Encounters in Cuba*. Berghahn Books.
- Smith, K. (2012). The Problematization of Medical Tourism: A Critique of Neoliberalism. *Developing World Bioethics*, 12(1), 1-8. doi:10.1111/j.1471-8847.2012.00318.x
- Snyder, J., Crooks, V. A. et Johnston, R. (2012). Perceptions of the Ethics of Medical Tourism: Comparing Patient and Academic Perspectives. *Public Health Ethics*, 5(1), 38-46. doi:10.1093/phe/phr034
- Sobo, E. J. (2009). Medical Travel: What It Means, Why It Matters. *Medical Anthropology*, 28(4), 326-335. doi:10.1080/01459740903303894
- Squire, S. J. (1994). Accounting for cultural meanings: the interface between geography and tourism studies re-examined. *Progress in Human Geography*, 18(1), 1-16. doi:10.1177/030913259401800101

- Staten, C. L. (2015). *The History of Cuba, 2nd Edition*. ABC-CLIO.
- Taylor, J. P. (2001). Authenticity and sincerity in tourism. *Annals of Tourism Research*, 28(1), 7-26. doi:10.1016/S0160-7383(00)00004-9
- Taylor Jr., H. L. et McGlynn, L. (2009). International tourism in Cuba: Can capitalism be used to save socialism? *Futures*, 41(6), 405-413. doi:10.1016/j.futures.2008.11.018
- The World Bank. (s.d.). Physicians (per 1,000 people) | Data. *The World Bank*. Repéré 16 novembre 2017, à https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?end=2012&locations=CA-CU-FR-DE-GB-US-NO-MC&start=1991&view=chart&year_high_desc=true
- Théry, H. (2008). Mondialisation, déterritorialisation, reterritorialisation (Globalization and territory). *Bulletin de l'Association de géographes français*, 85(3), 324-331. doi:10.3406/bagf.2008.2628
- Turner, L. (2007). Tourisme médical La médecine familiale et les voyages internationaux reliés à la santé. *Canadian Family Physician*, 53(10), 1646-1648.
- Urry, J. (2005). Les systèmes de la mobilité. *Cahiers internationaux de sociologie*, (118), 23-35.
- Vigneron, E. (1995). La géographie de la santé : un agenda qui se précise. *Espace, populations, sociétés*, 13(1), 31-41. doi:10.3406/espos.1995.1668
- Vijaya, R. M. (2010). Medical Tourism: Revenue Generation or International Transfer of Healthcare Problems? *Journal of Economic Issues*, 44(1), 53-70. doi:10.2753/JEI0021-3624440103
- Wongkit, M. et McKercher, B. (2015). Desired Attributes of Medical Treatment and Medical Service Providers: A Case Study of Medical Tourism in Thailand. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 0(0), 1-14. doi:10.1080/10548408.2015.1024911
- Yaffe, H. (2009). Cuban Development: Inspiration for the Bolivarian Alliance for the Americas (ALBA). *Journal of Iberian and Latin American Research*, 15(2), 143-160. doi:10.1080/13260219.2009.11090854

MÉDIAGRAPHIE

- COSTAMED (2017). *Experience quality medical care in the Mexican Caribbean* [document publicitaire].
- De Nancey, G. (2006). *Théorie des humeurs* [diagramme]. Repéré à <http://compagnonsdevalerien.over-blog.com/article-5065400.html>
- Deschamps-Band (2017). *Événements marquants dans l'histoire du système de santé ainsi que des industries du tourisme et du tourisme médical cubains* [diagramme]. Création de l'auteur.
- Deschamps-Band (2017). *Emplacement des cliniques internationales et laboratoires de recherche de La Havane, Cuba* [carte]. Création de l'auteur.
- Deschamps-Band (2017). *Espace vert du district Siboney-Atabey* [photo]. Prise par l'auteur.

- Deschamps-Band (2017). *Entrée du Centre international de la santé La Pradera* [photo].
Prise par l'auteure.
- Graham et Marvin (2001). *Représentation graphique du modèle « hub and spoke » et de l'effet tunnel* [diagramme]. Repéré dans *Splintering Urbanism: Networked Infrastructures, Technological Mobilities and the Urban Condition* (2001)
- Lapointe (2017). *Coûts de certaines chirurgies* [tableau]. Repéré à <http://www.journaldemontreal.com/2017/04/09/cuba-veut-les-malades-du-quebec>.
- Servicios médicos cubanos (2017). *Photos tirées d'un document publicitaire sur les services médicaux offerts aux étrangers à Cuba* [document publicitaire].
- Snow, J. (1854). *The map of cholera deaths in central London in September 1854*. Repéré à <http://scienceline.org/2010/05/john-snows-maps-of-the-broad-street-cholera-outbreak/>
- The World Bank. (s.d.). *Taux de médecins par 1000 habitants à Cuba et dans 6 pays de l'OCDE* [tableau]. Repéré 16 novembre 2017, à https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?end=2012&locations=CA-CU-FR-DE-GB-US-NO-MC&start=1991&view=chart&year_high_desc=true
- Transat (2016). *Brochure Sud 2016-2017* [document publicitaire]. Repéré à <https://www.transat.com/fr-CA/brochures-electroniques>.