

**Haute Ecole
Groupe ICHEC – ECAM – ISFSC**



Enseignement supérieur de type long de niveau universitaire

PEUT-ON DIRE QU'IL Y A ENCORE UN RESPECT DU SERMENT D'HIPPOCRATE AVEC L'AFFLUX DU TOURISME MÉDICAL ESTHÉTIQUE ? CAS PARTICULIER : L'AMÉRIQUE LATINE

Mémoire présenté par :
Simona CHAMOUN

Pour l'obtention du diplôme :
Master sciences commerciales

Année académique 2021-2022

Promoteur :
SOPHIE PETERS

Boulevard Brand Whitlock 2 – 1150 Bruxelles

REMERCIEMENTS

Dans un premier temps, je souhaiterais remercier ma promotrice, Madame Peters Sophie pour avoir accepté d'être ma promotrice mais aussi pour son assistance tout au long de la rédaction de mon mémoire.

Grâce à son aide, j'ai été capable d'améliorer de jour en jour la qualité de ma rédaction et son contenu mais aussi j'ai été capable d'atteindre ce résultat.

Je me dois aussi de remercier le corps professoral de l'ICHEC. En effet, chacun d'entre eux m'a apporté des notions qui me semblaient inconnues de base mais qui m'ont servi tout au long de mon parcours à l'ICHEC et dans la rédaction de mon mémoire. Également, grâce à tous ces enseignants, j'ai pu approfondir des connaissances dans des sujets bien spécifiques.

Ensuite, je souhaiterais remercier toutes les personnes externes qui ont participé de n'importe quelle manière à la réalisation de ce mémoire. Je fais référence à toute personne ayant accepté de donner même une minute de leur temps que ce soit pour une rencontre, une interview ou un débriefing. Un grand merci pour votre temps et pour la précision de vos réponses.

Finalement, je souhaiterai remercier ma famille, mes amis et surtout mon entourage basée en République Dominicaine qui m'a permis de faciliter les multiples contacts sur place. Je leur suis énormément reconnaissante.

Un tout grand merci à ceux dont j'ai été susceptible d'oublier et de citer. Merci pour le support, les encouragements quotidiens, la force et l'aide que vous m'avez tous apporté.

ENGAGEMENT ANTI-PLAGIAT DU MEMOIRE

« Je soussigné, CHAMOUN, Simona, 2021-2022, déclare par la présente que le Mémoire ci-joint est exempt de tout plagiat et respecte en tous points le règlement des études en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses signé lors de mon inscription à l'ICHEC, ainsi que les instructions et consignes concernant le référencement dans le texte respectant la norme APA, la bibliographie respectant la norme APA, etc. mises à ma disposition sur Moodle.

Sur l'honneur, je certifie avoir pris connaissance des documents précités et je confirme que le Mémoire présenté est original et exempt de tout emprunt à un tiers non-cité correctement. »

Dans le cadre de ce dépôt en ligne, la signature consiste en l'introduction du mémoire via la plateforme ICHEC-Student »

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
1. LE SERMENT D'HIPPOCRATE	3
1.1. ASPECT LITTÉRAIRE	3
1.2. ASPECT ÉTHIQUE ET VALEURS	11
1.3. ASPECT DÉONTOLOGIQUE.....	14
2. APPROCHE THÉORIQUE SUR LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE.....	21
2.1. DÉFINITIONS GÉNÉRALES ET HISTOIRE	21
2.2. LES RISQUES DE LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE	27
3. LE TOURISME MÉDICAL ESTHÉTIQUE.....	32
3.1. INTRODUCTION ET DÉFINITIONS GÉNÉRALES	33
3.2. HISTOIRE ET ÉVOLUTION.....	36
3.3. MOTIVATIONS ET RISQUES DU TOURISME MÉDICAL ESTHÉTIQUE	40
3.4.1. ACTEURS DU TOURISME MÉDICAL ESTHÉTIQUE	55
3.4.2. LES DÉFIS DU TOURISME MÉDICAL ESTHÉTIQUE.....	59
4. MARCHANDISATION DES SOINS DE SANTÉ.....	63
4.1. INTRODUCTION ET DONNÉES	63
4.2. LA PUBLICITÉ AUTOUR DES SOINS DE SANTÉ	68
4.3. LES CINQ FORCES DE PORTER	70
4.4. ANALYSE SWOT DU MARCHE ESHTETIQUE.....	74
4.4. QUE RETENIR DU TOURISME MÉDICAL ESTHÉTIQUE?	80
5. STRATÉGIES GOUVERNEMENTALES ET SOLUTIONS POUR LE TOURISME MÉDICAL ESTHÉTIQUE ?	81

5.1.LES DIFFÉRENTES STRATÉGIES GOUVERNEMENTALES MISES EN PLACE	81
5.2.LES SOLUTIONS POSSIBLES ?.....	85
6.LIMITES DU TRAVAIL	87
7.CONCLUSION	89
8. BIBLIOGRAPHIE.....	92

INTRODUCTION

Le respect du serment d'Hippocrate et la chirurgie esthétique font l'objet de nombreuses études controversées. En effet d'une part, le serment d'Hippocrate étant clairement remis en question car il ne dispose plus d'aucune valeur juridique à l'heure actuelle¹ , n'est plus prononcé de manière obligatoire dans les pays et rencontre certains problèmes d'éthique et de déontologie.²

D'autre part, selon L.Menvielle et N.Tournois³ plusieurs évolutions telles que les comportements des consommateurs ou les courants socioculturels ont transformé le secteur de la santé en un véritable commerce et à une banalisation des actes chirurgicaux et médicaux.

Ce mémoire contiendra alors une partie théorique importante sur le Serment d'Hippocrate analysé sous divers angles.

Ensuite, il traitera de la partie théorique relative à la chirurgie esthétique en elle-même.

Afin d'illustrer mon travail, j'ai réalisé une étude qualitative auprès de 50 participantes⁴. Un questionnaire a été envoyé soit individuellement, soit il a été posté sur certains groupes Facebook privé prévu à cet effet. 56%⁵ d'entre eux estiment que le respect de celui-ci est très clairement remis en doute.

Le monde esthétique est un monde ayant attiré ma curiosité depuis longtemps et principalement à travers l'Amérique latine. Selon la même étude qualitative, il en ressort que la République Dominicaine (37%) ,la Colombie (31%) et le Brésil (22%) seraient les trois pays les plus prisés en matière de chirurgie esthétique plastique.

En effet, l'étude concerne uniquement des résidentes belges. Les différents facteurs influençant les décisions seront analysés au cours du travail.

¹Source : J.Béranger. L'éthique d'Hippocrate au chevet de la médecine contemporaine.(Janvier 2014). Récupéré le 15 mars 2022 de https://www.researchgate.net/profile/J-Beranger/publication/281862324_L'ethique_d'Hippocrate_au_chevet_de_la_medicine_contemporaine/links/55fc17a408aec948c4b09b33/Lethique-dHippocrate-au-chevet-de-la-medecine-contemporaine.pdf

² Ce sujet sera abordé dans l'approche théorique au point 1

³Source : L.Menvielle et N.Tournois. Tourisme médical : problèmes éthiques dans un contexte de globalisation (2004). Récupéré le 17 avril 2022 de http://archives.marketing-trends-congress.com/2010/Materiali/Paper/Fr/Menvielle_Tournois.pdf

⁴Cette étude est disponible en annexe 10.13 et sera utilisée tout au long du travail.

⁵Source: étude réalisée sur un échantillon de 50 personnes disponible en annexe

De plus, l'étude de ce mémoire se délimite également à trois types d'interventions les plus réalisées dans ces pays. Selon une étude réalisée par Alina G. Mejia et Ali S.⁶, il en ressort que la liposucción, l'augmentation mammaire, la rhinoplastie font partie des interventions les plus réalisées mondialement.

Comme l'indique par ailleurs l'étude qualitative, 44% se sont rendu dans l'un des pays pour réaliser une liposucción, 34% pour une mammoplastie, 12% pour une abdominoplastie et 8% pour une rhinoplastie. Selon une enquête réalisée par l'ASAPS⁷, la liposucción est la chirurgie la plus pratiquée dans le monde. Un nombre de 283 735 interventions a été réalisé en 2009.

La dernière partie théorique concerne le tourisme médical malgré la complexité d'obtenir des données empiriques, fiables, disponibles et pertinentes principalement à cause du secret médical et par manque d'études.

Ceci dit, il existe de nombreuses études et rapports réalisés concernant le tourisme médical, mais une fois encore les données sont très biaisées, car le tourisme médical englobe différentes définitions et différentes interprétations.

Selon une étude réalisée par le Parlement européen, « *56 millions de voyages touristiques internes et 5,1 millions de voyages internationaux ont été enregistrés en 2014.* »⁸ Il en ressort que 4.3% sont relatifs à du tourisme de santé et relève d'une étude fiable.

Il est évident que le tourisme esthétique fait partie d'un monde où la marchandisation des soins de santé ne cesse de croître. C'est pour cela qu'une partie y sera spécifiquement dédiée.

Après avoir abordé la théorie et vérifié si des solutions pourraient exister à ce tourisme, l'analyse de diverses études de cas et études quantitatives sera présentée afin d'illustrer la théorie.

Enfin, ce mémoire se terminera par un point dédié aux limites de ce travail et de sa conclusion dans le but de répondre à la question de recherche.

⁶Source : Alina Gomez M., et Ali S. Chapitre 12 : Gestion des risques pour la santé : le cas des programmes sociaux de chirurgie esthétique en Colombie (2012). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=YKcbaYK8VM4C&oi=fnd&pg=PA209&dq=clinique+clandestine+colombie&ots=NLWmGjZuB8&sig=agSp8Q2BJOF-m2VHkjNhaD6DsSU#v=onepage&q&f=false>

⁷Source : Oxford academic. ASAPS : Survey: current trends in liposuction (Fevrier 2011). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://academic.oup.com/asj/article/31/2/214/202287?login=false>

⁸Source : Parlement européen. Études réalisée pour la commission TRANS – tourisme de santé dans l'Union : enquête générale.(2017) récupéré le 19 mars 2022 de https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/601985/IPOL_STU%282017%29601985_FR.pdf

1. LE SERMENT D'HIPPOCRATE

1.1. ASPECT LITTÉRAIRE

« Je jure par Apollon médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin, de remplir, selon ma capacité et mon jugement, ce serment et ce contrat; de considérer d'abord mon maître en cet art à l'égal de mes propres parents; de mettre à sa disposition des subsides et, s'il est dans le besoin, de lui transmettre une part de mes biens; de considérer sa descendance à l'égal de mes frères, et de leur enseigner cet art, s'ils désirent l'apprendre, sans salaire ni contrat; de transmettre, les préceptes, des leçons orales et le reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître, et aux disciples liés par un contrat et un serment, suivant la loi médicale, mais à nul autre.

J'utiliserais le régime pour l'utilité des malades, suivant mon pouvoir et mon jugement ; mais si c'est pour leur perte ou pour une injustice à leur égard, je jure d'y faire obstacle. Je ne remettrai à personne une drogue mortelle si on me la demande ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion. De même, je ne remettrai pas non plus à une femme un pessaire abortif. C'est dans la pureté et la piété que je passerai ma vie et exercerai mon art. Je n'inciserai pas non plus les malades atteints de lithiasis, mais je laisserai cela aux hommes spécialistes de cette intervention. Dans toutes les maisons où je dois entrer, je pénétrerai pour l'utilité des malades, me tenant à l'écart de toute injustice volontaire, de tout acte corrupteur en général, et en particulier des relations amoureuses avec les femmes ou les hommes, libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai au cours du traitement, ou même en dehors du traitement, concernant la vie des gens, si cela ne doit jamais être répété au-dehors, je le tairai, considérant que de telles choses sont secrètes.

Eh bien donc, si j'exécute ce serment et ne l'enfreins pas, qu'il me soit donné de jouir de ma vie et de mon art, honoré de tous les hommes pour l'éternité. En revanche, si je le viol et que je me parjure, que ce soit le contraire. »⁹

Voici le fameux serment d'Hippocrate dans sa version originale que chaque médecin devait jurer de prononcer avant tout exercice au sein de la médecine et que l'on retrouve à travers divers bouquins. Il fait l'objet de multiples études et analyse. Selon J.Pierre¹⁰., Hippocrate fut le médecin le plus célèbre de l'époque grecque dans le courant du 5^e siècle AJC. Ce serment était surtout prononcé dans les pays occidentaux.

Brièvement, Hippocrate descend d'une famille aristocratique, ce qui signifie qu'il venait d'une classe sociale privilégiée. Dans leur famille, il prétendait descendre d'un dieu nommé Asclépios qui était réputé pour son savoir médical. Ainsi, le savoir médical dans cette famille se transmettait de père en fils. Grâce à leur classe sociale, ils ont eu la chance de pouvoir bénéficier de l'enseignement à l'école de COS.

⁹Source : ordre des médecins. Serment d'Hippocrate. Retrieved December 2021 from <https://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-belgique/serment-hippocrates>

¹⁰Source : J.Pierre. Le serment d'Hippocrate, quelle époque ? (2001). Récupéré le 15 mars 2022 de https://www.persee.fr/doc/pharm_0035-2349_2001_num_89_332_5301_t1_0562_0000_4

Afin de retracer le serment d'Hippocrate et de comprendre son évolution, retournons à l'époque av. J.-C.. À la base, toute personne suivant l'enseignement hippocratique, devait lire une partie de ce serment uniquement devant les membres extérieurs à leur famille.

La première partie du serment d'Hippocrate fixait les modalités morales et financières auxquelles chaque disciple s'engageait. Ainsi, le rôle principal de cette première partie du serment permettait non seulement de transmettre le savoir aux descendants, mais également de préserver les intérêts et priviléges de cet enseignement.

La seconde partie du serment d'Hippocrate concerne les devoirs du médecin qu'il doit remplir à l'égard du patient. Cependant, nous pouvons retracer ce serment dans l'époque des pythagoriciens (qui détient sa propre doctrine) qui interdisait les interventions chirurgicales. Mais ce type de pratique se faisait couramment par les médecins hippocratiques. Ainsi, nous pouvons déjà constater une opposition.

À l'époque d'Hippocrate, le serment était vu comme un texte culturel et religieux faisait référence à des dieux grecs et à des croyances antiques. D'année en année, le texte a pris une tournure complètement différente¹¹. À l'heure actuelle, il est absolument impensable de l'utiliser comme présenté originellement.

Selon J.Irigoin.¹², le serment d'Hippocrate a déjà connu une modification en 1524. En France, le texte a été également modifié à plusieurs reprises et c'est en 2017 qu'il a été décidé de garder la version de novembre 2021 proposée par l'ordre des médecins en réponse à la déclaration de Genève.¹³

¹¹Source : R.Pougnet., L.Pougnet. À quoi sert le serment d'Hippocrate de nos jours ? (Juin 2008). Récupéré le 15 mars 2022 de <https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2018-5-page-5.htm>

¹²Source : J.Irigoin., La véritable édition princeps du serment d'Hippocrate (2 décembre 1999). Récupéré le 15 mars 2022 de <https://www.jstor.org/stable/44261495>

¹³Source : Ordre des médecins. Serment d'Hippocrate (Novembre 2021). Récupéré le 16 mars 2022 de <https://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-belgique>

« Au moment où je deviens membre de la profession médicale, je prends l'engagement solennel d'œuvrer toujours de mon mieux pour une médecine de qualité, au service des personnes et de la société. Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme la priorité. J'informerai correctement les personnes qui font appel à mes soins. Je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient. Je veillerai au plus grand respect de la vie humaine.

Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou de handicap, des convictions philosophiques, des considérations d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interpose entre mon devoir et mon patient. Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient.

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales. Je témoignerai à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus. J'actualiserai et partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient, ne dépasserai pas les limites de mes compétences et contribuerai autant que possible aux progrès de la médecine. J'utiliserai de manière responsable les moyens que la société met à disposition et j'œuvrerai pour des soins de santé accessibles à tous. Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables.

Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits de la personne et les libertés civiques, même sous la contrainte.

Je fais ces promesses sur mon honneur, librement et solennellement. »¹⁴

Le serment d'Hippocrate n'était rien d'autre qu'un simple contrat médical conclu entre un enseignant et son élève plutôt qu'un serment moral contrairement à ce que stipule le serment dans sa traduction de la version originale traduite par J. Jacques: « ... **par un contrat et un serment, suivant la loi médicale, mais à nul autre** »¹⁵

Selon Richard et Laurence P., le serment d'Hippocrate est considéré plutôt comme un texte déontologique.¹⁶ Pour eux, il s'agit alors d'un contrat entre le médecin et la société en question.

Le serment dispose de différentes règles médicales auxquelles les médecins doivent respecter et s'y référer pour mener à bien les missions en référence à celui-ci. Ainsi, sans l'existence de ce serment, la confiance manquerait au sein des sociétés actuelles et autoriser les médecins à pratiquer des actes.

Un problème que les auteurs soulèvent est l'ancienneté du serment qui vient entraver la modernité médicale du XXIe siècle. En effet, le serment d'Hippocrate est trop ancien pour être aligné à la médecine développée actuelle.

¹⁴Source : Association médicale mondiale. Déclaration de Genève (19 juillet 2021). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-geneve/>

¹⁵Source : P.Charlier. Une autopsie du serment d'Hippocrate : aux origines du secret médical (2016). Récupéré le 18 mars 2022 de <file:///C:/Users/Schamoun/Downloads/1-s2.0-S2352552516301268-main-2.pdf>

¹⁶Source : R Pougnet., L.Pougnet. À quoi sert le serment d'Hippocrate ? (2018). Récupéré le 17 mars 2022 de file:///C:/Users/Schamoun/Downloads/DSSO_055_0005.pdf

En Belgique, le serment d'Hippocrate est prononcé. Cependant, durant la période du Covid19, la cérémonie n'était pas réalisée pour cause de mesures sanitaires. Selon Y. Rebbouh, étudiante en dernière année de médecine à l'ULB informe qu' «*En ayant demandé à 10 personnes diplômées en 2021 en médecine au courant de l'année passée, 100% d'entre eux affirment n'ayant pas prononcé le serment d'Hippocrate* ».

C.Duyver¹⁷, professeur de déontologie à l'UCL affirme qu'au moment de la remise des diplômes, le serment d'Hippocrate est bien prononcé.

En France, les jeunes diplômés en médecine doivent lever la main droite et prêter le serment.¹⁸ Cependant, il n'existe pas de données précises et de données informant le nombre d'étudiants prêtant serment.

Selon le Docteur J.Mejia en Colombie¹⁹, à son époque, le serment était également prononcé. « *Cela fait 18 ans que je suis chirurgien plastique. Je me souviens que certaines personnes prenaient le serment d'Hippocrate. Oui, oui, cela se fait à Medellín.* »

Le paradoxe c'est qu'une personne ne devient pas médecin pour avoir prêté le serment d'Hippocrate et pour l'avoir respecté. Ceci vient bien après. C'est toute la philosophie de J.Austin²⁰ qui explique que l'on devient médecin, car nous avons été approuvés par le jury médical et que le fameux serment est prêté à la suite de l'approbation.

¹⁷Source : Interview téléphonique avec C.Duyver

¹⁸Source : R.Pougnet., L.Pougnet.. À quoi sert le serment d'Hippocrate ? p8 (2018). Récupéré le 17 mars 2022 de file:///C:/Users/Schamoun/Downloads/DSSO_055_0005.pdf

¹⁹Source : interview avec le Docteur Jorge Mejia disponible en annexe 10.2

²⁰R.Pougnet., L.Pougnet. À quoi sert le serment d'Hippocrate ? (2018). Récupéré le 17 mars 2022 de file:///C:/Users/Schamoun/Downloads/DSSO_055_0005.pdf

Tableau 1 : Parallèles entre les conditions appropriées selon Austin et le serment d'Hippocrate.

Parallèles		
	Circonstances appropriées selon John Austin	Déclaration du serment d'Hippocrate à la fin de la soutenance de thèse en médecine
1	« Il doit exister une procédure, reconnue par convention, dotée par convention d'un effet, et comprenant l'énoncé de certains mots par certaines personnes dans certaines circonstances »	La procédure est la soutenance, la délibération du jury, suivis de l'annonce officielle du résultat Certains mots doivent être prononcés, à la fin du processus, par le président du jury, au nom des membres du jury et par délégation du pouvoir du doyen. Le nouveau docteur lit le serment à ce moment là
2	« il faut que, dans certains cas, les personnes et circonstances particulières soient celles qui conviennent pour qu'on puisse invoquer la procédure en question »	Seuls les membres du jury et uniquement à l'issue de la délibération, peuvent accorder le titre de docteur
3	« La procédure doit être exécutée par tous les participants, à la fois correctement et »	L'impétrant doit présenter selon certaines normes (temps, etc.). Les membres du jury doivent poser des questions et faire des commentaires. Le jury doit délibérer et donner son jugement
4	« intégralement »	On ne peut déroger à aucune de ces étapes
5	« lorsque la procédure (...) suppose chez ceux qui recourent à elle certaines pensées (...) lorsqu'elle doit provoquer par la suite certains comportements (...), il faut que la personne qui prend part à la procédure ait en fait ces pensées (...) et que les participants aient l'intention d'adopter le comportement impliqué »	Le nouveau docteur doit avoir l'intention d'être un bon médecin et d'adopter le comportement du bon médecin. Il déclare en avoir l'intention et avoir l'intention d'adopter le comportement du bon médecin, résumé en quelques grandes lignes d'obligations et d'interdictions
6	« ils doivent se comporter ainsi, en fait, par la suite »	Le nouveau médecin en appelle à ses confrères pour répondre de ses actes. C'est l'ensemble de sa carrière qu'il destine à être son le signe de ce type de conduites et de comportements

R.Pougnet., L.Pougnet. À quoi sert le serment d'Hippocrate ? (2018). Récupéré le 17 mars 2022 de file:///C:/Users/Schamoun/Downloads/DSSO_055_0005.pdf

Comme le démontre le tableau ci-dessus, il y a lieu d'écartier les fonctions du serment d'Hippocrate. « *Le fait de dire le serment est un acte performatif qui nécessite l'approbation des pairs formateurs.* »²¹ Ainsi, il y a un changement de statut social de l'étudiant qui devient médecin.

Le serment d'Hippocrate est construit alors sur deux phases : le passé et le présent. Le passé pour dire qu'une personne était et qu'elle peut devenir et le présent pour dire que cette personne est.

Le but de l'axe principal du serment d'Hippocrate est, peu importe son époque (antiquité, moderne) de s'engager envers ses confrères et ainsi de porter les responsabilités envers les patients et envers la société.

Ensuite, un second axe sur lequel il est important de se questionner est l'évolution du médecin dans le temps. En effet, il est impossible de tracer l'évolution d'une personne à travers les années, mais ce qui est clair c'est qu'il est probablement impossible d'être la même personne ayant prêté serment à une époque et puis de continuer sur la même lignée arrivée à une autre époque, 30 ans plus tard par exemple.

²¹Source : R.Pougnet., L.Pougnet. À quoi sert le serment d'Hippocrate ? p10 (2018). Récupéré le 17 mars 2022 de file:///C:/Users/Schamoun/Downloads/DSSO_055_0005.pdf

Un autre axe important qui se relie au premier est de considérer son confrère comme une personne de confiance sur qui il est possible de compter sans pour autant se décharger des responsabilités qui nous incombe en tant que médecins. « *Le fait d'avoir à prononcer le serment à la fin d'un travail d'étude constitue donc la preuve tangible et préalable à tout dialogue confraternel que l'autre face à moi est un alter ego, tant en compétence technique qu'en conscience médicale* »²²

Enfin, un dernier axe important concerne la relation médecin-patient. En effet dans ce cas-ci, il est également très important d'avoir la confiance absolue du patient et de le traiter de manière totalement éthique et avec respect comme le requiert le serment d'Hippocrate. Une éthique parfois remise en cause dans certains pays.

En Colombie, une grande importance est accordée aux principes humanitaires, sociaux et à l'enseignement de la médecine en toute fidélité au serment d'Hippocrate. Une constatation en complète opposition et hypocrisie.²³ En effet, certaines cliniques clandestines existent. Des pratiques complètement démesurées se réalisent sur des patientes qui donnent leur confiance et qui finissent avec des conséquences postopératoires graves.

Ceci est confirmé grâce à une étude réalisée par A.G. Mejia²⁴. Il existe un certain nombre de patientes ayant été admises dans des cliniques clandestines. Il est dénombré au minimum 15 cliniques existantes lors d'une enquête menée par le président régional de Cali en 2005.

À partir de ce moment-là, l'éthique est déjà remise en question, car les praticiens sont parfois dépourvus d'agrégation ou de certificat d'exercice de médecine. Que doit-on penser alors des chirurgiens colombiens exercent de manière illicite qui réalisent alors de la rhinoplastie avec du cartilage de requin ou une liposuccion avec réinjection de graisse de cuisson ?

Le fait de prêter serment est simplement un repère qui permet d'identifier une personne comme un médecin tout au long de sa carrière. Le serment d'Hippocrate prend donc particulièrement une tournure plutôt éthique puisque sans éthique et sans l'existence de ce serment, les patients ne viendraient pas consulter par manque de confiance.

Cependant, de nombreuses questions restent sans réponse, notamment avec l'apparition de nouveaux défis et de nouveaux enjeux qui viennent parfois flouter la compréhension et l'analyse du serment d'Hippocrate.

²²Source : R.Pougnet., L.Pougnet À quoi sert le serment d'Hippocrate ? p13 (2018). Récupéré le 17 mars 2022 de file:///C:/Users/Schamoun/Downloads/DSSO_055_0005.pdf

²³Source : J.F.Patino. El juramento hipocrático (2005). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/1275/944>

²⁴Source : A.G. Mejia., et A.Smida. Chapitre 12 : Gestion des risques pour la santé : le cas des programmes sociaux de chirurgie esthétique en Colombie (2012). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=YKcbaYK8VM4C&oi=fnd&pg=PA209&dq=clinique+clandestine+colombie&ots=NLWmGjZuB8&sig=agSp8Q2BJOF-m2VHkjNhaD6DsSU#v=onepage&q&f=false>

Amérique latine :

C'est à partir de 1995 que J.Rotblat,²⁵ gagnant du prix Nobel de la paix, a mis en avant la nécessité d'instaurer un code d'éthique. Rappelons tout de même que le serment d'Hippocrate est universel, mais plutôt utilisé en Occident.

Ensuite, le même physicien en 1984 en étroite collaboration avec le mouvement Pugwash a élaboré une proposition de code d'éthique. Deux ans plus tard, lors d'une réunion organisée par l'UNESCO, la recommandation suivante a été mise sur la table « *établir dans les universités et les établissements d'enseignement supérieur un serment pour les jeunes scientifiques diplômés et d'ingénieurs, en leur rappelant l'importance de l'éthique et de l'humain et les conséquences humaines de la recherche scientifique et des réalisations technologiques* »²⁶

C'est en 1988, à l'initiative d'un groupe d'étudiants d'une université de sciences de Buenos Aires, capital d'Argentine qu'un serment volontaire a été mis en place notamment grâce au soutien de l'UNESCO pour les jeunes diplômés et les docteurs de plus de deux décennies. Ce serment se nomme « le serment de Buenos Aires ». Ce serment n'est donc pas d'un caractère obligatoire.

En 2006, l'UNESCO a décidé d'organiser différentes réunions afin de mettre en place un code d'éthique. L'une de ces réunions a eu lieu au Brésil en la présence de différents acteurs : philosophes, responsables politiques, scientifiques, etc.

L'importance d'introduire un code d'éthique est dans un premier temps un intérêt de l'UNESCO dans le but de souligner la science responsable et ainsi améliorer la vie humaine tout en sensibilisant toutes personnes confondues à se rendre compte de l'importance de la science.²⁷

Il en ressort donc qu'en Amérique Latine et dans les Caraïbes, Le Serment d'Hippocrate est connu, mais nullement obligatoire.

Par contre, il y a une grande volonté d'instaurer un code d'éthique. C'est par exemple le cas de 150 étudiants scientifiques qui appuient fortement la cause.

²⁵Source : G.Lemarchand. Ciencia para la paz y el desarrollo: el caso del Juramento Hipocrático para científicos : estudios y documentos de alc. (Juin 2010). Récupéré le 19 mars 2022 de <http://www.centropaz.com.ar/publicaciones/paz/paz35.pdf>

²⁶Version original en Espagnol, traduit en Français sur [ww.deeple.com](http://www.deeple.com)

²⁷Source : G.Lemarchand Ciencia para la paz y el desarrollo: el caso del Juramento Hipocrático para científicos : estudios y documentos de alc. p16 (Juin 2010). Récupéré le 19 mars 2022 de <http://www.centropaz.com.ar/publicaciones/paz/paz35.pdf>

De plus, le serment d'Hippocrate faisant partie de la déclaration de Genève, les pays signataires sont 12 États européens qui n'englobent pas l'Amérique du Sud et les Caraïbes.²⁸ Ceci dit, il n'est nullement interdit de s'y tenir ou de le suivre.

²⁸Source : Conseil National de l'ordre des médecins. Le serment d'Hippocrate (22 mars 2019). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate#sommaire-id-1>

1.2. ASPECT ÉTHIQUE ET VALEURS

Selon P.Lamarque²⁹, l'éthique représente « *l'art de diriger la conduite et les mœurs* ».

Le serment hippocratique repose sur quatre grandes valeurs.³⁰

Valeur 1 :

La première concerne le respect du patient et de ses attentes. En effet, le but est de ne pas nuire à sa santé.

Valeur 2 :

La deuxième concerne l'apport d'un bénéfice au patient.

Valeur 3 et 4 :

Enfin, les dernières valeurs concernent la délivrance de soins « *juste et appropriées*. »

Selon J.Béranger³¹, la question qui se pose est de savoir si le serment possède toujours les mêmes valeurs éthiques et antiques à l'heure actuelle ou cela ne reste plus qu'un simple rituel pour les futurs médecins ?

Le serment est à la base un texte philosophique et éthique. Ainsi, le serment définit non pas la médecine en elle-même, mais plutôt les valeurs éthiques étant donné qu'à l'origine, le serment provient du pythagorisme. À l'heure actuelle, il s'agit d'un principe universel sans aucune valeur juridique.

²⁹Source : P.Lamarque. Quel rôle pour l'éthique ? (1996). Récupéré le 25 mars 2022 de <https://www.cairn.info/revue-legicom-1996-1-page-1.htm>

³⁰Source : P.Batifoulier, F.Bessis et O.Biencoirt. La déontologie médicale face aux impératifs de marché (2011). Récupéré le 12 mars 2022 de <https://journals.openedition.org/pmp/4139>

³¹Source : J.Béranger. L'éthique d'Hippocrate au chevet de la médecine contemporaine (Janvier 2014). Récupéré le 21 mars 2022 de

https://www.researchgate.net/profile/J-Beranger/publication/281862324_L%27ethique_d%27Hippocrate_au_chevet_de_la_m%C3%A9decine_contemporaine/links/55fc17a408aec948c4b09b33/Lethique-dHippocrate-au-chevet-de-la-m%C3%A9decine-contemporaine.pdf

Il expose quatre grands principes relatifs au serment d'Hippocrate :

Principe 1 :

Le premier principe se réfère à agir uniquement dans le cadre de ses connaissances et de ses capacités. Ainsi, les risques, désavantages et conséquences graves ne peuvent être acceptés. Le médecin doit être très prudent. Or, il existe un sérieux problème du respect de cette valeur.

En effet, comment peut-on instaurer une valeur de la sorte si une opération chirurgicale par exemple de type liposuccion (F.Benhamou), ou mammoplastie (D.Picovski) présente des risques ?

Principe 2 :

Le second principe se réfère à l'autonomie. Il s'agit du respect du secret médical prévu à l'article 10 de la loi du 22 août 2022. Le médecin doit tenir toutes ces informations sur la santé strictement confidentielles.

Principe 3 :

Le troisième principe se réfère à ne jamais nuire au patient. Ainsi, il s'agit du vecteur principal entre la relation médecin et patient. Celui-ci devra être bienveillant et assurer son intervention comme utile pour le patient.

Principe 4 :

Le dernier principe d'être juste. Son but unique est de soigner les malades et donc de ne pas rentrer dans une forme de marché médical. Principe également remis fortement en cause à l'heure actuelle.

À ces deux principes s'ajoute d'éviter la corruption et l'abus qui pourrait mettre en péril son statut social.

La même question se pose selon Maurice A. Sosso et Fred Eboko.³² Ces deux auteurs soulèvent la question suivante : «*Le problème est de savoir si l'universalité de la formulation de ce serment se retrouve également dans son esprit, au point de rendre possible la conception d'une éthique médicale universelle, applicable par tous ?* »

Il existe également une remise en cause des valeurs éthiques du serment d'Hippocrate notamment à cause de la technologie. En effet, les années évoluent et la technologie aussi.

³²Source : Maurice A.Sosso et F.Eboko. L'éthique médicale comparée. Universalité et africanité. (2002). Récupéré le 29 mars 2022 de <https://journals.openedition.org/faceaface/496>

R.Brauman³³estime que « *le serment d'Hippocrate représente une nostalgie d'un humanisme que la médecine technique aurait perdu avec un médecin devenu un ingénieur du corps* ».

D'après A.Lienhart³⁴, le serment d'Hippocrate n'a plus aucune valeur juridique contrairement au code de déontologie médicale. Il précise que « *quelle que soit la version originelle envisagée, il apparaît que le texte hippocratique ne définit pas autrement que par une tautologie ce qui ne doit pas être révélé, mais demeure un des piliers de la déontologie médicale.* »

³³Source : J.-M.Mouille, C.Lefèvre, L.Visier (2007). Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales. Récupéré le 29 mars 2022 de <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02648987/>

³⁴Source : A.Lienhart. Le secret médical : d'Hippocrate au Conseil d'État (2010). Récupéré le 29 mars 2022 de https://www.char-fr.net/IMG/pdf/Secret_medical_2 _2.pdf

1.3. ASPECT DÉONTOLOGIQUE

« *La déontologie serait un effort d'expliciter les implicites moraux d'une société quand bien même cet effort coïnciderait avec les intérêts d'une profession.* »³⁵

En d'autres termes, il s'agit du respect des règles et devoirs qu'une personne est tenue de respecter dans le cadre professionnel.

Le problème qui se pose concernant cette déontologie médicale est son respect. En effet, la question qui se pose actuellement est de savoir s'il existe réellement une déontologie médicale de nos jours?

Selon le code de déontologie médicale³⁶, « *la déontologie médicale recouvre les principes et les règles de comportement que tout médecin observe dans l'intérêt de l'individu et de la collectivité et dont il s'inspire dans l'exercice de sa profession.* »

Selon l'article 2 du code de déontologie médical, il s'applique à toute personne porteuse d'un diplôme européen ou d'un diplôme non-européen, mais ayant été déclaré équivalent.

« *Toute personne souhaitant exercer légalement l'art médical doit être porteuse d'un diplôme européen de docteur en médecine, chirurgie et accouchement (art. 3, § 1er, al. 1er, et art. 104 à 117, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé), à moins qu'elle soit légalement exemptée de cette obligation (art. 3, § 1er, al. 1er, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé) ou qu'elle soit en possession d'un diplôme non-européen ayant été déclaré équivalent.* »

Selon L.Collet³⁷, le code de déontologie a connu une modification le 22 décembre 2020. La modification se portait sur les publicités autour de la médecine.

Le 4 mai 2017, la CJU (Cour de Justice de l'UE) considère que la directive numéro 2000/31CE s'oppose à la législation nationale en vigueur à ce moment qui concerne : « *l'interdiction de manière générale et absolue toute publicité relative à des prestations de soins buccaux et dentaires, en tant que celle-ci interdit toute forme de communication commerciale par voie électronique y compris au moyen d'un site internet...* »

La CJU (Cour de Justice de l'UE) a été saisie d'une question préjudicielle relative à des panneaux publicitaires présents à l'entrée du cabinet d'un dentiste belge.

³⁵Source: S.Boarini. Qu'appelle-t-on « déontologie » ? (décembre 2012). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S176546291200027X>

³⁶Source: Ordre des Médecins CN. Code de déontologie médicale. (5 juillet 2019) Récupéré le 20 mars 2022 de <https://gcm.rmnet.be/clients/rmnet/content/medias/codecom-20190808.pdf>

³⁷Source: L.Collet. Publicité des médecins et code de déontologie : évolution juridique

Selon le CE (Conseil d'État), un problème juridique qui se pose est que l'interdiction générale et absolue de toute publicité est complètement contraire aux droits de l'Union. Ainsi, la CJUE maintient l'arrêt qui demande explicitement d'encadrer toutes les formes de communications pouvant être utilisé par les dentistes sans interdire entièrement toute forme de publicité.

Avant la mise en place des décrets du 22 décembre 2020, le code de déontologie prévoyait l'interdiction de tout procédé direct ou indirect de publicité excepté celui des pharmaciens. De plus, il est stipulé que leur profession ne peut pas faire usage de commerce.³⁸

Le problème principal qui se posait était la définition même du mot « publicité des professionnelles de santé ».

Selon le code de santé publique : « *Toute forme de communication faite dans le cadre d'une activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale dans le but de promouvoir la fourniture de biens ou de services y compris les biens immeubles, les droits et obligations.* »

Le CE (Conseil d'État) fait une différence entre publicité et information. En effet, « *une publicité est tout procédé par lequel un professionnel de santé assure auprès du public la promotion, à des fins commerciales de son activité.* »

Or, l'information « *désigne des informations que les praticiens sont autorisés à délivrer au public et sont celles qui présentent un caractère objectif ou qui obéit à une finalité scientifique indépendamment de toute promotion personnelle.* »

Cependant, le Conseil National de l'ordre des médecins estime que « *le règlement déontologique en vigueur devra s'adapter aux évolutions des exercices des professionnels et des attentes à la société tout en maintenant strictement interdit des pratiques publicitaires obligatoires* »

15 propositions dont l'une d'entre elles concernait la publicité : « ***Supprimer l'interdiction de la publicité directe ou indirecte dans le code de la santé publique et poser un principe de libre communication des informations par les praticiens au public, sous réserve du respect des règles gouvernant leur exercice professionnel*** »

En date du 6 novembre 2019, le Conseil d'État refuse d'abroger les alinéas suivants de l'article R.4127-19 du code de la santé publique « *sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale* »

³⁸Source: article R.4127-19 du code de la santé publique

Ainsi, relativement au décret du 22 décembre 2021 qui porte sur la modification du CDM , il a été décidé ce qui suit :

Article R. 4127-19 : « La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce ».

Article R. 4127-13 : « *Lorsque le médecin participe à une action d'information du public à caractère éducatif, scientifique ou sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il ne fait état que de données confirmées, fait preuve de prudence et a le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il ne vise pas à tirer profit de son intervention dans le cadre de son activité professionnelle, ni à en faire bénéficier des organismes au sein desquels il exerce ou auxquels il prête son concours, ni à promouvoir une cause qui ne soit pas d'intérêt général.* »

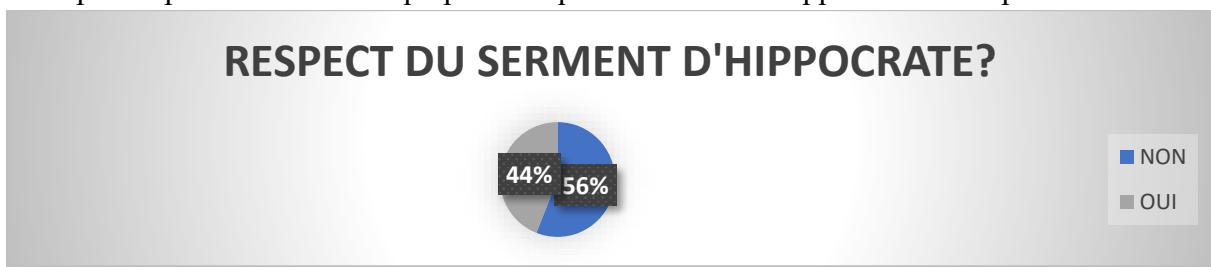
Comme le stipule l'article R. 4127-19 du code de santé publique , la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce et encore selon l'article R. 4127-13, la publicité doit être uniquement à titre informatif. Or, si l'on prend l'exemple du docteur H.Cabral, chirurgien-plasticien en République Dominicaine, celui-ci envoie des flyers³⁹ avec des packs relatifs à la chirurgie qu'il propose.

Il existe clairement d'abord un problème déontologique. En effet, la médecine dans son cas est considérée comme un commerce puisqu'il propose des packagings, des offres promotionnelles sur ses réseaux sociaux.

De plus, il existe clairement un acte publicitaire par le biais de son flyer, ses publications Instagram et ses publications quotidiennes incitant à prendre rendez-vous dans son cabinet.

C'est également le cas d'autres cliniques et chirurgiens. Par exemple, sur Instagram⁴⁰ une publicité de rhinoplastie est affichée avec une remise de 30% pour toute personne se rendant en Turquie.

D'après mon étude qualitative, 56% des participantes estiment que le serment d'Hippocrate n'est pas respecté contre 44% qui pensent que le serment d'Hippocrate est respecté.



Source : étude qualitative réalisée sur un échantillon de 50 personnes disponible en annexe

³⁹Flyer disponible en annexe

⁴⁰Publicité disponible en annexe

Une question a été posée à ces participantes pour savoir la raison qui les pousse à dire que le serment est respecté ou non respecté.

<u>Respect du serment d'Hippocrate</u>	<u>Non-respect du serment d'Hippocrate</u>
Respect des attentes des patientes (10)	Mauvais suivi postopératoire (1)
Si chirurgien certifié (1)	Commerce et publicité (18)
Bon suivi postopératoire (5)	Chirurgies risquées (3)
Bonne réputation (2)	Critiques abondantes (3)
Question de déontologie & éthique (3)	Question de déontologie & éthique (4)

Si l'on traduit ce tableau, cela nous donne ce qui suit :

44% estiment que le serment d'Hippocrate est respecté. 5 raisons principales ont été relevées.

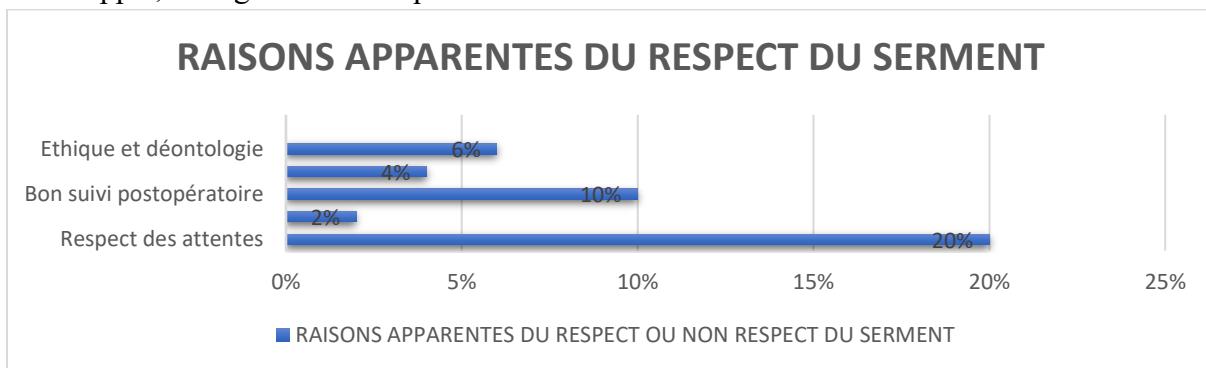
Comme l'indique clairement le graphe ci-dessous, la raison dominante qui représente 20% sur 44% concerne le respect des attentes des patientes. C'est la raison pour laquelle les participantes estiment que le serment d'Hippocrate est respecté.

10% sur 44% estiment que grâce à l'excellent suivi postopératoire reçu, il est impensable de dire que les médecins ne respectent pas le serment d'Hippocrate.

6% estiment qu'il s'agit d'ordre éthique et déontologique.

La bonne réputation et la certification du chirurgien sont deux éléments les moins dominants. Ils représentent respectivement 4% et 2% des raisons pour lesquelles les participantes pensent que le serment d'Hippocrate est respecté.

Pour rappel, il s'agissait d'une question libre.



Source : étude qualitative réalisée sur un échantillon de 50 personnes disponible en annexe

Toujours selon mon étude qualitative, 56% estiment que le serment d'Hippocrate n'est pas respecté. 5 raisons principales ont été relevées.

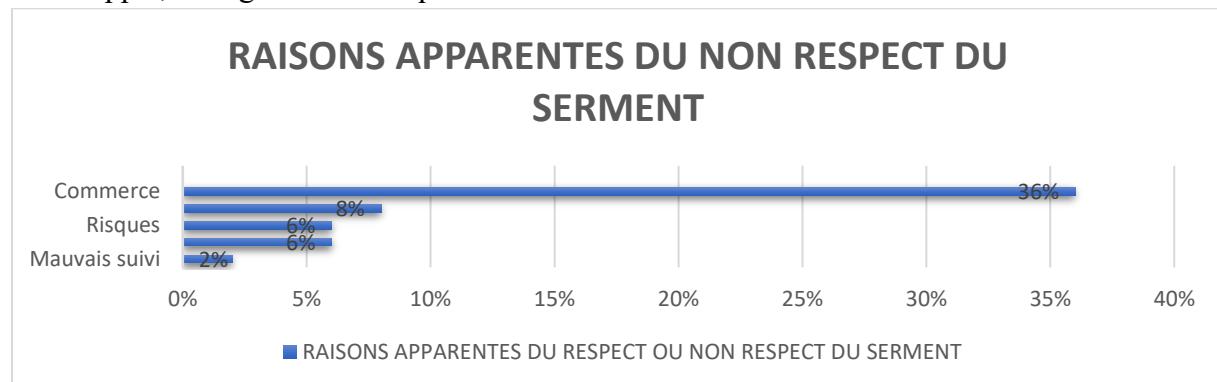
36% sur 56% estiment que le serment n'est pas respecté, car la médecine est utilisée à titre commercial. Or, selon le code déontologique belge et le code de santé publique, c'est interdit.

En Colombie le chirurgien J.Mejia⁴¹ précise que « *dans le cadre du code d'éthique des sociétés en Colombie, il ne semble pas que de voir la publicité comme une conduite contraire à l'éthique. Je ne fais jamais de publicité, mais je pense que c'est un outil valide pour qui veut l'utiliser, mais c'est une décision plutôt personnelle*»

Ensuite, 8% sur 56% estiment qu'il s'agit d'un problème purement éthique et déontologique. 6% estiment qu'il existe trop de critiques à ce sujet pour que le serment puisse être respecté et que les types d'interventions étudiées par ce mémoire sont très risqués.

Seulement 2% sur 56% des participantes remettent en cause le respect du serment pour cause de mauvais suivi postopératoire.

Pour rappel, il s'agissait d'une question libre.



Source : étude réalisée sur un échantillon de 50 personnes disponible en annexe

⁴¹Source : interview avec le docteur J.Mejia disponible en annexe

Il existe un sacré problème de déontologie au niveau du serment d'Hippocrate. En effet, une partie du serment mentionne le secret médical qui est également prévu par l'article 4 du code de déontologie. Selon lui, il dispose d'un double aspect.

D'une part, la discréction des informations relatives aux astuces et techniques médicales. Il s'agit d'un lien qui doit rester dans le corps scolaire entre l'élève et le professeur. Ainsi, ces différentes astuces médicales et informations devaient être transmises de père en fils.

Selon P.Charlier⁴², prêter ce serment par les jeunes diplômés serait complètement hypocrite et contre nature « *malgré les versions itératives mises au point par plusieurs facultés françaises visant à le moderniser* »

Un aspect très important à mentionner est le consentement médical. En effet, l'article 7 du code de déontologie médicale impose le respect de la volonté du patient. Cette règle est prévue également par la loi du 25 juillet 1994.

L'importance que cette règle dispose est reliée surtout à l'information perçue par les patientes en préopératoire et le devoir du chirurgien ou médecin en question d'informer de tous les risques avant une intervention chirurgicale.

Selon mon étude qualitative, 20% sur 44% estiment avoir été relativement informé étant donné qu'elles estiment que le chirurgien a respecté les attentes des patientes.

D'après un arrêt de la Cour de cassation du 25 février 1997, le médecin ou le chirurgien est dans l'obligation de donner l'information nécessaire relative au type d'intervention à la patiente. En cas de préjudice, il incombe au médecin ou chirurgien de démontrer que l'information a été donnée.

La Jurisprudence⁴³ précise que « *l'information doit être intelligible, exhaustive concernant l'énonciation de toutes les complications possibles, même les plus exceptionnelles, et enfin valides, conformément aux données actuelles de la science* »

En effet, il y a une sévérité plus importante par rapport à la chirurgie esthétique.

Cependant, il existe également un sérieux problème déontologique face au développement d'un certain marché médical. Très clairement, marché et déontologie s'opposent.⁴⁴

⁴²Source :P.Charlier. Une autopsie du serment d'Hippocrate : aux origines du secret médical (2016). Récupéré le 18 mars 2022 de <file:///C:/Users/Schamoun/Downloads/1-s2.0-S2352552516301268-main-2.pdf>

⁴³Source : G. Flageul, P.Horay et F.Rouanet . Fiches d'information et consentement éclairé. Proposition de 12 fiches d'informations concernant la chirurgie plastique et esthétique(2003). Récupéré le 20 mars 2022 de <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-bee8bb68-b3ee-32fb-aaf0-c38e500cdc10>

⁴⁴Source : P.Batifoulier, F.Bessis et O.Biencoirt. La déontologie médicale face aux impératifs de marché (2011). Récupéré le 12 mars 2022 de <https://journals.openedition.org/pmp/4139>

Comme le stipule l'article 19 du code de déontologie, la médecine ne peut pas être pratiquée comme un commerce cependant, il existerait un sérieux problème quant à la déontologie même de cette interdiction puisqu'elle laisse sous-entendre de larges possibilités de liberté pour le médecin.

La marchandisation qui touche des secteurs tels que la pharmacie ou les établissements de soins n'ont plus de frontières et le médecin adopte automatiquement une logique identique et converti le secteur en marché médical.

La déontologie n'est qu'une fidélisation entre le patient et le médecin. Le but est de placer le médecin dans un système marchand médical et de le faire entrer dans une certaine concurrence.

La période de récupération dans un pays en présence d'un personnel soignant irréprochable est un facteur mettant les pays et médecins en concurrence.⁴⁵

Il existe également certains problèmes entre la division catégorique des médecins et spécialiste qui vient alimenter la concurrence et le régime marchand.

Une brève étude démontre que sur un panel de 8002 médecins libéraux de 1979 à 2000, des pratiques d'actes médicaux gratuits ont eu lieu. Or, en 1980 un certain décrochage se produit et plusieurs médecins discriminent les patients en adoptant différents prix selon qu'il s'agit d'un proche, d'un confrère, etc. Ceci est absolument contre les principes de la déontologie et contre le fond du serment d'Hippocrate.

C'est la figure d'apparition de « l'homo economicus »⁴⁶ qui a lancé la marchandisation du secteur médical en s'éloignant fortement des valeurs éthiques et se rapprochant des facteurs extrinsèques.

La réputation du médecin monte en flèche, mais aussi les patientes ayant expérimenté positivement une intervention le laisseront savoir par le biais des réseaux sociaux, de photos, de google avis ou encore par le bouche-à-oreille.

C'est le cas de nombreuses influenceuses comme Leana qui se rend souvent chez le Docteur Mamlouk en France et qui indirectement, lui réalise une publicité. Certains patients postent également des vidéos sur les réseaux actuellement réputés « TikTok ».

D'autres témoignent sur des groupes de chirurgie sur Facebook en laissant les coordonnées des médecins ce qui permet d'avoir une influence sur des patientes à la recherche de chirurgiens.

⁴⁵Source : Source : W.Menvielle et L.Menvielle. Le tourisme médical : un secteur stratégique de développement pour les États.(Février 2013). Récupéré le 17 décembre 2021 de <https://www.cairn.info/revue-internationale-et-strategique-2013-2-page-153.html>

⁴⁶Source : A.Lienhart. Le secret médical : d'Hippocrate au Conseil d'État (2010). Récupéré le 29 mars 2022 de https://www.char-fr.net/IMG/pdf/Secret_medical_2_2.pdf

2. APPROCHE THÉORIQUE SUR LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

2.1. DÉFINITIONS GÉNÉRALES ET HISTOIRE

La chirurgie esthétique existait à l'époque de la préhistoire où les hommes néolithiques, grâce à l'analyse de leurs ossements fossiles, avaient déjà réduit des fractures et mis en place des os.⁴⁷

De plus, des analyses réalisées par différents archéologues démontrent que certains corps avaient des lésions cutanées dues à des tatouages réalisés sur une partie de leur corps afin de « l'embellir ». Ainsi les premiers chirurgiens ont été des chirurgiens esthétiques.

Il existait très peu de références pertinentes quant à la chirurgie plastique. La seule référence qui existait était celle de Jean de Meung qui faisait référence à une chirurgie de type dermatologique.

Ce n'est qu'en 1490 que les livres médicaux ont commencé à se diffuser par grands nombres. Plus tard en 1597, apparaît le premier ouvrage sur la reconstruction de la pyramide nasale.

Jusqu'en 1793, il n'y a pas eu d'évolution. Cependant, à cette date apparaît un article qui va donner un élan à la chirurgie plastique.

Après la guerre anglo-française, une seule personne revient avec un nez complètement reconstruit. Une enquête a ainsi été menée à cette période et il a été découvert qu'il s'agit réellement d'une méthode indienne existant déjà depuis longtemps.

À la suite de cette découverte, la pratique a commencé à se réaliser de plus en plus et il a fallu attendre Dieffenbach pour que la chirurgie plastique soit reconnue et codifiée. Il a introduit les règles de bases de cette chirurgie.

En 1929, la greffe cutanée commençait également à être réalisée de plus en plus. À la fin du 19^e siècle, les deux grands chirurgiens les plus connus font apparition et il s'agit de Jacques Joseph et Sir Harold Gillies. C'est alors en 1934 que la chirurgie reconstructive nasale commence à se répandre à Berlin, mais aussi aux États-Unis.

La chirurgie esthétique est apparue dans le courant du 20^e siècle. L'un des premiers chirurgiens à se spécialiser dans la matière fut Miller et a publié de nombreux livres à ce sujet.⁴⁸ Avant le 20^e siècle, la chirurgie esthétique existait et s'est développée après la 1^{re} guerre mondiale.

⁴⁷Source: G.Jost. Histoire de la chirurgie plastique (2003). Récupéré le 12 mars 2022 de <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-de-mediologie-2003-1-page-79.htm>

⁴⁸Source : L. Cherkab, N. Gharib, A. Belmahi . (2010) L'Histoire de la chirurgie esthétique. Récupéré le 19 décembre 2021 de <https://revues.imist.ma/index.php/JMSM/article/view/669/553>

De multiples soldats furent blessés et nécessitaient de soins chirurgicaux . Depuis cette période, de nombreux chirurgiens se sont regroupés et ont décidé de pratiquer la chirurgie plastique. C'est à la suite de ces évènements qu'un centre de chirurgie plastique a ouvert ses portes en France en 1930.

Selon J.Vrebos⁴⁹ , l'année 1931 est la période du développement de la chirurgie plastique.

«*La chirurgie plastique est la spécialité chirurgicale qui s'intéresse à la réparation ou au remodelage d'une partie du corps humain abîmé, à la suite d'un accident, d'une maladie ou à cause d'une malformation congénitale.* »⁵⁰. Celle-ci est considérée comme esthétique.

La chirurgie esthétique est «*la branche de la chirurgie plastique qui vise à améliorer ou à modifier une partie saine visible du corps, mais considérée comme inesthétique.* »⁵¹

Avant de rentrer dans le vif du sujet, définitions ce qu'est une rhinoplastie, une augmentation mammaire et la liposuccion afin que les termes soient clairs tout au long de la lecture du mémoire.

La rhinoplastie est une chirurgie permettant d'améliorer l'apparence du nez.⁵²

P.Nguyen,⁵³ précise qu'il s'agit de la première intervention décrite dans la médecine. À la base, la rhinoplastie se faisait pour reconstruire des nez traumatisés ou amputés par diverses maladies..

Ce n'est qu'au XIXe siècle, que celle-ci prend le nom de rhinoplastie esthétique. Depuis ce moment jusqu'à aujourd'hui, cette intervention se fait notamment avec des techniques toujours de plus en plus raffinées.

La mammoplastie permet de modifier l'apparence de la poitrine soit en augmentant, soit en relevant soit en diminuant la poitrine.

D'après J.Glicenstein,⁵⁴ l'augmentation mammaire est apparue seulement après la 2^e guerre mondiale, car avant cela, les possibilités techniques étaient très limitées.

⁴⁹Source : J.Vrebos. Regards sur la revue de chirurgie plastique (1931-1934). (4 Aout 2007). Récupéré le 14 décembre 2021 de [Regards sur la Revue de Chirurgie Plastique \(1931-34\) et la Revue de Chirurgie Structive \(1935-38\) - ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0294126014001125)

⁵⁰Source :Passeport Santé. Chirurgie esthétique. Retrieved December 2021 from <https://www.passeportsante.net/fr/specialites-medicales/Fiche.aspx?doc=chirurgie-esthetique>

⁵¹Source :Passeport Santé. Chirurgie esthétique. Retrieved December 2021 from <https://www.passeportsante.net/fr/specialites-medicales/Fiche.aspx?doc=chirurgie-esthetique>

⁵²Source:Mep Question rhino. Questions sur la rhinoplastie. Retrieved December 2021 from http://www.braccini.net/document/PDF/questions_rhinoplastie.pdf

⁵³Source : P.Nguyen. Histoire de la rhinoplastie esthétique (décembre 2014). Recupéré le 19 mars 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0294126014001125>

⁵⁴Source : J.Glicenstein. Histoire de l'augmentation mammaire (Octobre 2005). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0294126005000774>

Après 1945, on dénombre deux interventions réalisées de deux manières différentes avec des conséquences catastrophiques. Ce n'est qu'en 1960, grâce à deux chirurgiens, F.Gerow et T.Cronin qui ont mis au pont une prothèse en gel ayant eu un succès foudroyant et ayant ainsi augmenté considérablement les interventions de ce type. L'utilisation de ces prothèses a été travaillée jusqu'en 1980 afin d'avoir un résultat stable et ainsi de limiter les risques postopératoires d'infections par exemple.

Enfin, la liposucción « désigne la technique d'aspiration de graisses cutanées en excès. Elle consiste à enlever les graisses en trop par aspiration au moyen de canules rentrées dans la peau via de petites incisions. Ces canules sont en mousse, perforées à leur extrémité de petits orifices et reliées à un circuit fermé dans lequel est créée une pression négative. »⁵⁵

Il faut savoir que cette graisse peut être réinjectée à certains endroits

En 1893, Neuber réalisait sa première petite liposucción en prélevant une petite quantité de graisse au niveau des bras afin de réinjecter au niveau du visage.

Une superbe révélation de la liposucción date de 1974 et a été découverte par Fisher⁵⁶. En effet, il a mis au point une technique permettant de retirer une quantité plus grande de graisse qu'à l'époque.

En 1980, des articles en quantités furent publiés et présentant différentes techniques et avec des avis très controversés.

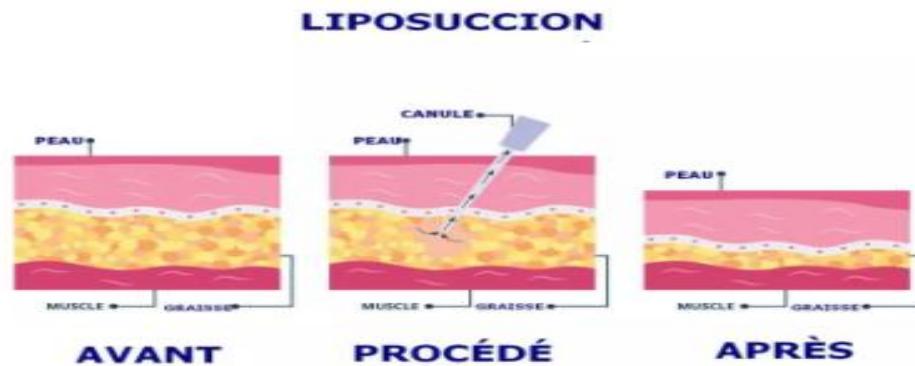
Les médecins français ont été les premiers à s'être intéressé à cette technique, mais malheureusement, elle n'a pas reçu l'accueil qu'elle attendait en France et cette technique s'est ainsi développée dans d'autres pays notamment d'abord en Amérique du Nord.

À l'heure d'aujourd'hui, cette technique se fait non seulement en Amérique du Nord, mais également en Amérique du Sud et dans bien d'autres pays qui ne font pas partie du terrain d'étude de ce mémoire.

⁵⁵Source :Passeport Santé. Chirurgie esthétique. Retrieved December 2021 from <https://www.passeportsante.net/fr/specialites-medicales/Fiche.aspx?doc=chirurgie-esthetique>

⁵⁶Source : P.André. Greffe de tissu adipeux. Lipo-filling. (2000). Récupéré le 19 mars 2022 de https://www.docteur-benhamou.com/Content/pdf/encyclopedie_medico_chirurgicale_hipofilling.pdf

La lipoaspiration se fait avec une aiguille ou une canule vraiment très fine qui normalement ne provoque aucun risque. Ceci dit, divers problèmes peuvent être soulevés : le tissu pouvant être fragilisé, la technique à adopter, la quantité à réinjecter, etc.



Source : Docteur Frank Benhamou. Les aléas liés à la liposuccion. Récupéré le 10 décembre 2021 de [Les risques liés à la liposuccion \(docteur-benhamou.com\)](https://www.docteur-benhamou.com/les-al%C3%A9as-li%C3%A9s-%C3%A0-la-liposuccion/)

Fournier insistait sur « *l'importance du prélèvement qui conditionne la prise partielle de la greffe de tissu adipeux* »⁵⁷ et il est important de réaliser des aspirations à basse pression.

Il est important de noter que selon P.André, réinjecter une quantité de graisse comporte « *un risque de traumatisme et d'altérations adipocytaires beaucoup plus grand.* »

Il s'en est suivi de la 2e guerre mondiale qui a également donné un élan au développement de la chirurgie esthétique⁵⁸. En effet, les entreprises au national et internationale de chirurgies plastiques se sont multipliées. Grâce aux médias, aux publicités, à l'augmentation des classes moyennes, la chirurgie esthétique dans de nombreux pays est devenue un véritable phénomène social.

C'est à partir de 1960 que les chirurgiens s'améliorent au niveau des techniques. C'est à compter à partir des années 1960 qu'il y a eu une flambée d'interventions en matière de chirurgie plastique. Les chirurgiens de plus en plus nombreux ont reçu des formations en la matière et se perfectionnent et s'affinent d'année en année.

Certains exercent de manière abondante la chirurgie esthétique tandis que d'autres exercent de manière exclusive. Au fur et à mesure des années, les demandes de patientes augmentent et deviennent de plus en plus précises.

⁵⁷Source : P.André. Greffe de tissu adipeux. Lipo-filling. (2000). Récupéré le 19 mars 2022 de https://www.docteur-benhamou.com/Content/pdf/encyclopedie_medico_chirurgicale_hipofilling.pdf

⁵⁸Source : G.Jost., Histoire de la chirurgie plastique (2003) Récupéré le 19 mars 2022 de file:///C:/Users/Schamoun/Downloads/CDM_015_0079.pdf

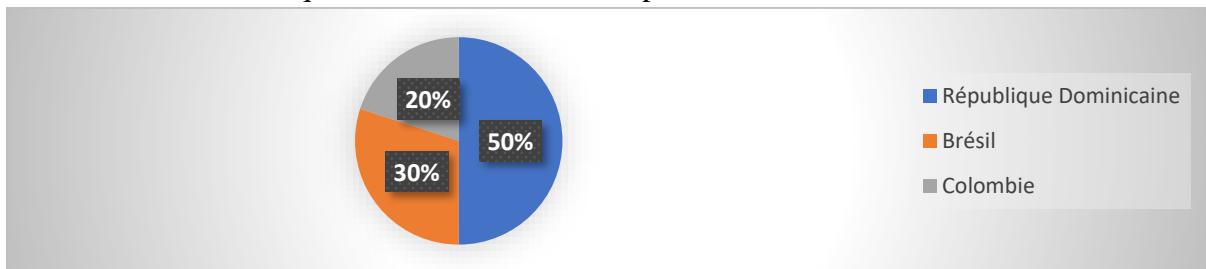
Par exemple, la réalisation d'une liposculpture qui auparavant n'était presque pas pratiquée par manque de formation et de matériel adéquat. À l'heure actuelle, quasiment plus rien n'est un obstacle à cette demande. Le chirurgien à le choix de réaliser l'intervention ou de la refuser.

Un problème qui se pose concernant la chirurgie esthétique depuis le 20^e siècle jusqu'à l'heure d'aujourd'hui, c'est qu'il existe clairement une influence des médias, des réseaux sociaux et autres qui faussent énormément d'informations relatives aux pratiques.⁵⁹

Il existe également une certaine concurrence dans le milieu médical. Certains chirurgiens acceptent de réaliser des interventions comme la liposuction tandis que d'autres refusent catégoriquement.⁶⁰

Pour la réalisation de mon mémoire, j'ai récolté 10 témoignages relatifs à des patientes Belges⁶¹, 50% d'entre elles se sont rendu en République Dominicaine dans le but de réaliser une chirurgie esthétique.

Ces témoignages concernent des patientes âgées entre 20-60 ans habitant en Belgique et qui se sont rendues en Amérique latine afin de se faire opérer.



Source : témoignages réalisés sur 10 patientes Belges disponibles en annexe.

L'une d'entre elles a déclaré s'être fait opérer chez le Docteur Cabral et a affirmé « *qu'en Belgique ou dans tout autre pays, on peut enlever qu'une certaine quantité de graisse. En République Dominicaine ce n'est pas une norme qu'ils respectent forcément et ils se focalisent sur les résultats que l'on souhaite. Je l'ai vu sur certaines patientes que certains résultats étaient tout de même disproportionnés.* »

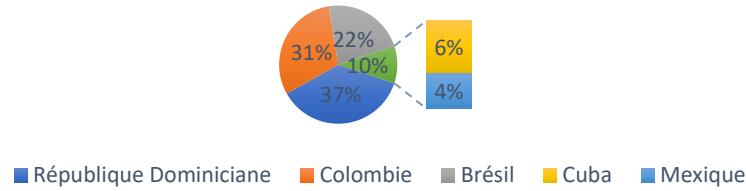
Selon mon étude qualitative, il en ressort que la République dominicaine (37%) est la destination la plus populaire.

⁵⁹Source : W.Ben Jemia, et A.Frikha. Quand les chirurgiens esthétiques s'emparent des réseaux sociaux.(Mars 2021). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2021-3-page-85.htm>

⁶⁰Source : B.Péquignot. De la concurrence en milieu médical. (1984). Récupéré le 19 mars 2022 de https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1984_num_2_1_960

⁶¹Source : Témoignages disponibles en annexe.

PAYS LES PLUS POPULAIRE POUR LA CHIRURGIE ESTHETIQUE



Source : étude réalisée sur un échantillon de 50 personnes disponible en annexe

2.2. LES RISQUES DE LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Les risques chirurgicaux préopératoires et postopératoires existent.⁶² En effet, selon une étude réalisée en 2006 auprès de 100 chirurgiens plasticiens belges inscrits auprès de l'ordre des médecins, une estimation des risques sur l'abdominoplastie et la mammoplastie a été réalisée. Uniquement 50% des 100 chirurgiens plasticiens ont participé à cette étude. Deux questionnaires ont été envoyés. Uniquement la mammoplastie sera analysée.

L'un comportait les données générales : les années d'expérience ainsi que les méthodes de formation. Ce sont les deux informations que nous allons retenir et qui nous intéressent dans notre analyse.

L'autre comportait des questions sur les complications les plus redoutées lors d'une abdominoplastie et d'une mammoplastie dont la principale question était « « *Est-ce que vous estimatez que vos patients sont suffisamment informés en préopératoire ?* » »

Dans 90% des cas, les chirurgiens plasticiens informent les patientes de manière suffisante lors d'une consultation préopératoire contre 10% des chirurgiens plasticiens qui n'informaient pas suffisamment. Cependant, sur les 90% qui affirment donner des informations nécessaires, 26% d'entre eux estiment ne pas voir la réelle nécessité de donner des informations préopératoires.

De plus, selon M.Mouaffaka « *quatre chirurgiens sur cinq estiment qu'une bonne information peut dissuader les patientes pour l'intervention.* »

Risques liposuccion :

Selon le Chirurgien F.Benhamou, les risques présents après une liposuccion sont les suivants : « *Infections; saignements et hématomes; phlébites ou embolie pulmonaire; nécrose des tissus; manque de fer; risques liés à l'anesthésie générale* »⁶³.

Il précise également que chaque praticien doit avertir les patients de tout risque potentiel avant la réalisation d'une intervention.

Il n'existe pas uniquement de risques liés aux interventions postopératoires. Des risques peuvent survenir même durant l'opération.

⁶²Source : M.Mouaffaka., M.DaninoA., Elkhatiba G.Moutelb C.,Hervéb G.Malkaa. Étude de l'estimation du risque en chirurgie esthétique : enquête nationale auprès des chirurgiens (Avril 2006). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0294126005000464>

⁶³Source :Docteur F. Benhamou. Les aléas liés à la liposuccion. Récupéré le 10 December 2021 de [Les risques liés à la liposuccion \(docteur-benhamou.com\)](https://docteur-benhamou.com/)

T. Fourez, chirurgien esthétique à l'hôpital du Chirec situé en Belgique précise qu' «en ce qui concerne mes pratiques, il est possible d'enlever de la graisse à différents endroits et de l'injecter ailleurs, mais pas au niveau des fesses, du moins pas sans risque d'embolie graisseuse potentiellement mortelle. Pour ma part, je place des implants fessiers qui sont beaucoup plus fiables. »⁶⁴

Prenons encore l'avis du chirurgien G.Mathieu, également médecin au Chirec : « Je vous préviens cependant que l'injection de graisse dans les fesses est une intervention risquée d'un point de vue risque embolique »⁶⁵

Dans ce cas-ci nous voyons également que les chirurgiens exposent immédiatement et explicitement les risques importants pour un patient effectuant une chirurgie esthétique de type liposuccion avec réinjection. C'est aussi un devoir du médecin de prévenir le patient des risques existants.

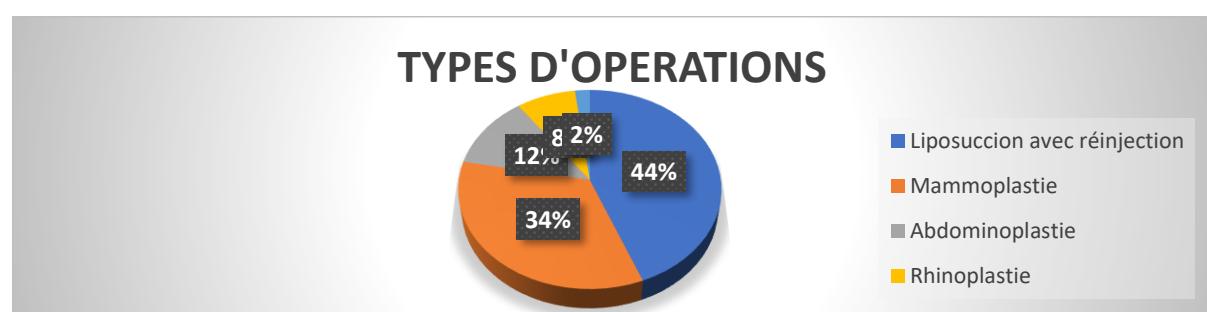
Amérique latine :

En République Dominicaine, au sein du cabinet du fameux chirurgien H.Cabral, une patiente a perdu la vie en pleine intervention⁶⁶.

La patiente était la maman d'une youtubuse connue sur les réseaux sociaux et est décédée d'une embolie pulmonaire durant l'intervention pendant que le docteur lui réalisait une liposuccion et une réduction mammaire.

Un procès a été lancé à son insu pour avoir donné la mort à une de ses patientes. Ce cas-ci est un cas parmi tant d'autres, mais peu de données fiables existent spécifiquement par l'instauration du secret médical depuis le serment d'Hippocrate à ce jour qui apparaît également dans le code de déontologie des médecins.

Cependant, selon mon étude qualitative, 44% d'entre elles ont tout de même réalisé une liposuccion avec réinjection.



⁶⁴Source : Courriel échangé avec le Docteur Thierry Fourez disponible en annexe.

⁶⁵Source : Courriel échangé avec le Docteur Guy Mathieu disponible en annexe.

⁶⁶Source : Univision Nueva York(19 mai 2019). Autopsia de Altagracia Diaz. Récupéré le 10 December 2021 de <https://www.univision.com/local/nueva-york-wxtv/>

Source : étude réalisée sur un échantillon de 50 personnes disponible en annexe

Il existe également des risques suite à une rhinoplastie et suite à une augmentation mammaire.

Risques rhinoplastie :

Les risques suite à une opération du nez sont les suivantes : « *Les risques de l'anesthésie, hématomes, infections du site opératoire très rares au niveau du nez.* »⁶⁷ .

Toujours selon mon étude qualitative, 8% d'entre elles ont réalisé une rhinoplastie en Amérique latine.

Risques mammoplastie :

Enfin, analysons à présent les risques d'une mammoplastie. Selon le Docteur D.Picovski⁶⁸, les risques liés à une augmentation mammaire ou d'une pose d'implant à des fins d'augmentation sont : « *Accidents thrombo-emboliques*⁶⁹, *hématome, sérome*⁷⁰, *kyste, pneumothorax, trouble de cicatrisation, imperfections, infections, coque fibreuse*⁷¹, *plis, vergeture et sensibilité du mamelon.* »

D'après mon étude qualitative, 34% d'entre elles ont réalisé une mammoplastie en Amérique latine.

Selon une étude réalisée auprès de 50 chirurgiens plasticiens belges en 2006⁷², les informations préopératoires données aux patientes sur les risques de la mammoplastie sont les cicatrices avec un pourcentage de 57%.

⁶⁷Source : Docteur Yohann Derhy. Risques de la rhinoplastie. Récupéré le 12 décembre 2021 de <https://drderhy.com/traitements/visage-cou/esthetique-nez/rhinoplastie/risques-de-la-rhinoplastie>

⁶⁸Source : Docteur David Picovski. Risques et complications d'une augmentation mammaire (6 novembre 2020). Récupéré le 14 décembre 2021 de <https://docteur-picovski.com/intervention/risques-et-complications-augmentation-mammaire/>

⁶⁹Thrombose veineuse pouvant conduire à une embolie pulmonaire

⁷⁰Epanchement lymphatique

⁷¹Rejet de l'implant

⁷²Source : M.Mouaffaka., M.DaninoA., Elkhataba G.Moutelb C., Hervéb G.Malkaa. Étude de l'estimation du risque en chirurgie esthétique : enquête nationale auprès des chirurgiens (Avril 2006). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0294126005000464>

Tableau 1 Information préopératoire vs estimation du risque en chirurgie de réduction mammaire

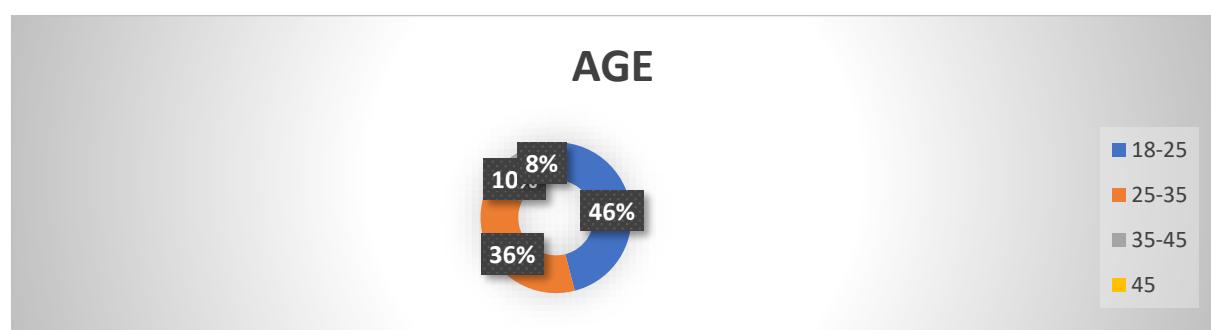
	Information préopératoire en chirurgie de réduction mammaire (%)		Estimation du risque en chirurgie de réduction mammaire (%)	
	1 ^{er} item	2 ^e item	1 ^{er} item	2 ^e item
Cicatrices	57	20	18	32
Nécrose PAM	22	12	46	18
Hématome	6	10	16	6
Phlébite et EP	6	12	14	8
Infection	4	2	4	10
Asymétrie	4	10	-	-
Sensibilité	4	12	-	-
Prix	2	-	-	-
Allaitement	-	12	-	-
Retouche	-	4	-	-
Tabac	-	4	-	-
Stéatonécrose	-	-	-	24
Invagination PAM	-	-	-	2

Source : M.Mouaffaka., M.DaninoaK., Elkhatiba G.Moutelb C.,Hervéb G.Malkaa. Étude de l'estimation du risque en chirurgie esthétique : enquête nationale auprès des chirurgiens (Avril 2006). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0294126005000464>

Ainsi, comme on peut le constater, chaque intervention esthétique présente des risques.

Selon mon étude qualitative, nous allons analyser la tranche d'âge et le pays correspondant à l'intervention en question.

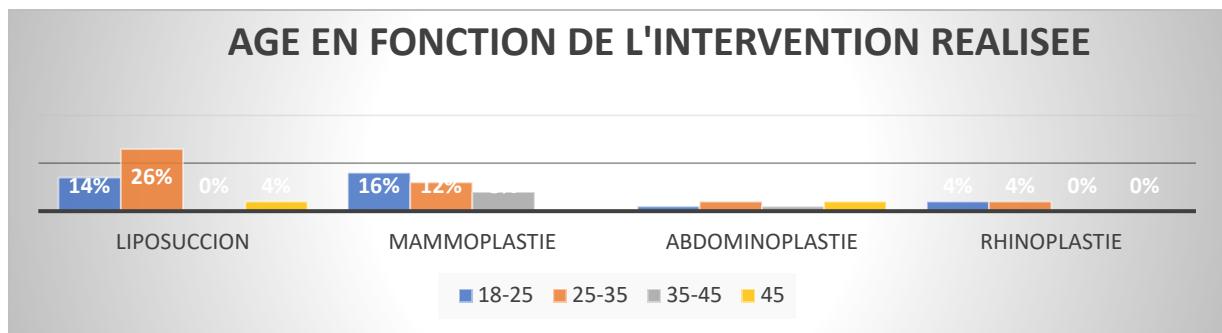
Comme le démontre le graphe ci-dessous, la tranche d'âge dominante des participantes est de 25-35 ans avec 46% des participantes.



Source : étude réalisée sur un échantillon de 50 personnes disponible en annexe

La tranche d'âge qui se situe en seconde position concerne les participantes âgées entre 18-25 ans avec un pourcentage de 36%. Les participantes de 35-45 ans et de plus de 45 ans se retrouvent en minorité avec 10% de participation et 8%.

Toujours selon mon étude qualitative, analysons à présent la tranche d'âge correspondante aux interventions réalisées.



Source : étude réalisée sur un échantillon de 50 personnes disponible en annexe

Comme nous démontre le graphique ci-dessus, on voit une dominance de la liposuccion pour la tranche d'âge de 25-35 ans qui représente 26%.

La tranche de 18-25 ans ne représente qu'un pourcentage de 14% contre aucune intervention réalisée pour les participantes âgées entre 35-45 ans. Il existe tout de même 4% de participantes ayant réalisé une liposuccion et étant âgées de plus de 45 ans.

Ensuite, la mammoplastie prend la seconde position par rapport aux données de la liposuccion. Un pourcentage de 16% concerne les participantes âgées entre 18-25 ans, 12% concernent les participantes âgées de 25-35 ans et 8% concernent les participantes âgées de 35-45 ans. Il n'existe aucune intervention relative à la mammoplastie pour les participantes âgées de +45 ans.

L'abdominoplastie et la rhinoplastie restent les interventions les moins dominantes. En effet, pour la tranche d'âge de 18-25 ans, 2% seulement ont réalisé une abdominoplastie et 4% ont réalisé une rhinoplastie.

Concernant la tranche d'âge de 25-35 ans, 4% ont réalisé soit une abdominoplastie soit une rhinoplastie. 2% seulement ont réalisé une abdominoplastie pour la tranche d'âge correspondant à 35-45 ans contre 4% pour la tranche d'âge correspondant à +45 ans.

Enfin, il n'existe aucune intervention réalisée (0%) pour la tranche d'âge 35-45 et +45 pour la rhinoplastie.

3. LE TOURISME MÉDICAL ESTHÉTIQUE

Le tourisme esthétique est une grande partie du tourisme médical. Cependant, il n'est pas évident d'avoir accès à ces données, car celles relatives au tourisme esthétique sont directement enregistrées dans le tourisme médical général. Dès lors, c'est grâce à des études qualitatives et quantitatives qu'il est possible d'avoir des informations à ce sujet.

Dans ce chapitre, il sera donc majoritairement question de tourisme médical et seulement de temps à autre le tourisme esthétique sera mentionné.

La première partie de ce chapitre sera l'introduction et les définitions générales, l'histoire et l'évolution de la chirurgie esthétique ainsi que les motivations du tourisme esthétique et d'acteurs et défis qu'il peut englober.

Ensuite, la deuxième partie sera relative à la mondialisation des soins de santé englobant les facteurs incitants le tourisme esthétique, une analyse du modèle de Porter et du modèle Swot et cette partie finira par une brève conclusion de ce qui aura été vu.

Enfin, la dernière partie se concentrera sur les stratégies des gouvernements mise en place afin de favoriser le tourisme esthétique et les solutions existantes.

3.1. INTRODUCTION ET DÉFINITIONS GÉNÉRALES

La définition du tourisme médical n'est pas universelle et c'est ce qui complique la récolte de données sur le tourisme esthétique puisque chaque auteur la définit différemment. Le tourisme esthétique désigne le fait de se déplacer à l'étranger là où les coûts seront moins élevés dans le but de se réaliser une chirurgie de confort.

Si l'on reprend par exemple la définition de M.Tremblay⁷³ « *Le tourisme médical désigne, de manière générale, le fait de voyager outre-frontière afin d'obtenir des soins de santé, qui peuvent, ou pas, être offerts dans le pays de résidence et dont les couts sont assumés par le patient* ».

En comparaison avec la définition de P.Bovier⁷⁴, le tourisme médical est « *une offre de soins hautement spécialisés à des couts réduits pour des patients qui ne peuvent pas obtenir ces soins dans leur pays de résidence* »

On peut alors constater que les définitions se ressemblent.

Par contre, si l'on compare les définitions ci-dessous on remarque clairement que le tourisme médical prend une autre tournure.

En effet, d'après une étude du Parlement européen en 2012 sur le tourisme médical⁷⁵, la définition comprend : « *le tourisme médical (se déplacer dans le but d'obtenir un traitement médical), le tourisme de bien-être (se déplacer en vue d'améliorer sa «santé») et le tourisme thermal (se rendre dans une station thermale pour associer l'aspect médical et l'aspect santé)* »

Enfin, si l'on prend le point de vue de W.Menvielle et L.Menvielle⁷⁶, d'autres noms sont donnés au tourisme médical: « *voyage médical, voyage de santé, tourisme de santé, tourisme de soins de santé, marché de soins hors pays, etc* »

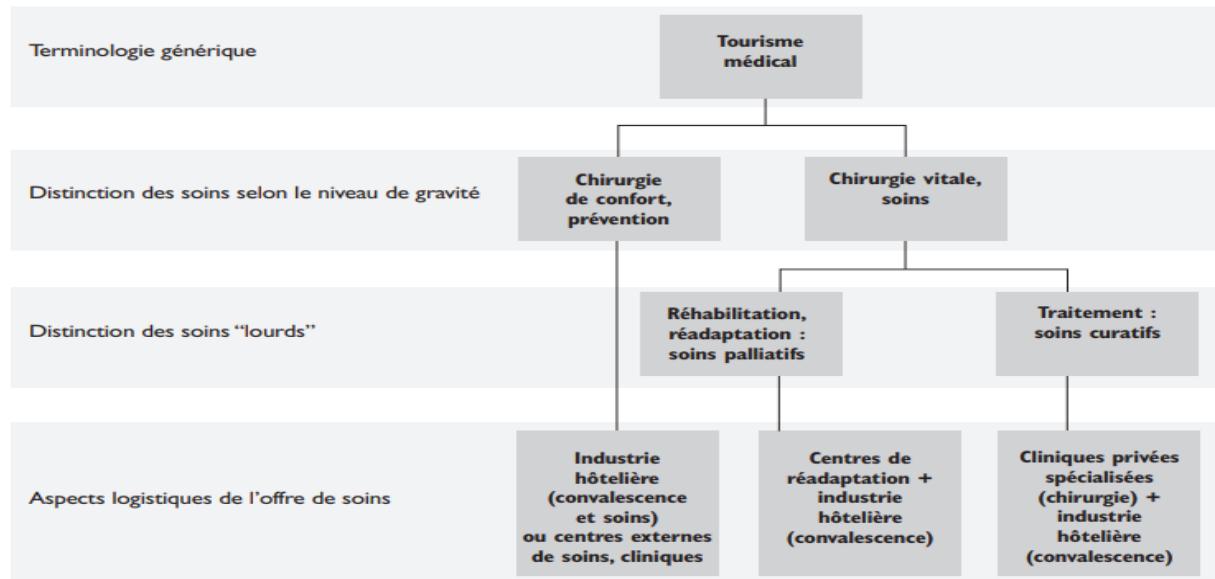
⁷³ Source : M.Tremblay. Le tourisme médical : quel rôle pour l'État ? (Février 2012). Récupéré le 16 décembre 2021 de <http://archives.enap.ca/bibliothèques/2012/03/030293256.pdf>

⁷⁴ Source : P.A.Bovier. Explosion du tourisme médical. Des voyageurs d'un nouveau type ? (2008). Récupéré le 29 mars 2022 de https://www.revmed.ch/view/571717/4542547/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2008-19s_sa03_art03.pdf

⁷⁵ Source : Parlement européen. Études réalisée pour la commission TRANS – tourisme de santé dans l'Union : enquête générale.(2017) récupéré le 19 mars 2022 de https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/601985/IPOL_STU%282017%29601985_FR.pdf

⁷⁶ Source : W.Menvielle et L.Menvielle. Le tourisme médical : un secteur stratégique de développement pour les Etats.(Février 2013). Récupéré le 17 Décembre 2021 de <https://www.cairn.info/revue-internationale-et-strategique-2013-2-page-153.html>

Ce schéma est le résumé de toutes les définitions possibles du tourisme médical.



Source : L.Menvielle, W.Menvielle et N.Tournois. Panorama du tourisme médical : une logique de flux migratoire (septembre 2010). Récupéré le 13 avril 2022 de https://www.researchgate.net/profile/William-Menvielle/publication/284174124_Panorama_du_tourisme_medical_Une_logique_de_flux_migratoires/links/564de33108ae1ef9296b3d6a/Panorama-du-tourisme-medical-Une-logique-de-flux-migratoires.pdf

Ce schéma du tourisme médical présente une logique allant du moins grave au plus grave. Comme on peut le constater, il existe deux catégories clairement définies :

- Le tourisme médical plutôt orienté vers le confort et l'esthétique.
- Le tourisme médical vital relatif aux soins généraux parfois urgents ou des soins difficiles à procurer dans le pays d'origine.

Afin d'illustrer ces différentes définitions, voici un tableau reprenant des données du tourisme médical. Le but de ce tableau est d'avoir une première idée du nombre de voyageurs médicaux au niveau international puisque la zone géographique de ce travail concerne la République Dominicaine, la Colombie et le Brésil.

L'étude réalisée par le Parlement européen sur le tourisme médical⁷⁷ démontre que « *56 millions de voyages touristiques internes et 5,1 millions de voyages internationaux ont été enregistrés en 2014* »

	Tous les voyages	Territoire national	International
Total des voyages (en millions)	1 361	900	461
Séjours de santé (en millions)	61,1	56,0	5,1

Source : Parlement européen. Études réalisées pour la commission TRANS – tourisme de santé dans l'Union : enquête générale.(2017) récupéré le 19 mars 2022 de https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/601985/IPOL_STU%282017%29601985_FR.pdf

Comme le démontre le tableau ci-dessus, ces données relatives à l'année 2014 montrent que les séjours relatifs à la santé s'élèvent à 61 millions tant au niveau national qu'international.

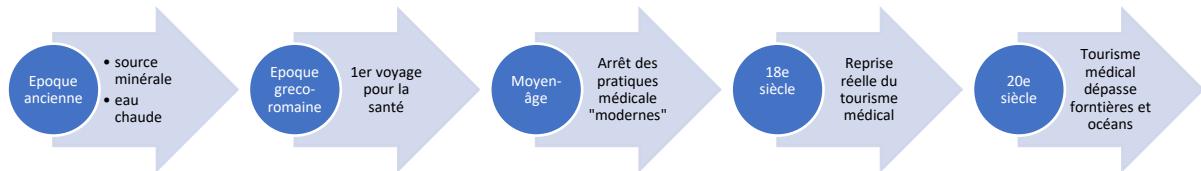
Si l'on se réfère uniquement au niveau international, on constate que le nombre est de 5,1 millions de voyageurs médicaux. On remarque alors que déjà en 2014, les voyageurs médicaux étaient nombreux et se déplaçaient partout à travers le monde.

⁷⁷Source : Parlement européen. Études réalisée pour la commission TRANS – tourisme de santé dans l'Union : enquête générale.(2017) récupéré le 19 mars 2022 de https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/601985/IPOL_STU%282017%29601985_FR.pdf

3.2. HISTOIRE ET ÉVOLUTION

Le tourisme médical esthétique n'est pas une tendance récente. En effet, il a mondialement évolué et existe depuis l'époque ancienne (8^e siècle) et nous allons brièvement retracer son histoire.

Histoire du tourisme médical esthétique



Source : Source : L.Menvielle & W.Menvielle. Panorama du tourisme médical. Une logique de flux migratoire (2008).

Le tourisme médical existait en premier lieu à l'époque des Égyptiens où les patients qui souffraient de douleurs étaient soignés par l'eau de la mer.

Il s'en est suivi des grecs qui utilisaient l'eau chaude comme un remède miracle. Ce type de tourisme est celui qui est le plus ancien et le plus connu de tous .

Le 18^e siècle fut une relance du tourisme médical notamment dans la ville de Bath en Angleterre connu pour ses bains thermaux.

Comme le définit L.Menvielle⁷⁸, il s'agit « *d'une station thermale du sud-ouest de l'Angleterre, fondée par les Romains, la ville est devenue un lieu de villégiature incontournable et un centre thermal tout à la fois pour les aristocraties anglaise et européenne* »

Enfin, c'est après la Seconde Guerre mondiale que le tourisme médical esthétique a explosé. En effet, la majorité avait recours à la chirurgie suite à des blessures de guerre.

C'est alors au XXe siècle que les États-Unis devinrent très fréquentés pour leur monde médical avancé en technologies et grâce aux divers spécialistes réputés présents dans le pays.

⁷⁸Source : L.Menvielle & W.Menvielle. Panorama du tourisme médical. Une logique de flux migratoire (2008). Récupéré le 29 mars 2022 de https://www.researchgate.net/profile/William-Menvielle/publication/284174124_Panorama_du_tourisme_medical_Une_logique_de_flux_migratoires/links/564de33108ae1ef9296b3d6a/Panorama-du-tourisme-medical-Une-logique-de-flux-migratoires.pdf

Amérique latine :

D'après P.Bovier⁷⁹, c'est à partir des années 1990 que le tourisme médical esthétique s'est rependu dans d'autres continents que l'Amérique et l'Europe. Une expansion s'est notée en Amérique du Sud et Asie. On peut donc en déduire que l'évolution du tourisme esthétique en Amérique latine a commencé à partir du 20^e siècle.



Source : L.Menvielle. Tourisme médical : Quelle place pour les pays en développement ? (Janvier 2012). Récupéré le 26 décembre 2021 de <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2012-1-page-81.htm>

Cette carte du monde démontre qu'en 2008⁸⁰, il y a eu des flux de migrations de touristes médicaux esthétiques dans divers continents.

En effet, 5% de touristes médicaux qui provenaient d'Europe venaient se faire soigner en Amérique latine. 26% des touristes médicaux qui provenaient d'Amérique du Nord venaient se faire soigner également en Amérique latine où la chirurgie plastique était réputée.

Les liens entre les différents pays s'expliquent par le fait qu'il s'agisse « *d'ordre historique, culturel, politique, linguistique, et qu'ils facilitent les relations entre certaines ex-colonies et des ex-puissances coloniales, aujourd'hui émettrices de touristes médicaux* ».⁸¹

⁷⁹Source : P.A.Bovier. Explosion du tourisme médical. Des voyageurs d'un nouveau type ? (2008). Récupéré le 29 mars 2022 de https://www.revmed.ch/view/571717/4542547/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2008-19s_sa03_art03.pdf

⁸⁰Source : L.Menvielle. Tourisme médical : Quelle place pour les pays en développement ? (Janvier 2012). Récupéré le 26 décembre 2021 de <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2012-1-page-81.htm>

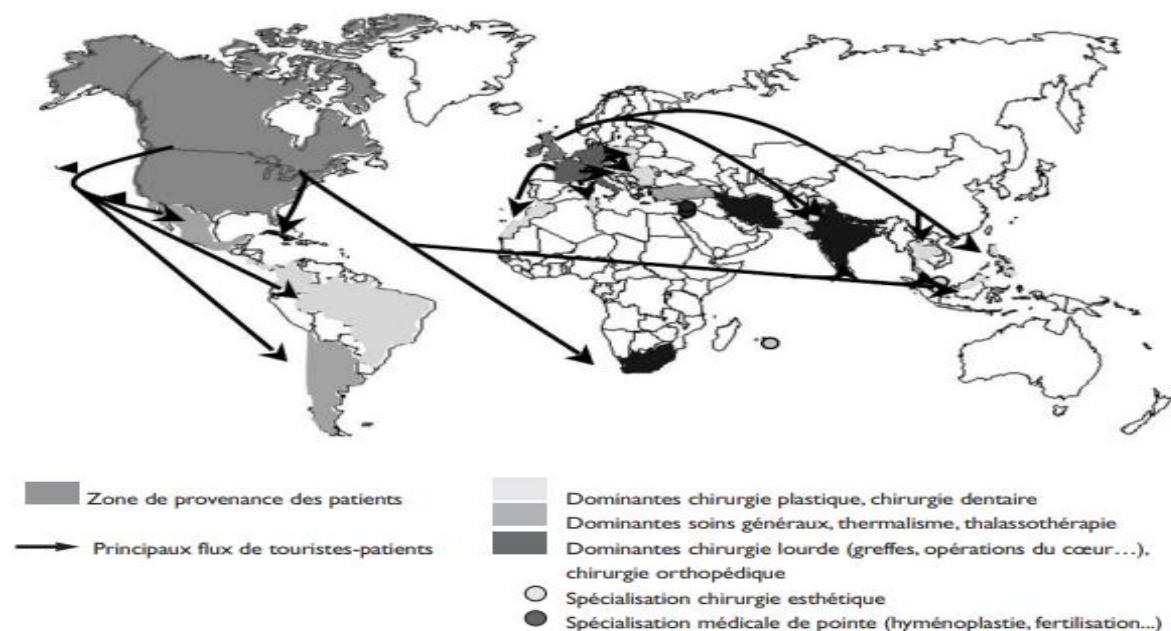
⁸¹Source : O.Dehoorne, P.Saffache et C.Tatar Le tourisme international dans le monde : logiques des flux et confins de la touristicité (2008). Récupéré le 14 avril 2022 de <https://journals.openedition.org/etudescaribennes/docannexe/image/882/img-1.jpg>

La carte ci-dessous démontre des flux de migrations des touristes médicaux, légèrement différent pour l'année 2011.

En effet, la carte ci-dessous montre des flux de migrations en 2011 vers les Caraïbes qui n'apparaît pas forcément dans la première carte présentée. Je pars alors de l'hypothèse qu'un certain pourcentage des patients d'Amérique du Nord se rendaient aux Caraïbes dans un but médical esthétique.

Pour faire un parallélisme avec mon étude qualitative, 37% des participantes se sont rendues en République Dominicaine.

De nombreux continents prisés par la chirurgie esthétique sont généralement regroupés par spécialités.



L.Menvielle, W.Menvielle et N.Tournois. Panorama du tourisme médical : une logique de flux migratoire (septembre 2010). Récupéré le 13 avril 2022 de https://www.researchgate.net/profile/William-Menvielle/publication/284174124_Panorama_du_tourisme_medical_Une_logique_de_flux_migratoires/links/564de33108ae1ef9296b3d6a/Panorama-du-tourisme-medical-Une-logique-de-flux-migratoires.pdf

On peut donc constater que l'Amérique latine générale offrait des soins de chirurgies générales ou esthétiques.

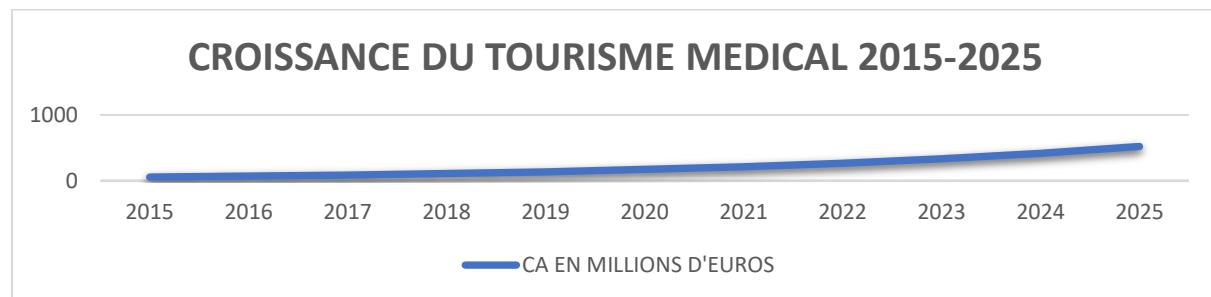
Pour faire un parallélisme avec l'époque actuelle (2022), selon le Docteur J.Mejia⁸² chirurgien plasticien en Colombie, un gros pourcentage de sa patientèle provient d'Amérique du Nord. Il affirme que toutes les patientes touristes se rendent uniquement dans un but purement esthétique et dans des cas extrêmement rares, il peut exister un but purement médical.

⁸²Source : Interview avec le Docteur J.Mejia disponible en annexe

Selon un rapport réalisé par Deloitte en 2008 principalement sur les résidents américains sur le tourisme médical⁸³, « *En 2007, il a été estimé que 750 000 Américains se sont rendus à l'étranger pour y recevoir des soins médicaux* ».

Puisqu'on suppose que le tourisme esthétique suit la même courbe que le tourisme médical, on pourrait émettre comme hypothèse que les Américains se sont rendus dans un but esthétique à l'étranger.

D'après une autre étude réalisée en 2014 par Visa et Oxford Economics sur le chiffre d'affaires du tourisme médical⁸⁴, depuis 2015, 56 milliards d'euros a été enregistré. Une croissance de 25% par an est affirmée. Comme le démontre le graphique ci-dessous, sur une période de 10 ans allant de 2015 à 2025, le tourisme médical esthétique représente une croissance constante et importante.



Source : Visa et Oxford Economics (2016). Mapping the future of global travel tourism. Récupéré le 22 avril 2022 de <https://usa.visa.com/dam/VCOM/global/partner-with-us/documents/global-travel-and-tourism-insights-by-visa.pdf>

⁸³Source : P.H.Keckley. Medical Tourism. Consumers in search of value (2008). Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.globalwellnesssummit.com/wp-content/uploads/Industry-Research/Americas/2008-deloitte-medical-tourism-consumers.pdf>

⁸⁴Source : Visa et Oxford Economics (2016). Mapping the future of global travel tourism. Récupéré le 22 avril 2022 de <https://usa.visa.com/dam/VCOM/global/partner-with-us/documents/global-travel-and-tourism-insights-by-visa.pdf>

3.3. MOTIVATIONS ET RISQUES DU TOURISME MÉDICAL ESTHÉTIQUE

Se faire soigner à l'étranger et principalement en Amérique latine est une solution qui attire les touristes médicaux esthétiques depuis le 20^e siècle⁸⁵. Il existait une grande probabilité que le nombre de touristes médicaux atteigne 1,6 million en 2012. La référence utilisée était le taux de croissance annuel.

Un parallélisme peut être fait avec les témoignages de participantes belges⁸⁶. Elles se sont toutes rendues en Amérique latine.

À l'inverse de l'étude qualitative qui imposait une réponse uniquement des participantes ayant réalisé une chirurgie esthétique en Amérique latine, les témoignages n'imposaient pas l'Amérique Latine.

Il est important de signaler qu'une chute des touristes médicaux a été remarquée entre 2008 et 2009. La cause serait la crise financière principalement.

Selon le même rapport publié par Deloitte sur le tourisme médical «*les patients avaient moins d'argent à ce moment-là et les coûts des transports avaient considérablement augmenté*».

Ci-dessous, se trouvent les résultats de l'analyse réalisée par M.Tremblay en 2012⁸⁷. Elle présente d'abord les différentes motivations qui poussent les touristes médicaux à se rendre à l'étranger pour se faire opérer. Ensuite, elle présente également les conséquences que le tourisme médical pourrait avoir sur le pays d'origine dès le retour du patient.

D'UN POINT DE VUE PATIENT

MOTIVATION 1	Le gain de temps pour le patient de se faire soigner à l'étranger.
MOTIVATION 2	Le coût moins important
MOTIVATION 3	Soins spécialisés de dernières technologies
MOTIVATION 4	Évolution des technologies
MOTIVATION 5	L'assurance trop coûteuse dans le pays d'origine

⁸⁵Source : M.Tremblay. Le tourisme médical : quel rôle pour l'État ? (Février 2012). Récupéré le 16 décembre 2021 de <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/03/030293256.pdf>

⁸⁶Source : témoignages disponibles en annexe

⁸⁷Source : M.Tremblay. Le tourisme médical : quel rôle pour l'État ? (Février 2012) p8. Récupéré le 16 décembre 2021 de <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/03/030293256.pdf>

Motivation 1 :

En effet le temps d'attente trop long dans le pays d'origine pousse les patients à se rendre à l'étranger où la prise en charge est généralement plus rapide.

Selon P.A.Bovier⁸⁸, une étude réalisée sur les touristes médicaux esthétiques au Canada montre que plus de 750.000 personnes étaient sur la liste d'attente afin de recevoir un soin.

Rapport avec le serment d'Hippocrate :

Nous ne pouvons pas dire que cette démarche va à l'encontre du serment d'Hippocrate. En effet, si l'on reprend le paragraphe suivant : « *J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles* » on pourrait alors dire que comme dans le pays d'origine le temps d'attente est trop long, les pays étrangers viennent en aide afin de diminuer les listes d'attente dans le pays d'origine.

Rapport avec mon étude :

Pour comparer mon étude qualitative, 12% estiment que l'attente dans leur pays d'origine était trop longue et ont décidé d'aller se faire opérer à l'étranger. La raison pour laquelle ce pourcentage semble faible est simplement due au fait que la question sur la raison du choix de se faire opérer en Amérique latine comprenait une réponse libre et pas un choix de réponse.

⁸⁸Source : P.A.Bovier. Explosion du tourisme médical. Des voyageurs d'un nouveau type ? (2008). Récupéré le 29 mars 2022 de https://www.revmed.ch/view/571717/4542547/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2008-19s_sa03_art03.pdf

Motivation 2 :

La seconde motivation est la différence des prix entre les pays développés (principalement l'occident) et les pays en voie de développement (les pays d'Amérique du Sud).

Pour faire un parallèle avec mes propos, voici un tableau comparatif des divers prix de prestations esthétiques entre des pays d'occident et d'Amérique latine.

Tableau 2. Comparaison internationale des prix pour différentes interventions esthétiques²							
	Etas-Unis	Europe*	Argentine	Brésil	Cuba	Inde	Bolivie **
Rhinoplastie	US\$ 6000.-	US\$ 5500.-	US\$ 2300.-	US\$ 2100.-	US\$ 1950.-	US\$ 1700.-	US\$ 1200.-
Lifting du visage	US\$ 15 000.-	US\$ 12 500.-	US\$ 4300.-	US\$ 4500.-	US\$ 3000.-	US\$ 4500.-	US\$ 2600.-
Augmentation mammaire	US\$ 8000.-	US\$ 7500.-	US\$ 3700.-	US\$ 3800.-	US\$ 1600.-	US\$ 3900.-	US\$ 2500.-
Réduction mammaire	US\$ 9000.-	US\$ 8000.-	US\$ 3900.-	US\$ 3600.-	US\$ 2120.-	US\$ 3700.-	US\$ 2400.-
Liposuccion complète	US\$ 13 500.-	US\$ 11 000.-	US\$ 4500.-	US\$ 4700.-	US\$ 2600.-	US\$ 4800.-	US\$ 2700.-
Augmentation fessière	US\$ 9000.-	US\$ 9000.-	US\$ 4000.-	US\$ 4200.-	US\$ 3200.-	US\$ 4500.-	US\$ 3000.-

Source : P.A.Bovier. Explosion du tourisme médical. Des voyageurs d'un nouveau type ? (2008). Récupéré le 29 mars 2022 de https://www.revmed.ch/view/571717/4542547/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2008-19s_sa03_art03.pdf

Comme on peut le constater, les prix en Europe sont nettement plus élevés comparés aux prix d'Amérique latine. Par exemple une augmentation mammaire en Europe coûte environ 7500 USD alors qu'au Brésil l'intervention ne coûte que 3800 USD.

Rapport avec le serment d'Hippocrate :

Le serment d'Hippocrate à sa base ne mentionnait aucunement qu'une prestation médicale devait être réalisée contre échange monétaire. Déjà le savoir devait être transmis de manière gratuite à ses confrères comme il le présente dans sa version originale : « *de considérer sa descendance à l'égal de mes frères, et de leur enseigner cet art, s'ils désirent l'apprendre, sans salaire ni contrat* ».

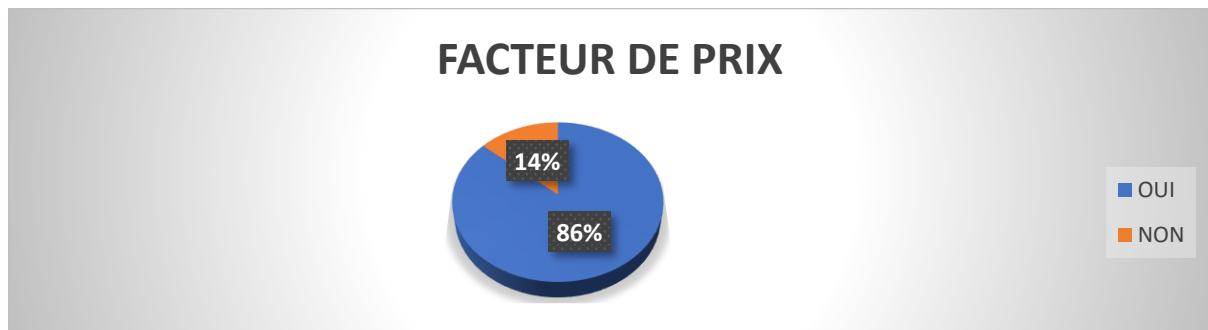
La nouvelle version du serment stipule ce qui suit : « *Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire* »

Or, on peut constater que la tarification étant inégalitaire pose déjà un problème par rapport au serment d'Hippocrate puisque le but n'est pas de s'offrir une concurrence sur les prix. De plus, certains prix étant élevés, on peut donc en déduire que certains chirurgiens sont à l'affût de gains.

De même qu'on pourrait dire que la plupart des chirurgiens sont à la recherche de gloire comme le démontre l'analyse de Porter au point 4.3. En effet, tous les nouveaux chirurgiens entrants sur le marché médical tentent d'attirer les patients touristes et d'être les meilleurs sur le marché médical.

Rapport avec mon étude :

Si je fais un parallélisme avec mon étude qualitative, 76% estiment que le prix est l'un des facteurs ayant poussé à réaliser une intervention à l'étranger.



Source : étude qualitative réalisée sur un échantillon de 50 personnes résidant en Belgique.
Disponible en annexe.

Motivation 3 :

Le touriste médical sera à la recherche du pays où la qualité des soins de santé sera mieux réputée.

De nombreux patients se rendent dorénavant à travers le monde à la quête de nouveaux soins. Ce qui revient à dire que le marché de la santé se globalise, au point qu'aujourd'hui, tout est possible. Par exemple « *de soins dentaires à Prague* » si pas une chirurgie à La Havane⁸⁹.

Pour la réalisation de ce mémoire, je me suis mise dans la peau d'une patiente et je suis entrée en contact avec le Docteur J.Suarez, chirurgien-plasticien en Colombie⁹⁰. Il réalise des consultations interactives en envoyant sa méthode de travail avec les dernières technologies mises au point. La vidéo est disponible sur YouTube. Il s'agit d'une technique innovante pour réaliser une liposuccion.

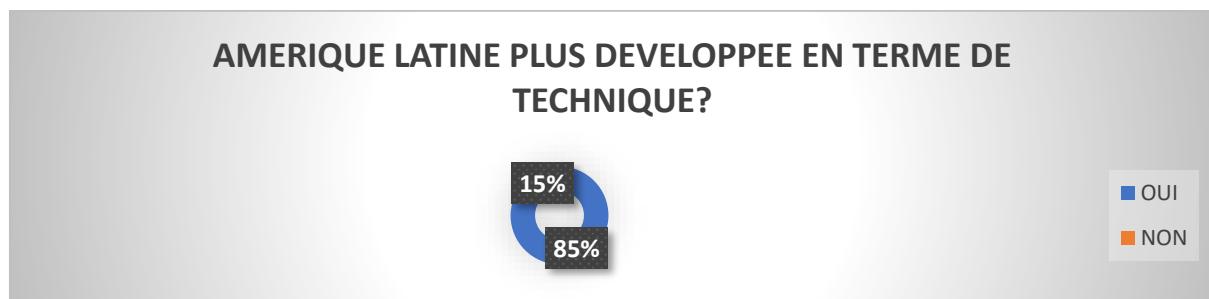
Selon J-F.Nys⁹¹, la qualité des soins prodiguée en Occident peut être comparable à celle des pays en voie de développement. En effet, elle s'est fortement améliorée au fil des années.

Rapport avec le serment d'Hippocrate :

Aucun rapport ne peut être fait, car Hippocrate ne mentionne aucunement l'importance de la qualité des soins fournis. Pour le plus important est de soigner le patient tout en respectant celui-ci.

Rapport avec mon étude :

Les soins et les techniques utilisées seraient un facteur influençant. En effet, ceci est démontré par mon étude où il en résulte que 66% estiment que l'Amérique latine est plus développée en matière de chirurgie esthétique contre 34% qui estiment le contraire.



Source : étude quantitative réalisée sur un échantillon de 50 personnes résidant en Belgique. Disponible en annexe.

⁸⁹Source :CairInfo. Tourisme et développement dans les Caraïbes. Le cas de Cuba.(Janvier 2012). Récupéré le 25 décembre 2021 de <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2012-1-page-47.htm>

⁹⁰Source : Youtube. Tecnologia Vaser Lipo : Resumen de procedimiento. (2012) Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.youtube.com/watch?v=Tf9jWVFUN6Q&t=4s>

⁹¹ Source : J-F.Nys. Les nouveaux flux de migration médicales (Janvier 2010) p24-35. Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.cairn.info/revue-internationale-et-strategique-2010-1-page-24.htm>

De même que selon un rapport publié en 2007 par C.Le Borgne sur le tourisme médical esthétique⁹², « *65% des citoyens européens sont prêts à aller se faire soigner dans un autre pays du tiers-monde pour avoir accès à une technologie à forte valeur ajoutée* »

On peut voir donc sur base de ces résultats que les motivations du tourisme médical esthétique n'ont pas énormément changé entre 2012 et aujourd'hui.

⁹²Source : C.Le Borgne Le tourisme médical : une nouvelle façon de se soigner”, Les Tribunes de la santé, 15(2), pp. 47-53 (2007). Récupéré le 10 avril 2022 de <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2007-2-page-47.htm>

Motivation 4 :

Une autre motivation incitant les touristes à voyager est l'évolution des technologies⁹³. En effet, de nos jours nous voyons de nombreuses personnes se rendre à l'étranger et utiliser de nombreux moyens de communication tels que WhatsApp, Instagram ou autres .

Pour la réalisation de mon travail, j'ai contacté différents chirurgiens de République Dominicaine et de Colombie. Le but était de voir comment se passent le dialogue et l'entretien avec un chirurgien à l'autre bout du monde. J'ai donc communiqué des informations confidentielles sur mon état de santé, des photos et autres que le médecin en question me demandait⁹⁴ Quelque temps après, j'ai directement reçu un devis personnalisé avec le type de soins requis.

Il est également très facile d'obtenir des informations sur le chirurgien en question sur différents sites et leur résultat postés en direct. C'est le cas du Docteur J.Suarez. Sur son site officiel⁹⁵, nous pouvons directement voir les prestations du chirurgien, son lieu d'exercice ainsi que des photos postopératoires.

⁹³Source : M.Tremblay. Le tourisme médical : quel rôle pour l'État ? (Février 2012). Récupéré le 16 décembre 2021 de <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/03/030293256.pdf>

⁹⁴Fiche médical des nformations préopératoires disponible en annexe (Docteur José Suarez)

⁹⁵Source : Doctor José Suarez. Cirugia plastica y reconstructiva. Recupéré le 17 décembre 2021 de <https://www.docjosesuarez.com/>

Motivation 5 :

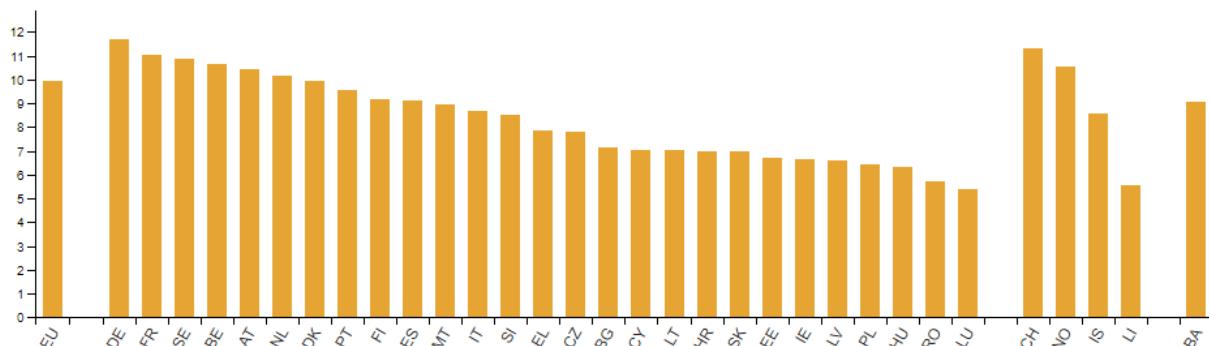
Enfin, pour certains types d'interventions il faut souscrire une assurance médicale privée dans son pays d'origine. Par exemple aux États-Unis, en cas de maladies les frais peuvent être considérables.

Prenons également le cas de la Belgique : une intervention chirurgicale est coûteuse et si c'est dans un but non-médical, alors ce n'est pas pris en charge par l'organisme de santé.

Selon Partenamut⁹⁶, « *La chirurgie purement esthétique : notez que ni l'assurance maladie invalidité ni les assurances hospitalisation n'interviennent pour les prestations accomplies dans un but esthétique. En outre, depuis le 1er janvier 2016, la TVA de 21 % est appliquée.* »

Selon J.Mejia⁹⁷ chirurgien-plasticien en Colombie « *une police d'assurance a été créée spécifiquement pour les patients qui subissent une chirurgie esthétique car auparavant si vous aviez recours à la chirurgie esthétique et que vous aviez des complications, c'était une chose très compliquée à gérer. Cette assurance est l'EPS que vous payez au moment de l'opération.* ».

Les données statistiques présentées par l'Eurostat⁹⁸ démontrent sur le graphique ci-dessous que le PIB en dépense de soins de santé en 2019 pour la Suisse était de 11.29%. On voit que les dépenses en termes de soins de santé sont très élevées en Suisse comparé aux pays situés dans l'Europe de l'Est du continent.



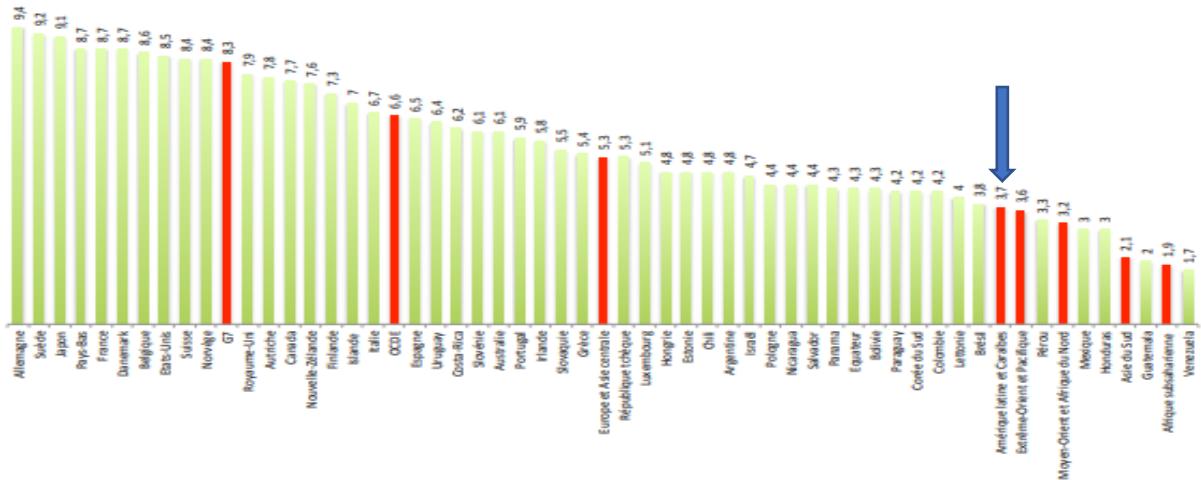
Source : Eurostat. Current healthcare expenditure relative to GDP in 2019 . Récupéré le 22 avril 2022 de [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=File:Current_healthcare_expenditure_relative_to_GDP,_2012_and_2019_\(%25\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=File:Current_healthcare_expenditure_relative_to_GDP,_2012_and_2019_(%25).png)

⁹⁶Source : Partenamut. La chirurgie esthétique, un acte qui n'est pas anodin (13 février 2008). Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/articles/chirurgie-esthetique-frequente>

⁹⁷Source: Interview avec le docteur J.Mejia disponible en annexe 10.2

⁹⁸Source :Eurostat. Current healthcare expenditure (2014). Récupéré le 22 avril 2022 de https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=File:Current_healthcare_expenditure,_2014_F1_YB17-fr.png

Nous allons faire un parallélisme avec l'Amérique Latine et les Caraïbes au niveau des dépenses des soins de santé pour l'année 2015.



M.Lago. La santé publique en Amérique latine (Janvier 2021). Récupéré le 25 avril 2022 de <https://spire.sciencespo.fr/hdl/2441/11agagfg81920plcqcvv7k0i55/resources/2021-lago-article-etude-252-253.pdf>

Selon une étude réalisée par l'IEPS (Health Policy Studies) en 2014⁹⁹, le PIB en dépense de soins de santé en 2015 pour l'Amérique Latine et les Caraïbes était de 3.7% ce qui nettement inférieur à des pays comme la Suisse.

Comme le démontre clairement le graphique ci-dessus, l'Amérique latine dépense moins en soins de santé que des pays tels que les États-Unis ou la Suisse. On constate une différence de 7.59% entre ces deux pays.

Ceci est expliqué principalement par rapport au coût de la vie en Amérique latine non-comparable à ceux de l'Europe.

Selon L.Menvielle et N.Tournois¹⁰⁰ « *dans un pays développé comme les États-Unis, près de 47 millions d'Américains n'ont aucune assurance santé et 120 millions ne sont qu'assurés partiellement.* »

⁹⁹Source : M.Lago. La santé publique en Amérique latine (Janvier 2021). Récupéré le 25 avril 2022 de <https://spire.sciencespo.fr/hdl/2441/11agagfg81920plcqcvv7k0i55/resources/2021-lago-article-etude-252-253.pdf>

¹⁰⁰Source : L.Menvielle et N.Tournois. Tourisme médical : problèmes éthiques dans un contexte de globalisation (2004). Récupéré le 17 avril 2022 de http://archives.marketing-trends-congress.com/2010/Materiali/Paper/Fr/Menvielle_Tournois.pdf

Nous allons maintenant analyser les motivations du tourisme esthétique, mais d'un point de vue du pays de destination. Il s'agit de démontrer que le développement du tourisme esthétique peut être favorable pour le pays où se rendent les touristes médicaux.

D'UN POINT DE VUE DU PAYS DE DESTINATION

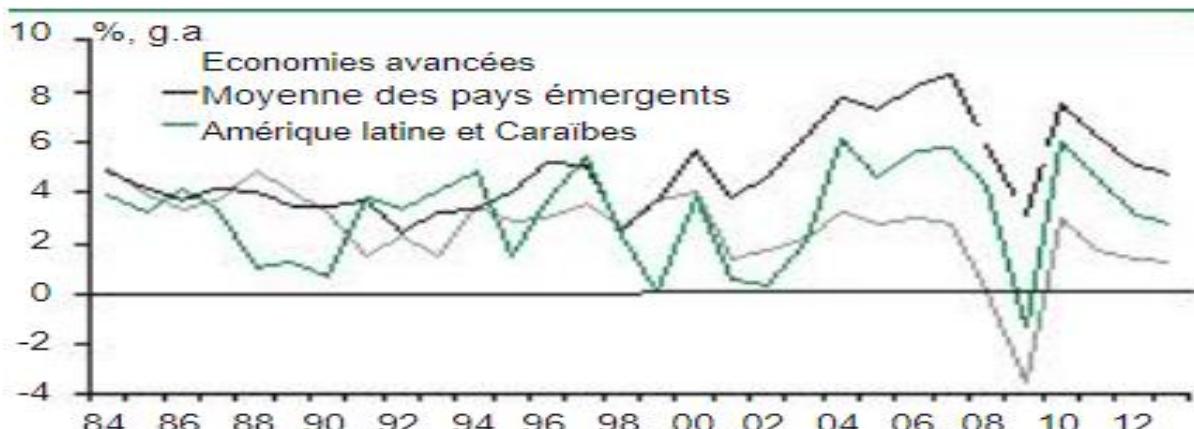
MOTIVATION 1	Développement économique du pays (santé, hôtels, voyages, etc)
MOTIVATION 2	Amélioration des infrastructures (par exemple le cas de Cuba)

Motivation 1 :

Si l'on prend globalement la croissance économique en Amérique latine et Caraïbes de 1984 à 2012, on constate une courbe très variable. La courbe a été au plus bas entre 2008 et 2010 durant la crise financière avant de reprendre en hausse. Cette tendance pourrait s'expliquer par divers facteurs.

Comme le précise P.Orliange¹⁰¹, il existe de gros fossés entre les classes sociales dans les pays d'Amérique latine et c'est l'une des raisons principales des fluctuations économiques. Ensuite, il existe les conditions politiques d'un pays, socio-culturelles etc.

Pour ce qui est du côté tourisme médical, l'Amérique latine accueille de nombreux touristes et cela augmente automatiquement les voyages vers ces pays, l'occupation des hôtels après une chirurgie esthétique, les dépenses sur place etc.



Source : BNP Paribas. Amérique latine : trajectoire divergente (Mai 2014). Récupéré le 09 mai 2022 de <https://economic-research.bnpparibas.com/html/fr-FR/Amerique-latine-trajectoires-divergentes> 16/05/2014.24185

¹⁰¹Source : P.Orliange. L'Amérique latine face aux défis de la croissance économique et de la cohésion sociale (Mars 2013). Récupéré le 13 mai 2022 de <https://www.cairn.info/revue-geoéconomie-2013-3-page-101.htm>

Motivation 2 :

Il en ressort par exemple pour Cuba¹⁰² que le bon prix des hôtels et du transport aérien a considérablement augmenté le nombre de touristes entre les années 1955 et 1960.

De plus, en 1950 Cuba a « *transformer l'un des plus gros complexes touristiques des Caraïbes avec la construction d'hôtels de standing et même d'un aéroport* ».

En effet, il est très commun que des chirurgiens proposent des offres directement reliées à un hôtel pour garantir un séjour en toute sécurité pour le patient touriste.

Une étude réalisée sur 180 patients touristes auprès d'un tour-opérateur tunisien en 2015 démontre que « *des thèmes connexes relatifs à la qualité de prise en charge et au suivi postopératoire dans un hôtel et à l'agrément touristique sont également fréquemment cités par 52.55% des patients touristes* ». ¹⁰³

On pourrait alors faire un parallélisme avec l'évolution du secteur hôtelier en Amérique latine et dans les Caraïbes. Comme l'indique le tableau ci-dessous, le taux d'occupation sur une année a augmenté de 5.4% de 1986 à 1987. On pourrait alors imaginer une hypothèse que l'augmentation se réfère à des patients touristes ayant couplé leur intervention avec un séjour hôtelier.

Statistiques générales	Tous les hôtels		Afrique et Moyen-Orient		Asie et Australie		Amérique du Nord		Europe		Amérique latine/ Caraïbes	
	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986
Taux d'occupation	66.4%	64.5%	53.0%	55.9%	76.4%	67.9%	66.5%	68.5%	64.9%	62.8%	68.8%	63.4%
Taux de double occupation	39.9	36.2	21.6	21.8	50.0	45.6	43.9	46.6	34.2	31.6	85.8	70.4
Prix Moyen (\$)												
* par chambre	62.13	56.72	65.89	58.72	55.39	51.65	61.45	61.66	64.72	56.53	42.68	55.57
* par client	49.5	43.79	55.46	50.23	38.14	36.15	52.74	43.73	51.58	45.05	28.99	39.43
Revenu brut d'exploitation (RBE) (%)												
* ratio sur CA hébergement	49.7	43.4	47.6	43.6	56.0	45.4	37.9	38.3	54.5	48.3	47.9	44.5
* ratio sur CA total	25.6	22.9	20.6	18.9	27.6	20.3	21.7	23.2	27.4	24.8	28.7	25.1
Rotation clients	121	107	104	89	177	108	97	100	128	114	124	118
Répartition des ventes (%)*												
* hébergement	53.6	56.0	45.2	53.1	51.7	50.8	63.6	51.8	52.2	55.5	53.1	
* nourriture	26.4	24.6	28.1	21.7	27.2	27.7	23.8	22.1	27.8	27.4	23.0	24.6
* boissons	11.6	10.7	11.0	8.3	10.1	10.3	9.5	8.7	13.5	13.8	11.4	10.5
* téléphone	2.4	2.2	4.7	3.5	4.1	4.1	1.6	1.5	1.6	1.5	2.9	3.1
* dépannages annexes	2.4	2.2	4.7	3.5	4.1	4.1	1.6	1.5	1.6	1.5	2.9	3.1
* loyers / revenus accessoires	2.4	2.8	3.2	6.3	3.3	3.3	1.5	1.6	2.1	1.7	3.2	4.6
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Indicateurs par chambre (\$)												
* CA total	28,290	24,329	24,983	24,102	31,150	26,709	24,456	23,963	31,020	25,844	20,518	25,582
* RBE	7,314	5,790	5,957	4,379	9,638	5,952	5,409	5,398	9,099	6,811	4,486	5,690
* Résultat avant impôt	2,834	1,626	2,704	1,874	5,674	2,142	(307)	676	4,563	2,553	2,038	2,452

Source : Y.Halle, I.Barth et A.Triki. Les nouveaux comportements d'achat dans le tourisme de santé (2015). Récupéré le 25 avril 2022 de <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2015-3-page-15.htm>

¹⁰²Source : R.Herrera. Le développement du tourisme médical dans les Caraïbes : le cas de Cuba. Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2012-1-page-47.htm>

¹⁰³Source : Y.Halle, I.Barth et A.Triki. Les nouveaux comportements d'achat dans le tourisme de santé (2015). Récupéré le 25 avril 2022 de <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2015-3-page-15.htm>

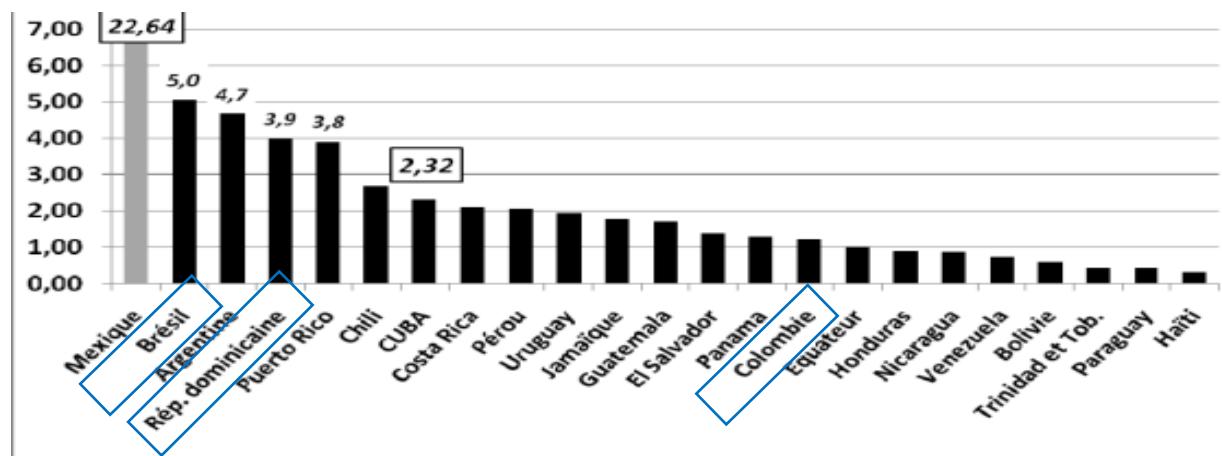
Dans un rapport délivré en 2011 par la CTO¹⁰⁴(Caribbean Tourism Organization) sur le tourisme médical, on retrouve la République Dominicaine avec 4 124 543 entrées sur le territoire.

Pays <i>(et métropole éventuelle)</i>	Nombre de touristes <i>(en unité)</i>	Rang <i>dans la région</i>
République dominicaine	4 124 543	1
CUBA	2 531 745	2
Mexique**	2 106 486	3
Jamaïque	1 921 678	4
Puerto Rico (États-Unis)	1 369 814	5

Source : R.Herrera. Le développement du tourisme médical dans les Caraïbes : le cas de Cuba. Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2012-1-page-47.htm>

Rapport avec mon étude :

Si je fais refais un parallélisme avec mon étude qualitative, la Colombie suit la République Dominicaine avec 31% et le Brésil est en troisième position avec 22% de touristes médicaux. Pour ce qu'il en est de Cuba et du Mexique, ils sont en minorité absolue (moins de 10%).



Source : R.Herrera. Le développement du tourisme médical dans les Caraïbes : le cas de Cuba. Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2012-1-page-47.htm>

Selon une étude menée en 2009 à l'échelle générale en Amérique du Sud et les Caraïbes sur l'entrée des touristes médicaux sur le territoire, on peut constater sur le graphique ci-dessus que le Brésil se retrouve en deuxième position et la Colombie en 15^e position de classement.

Cependant, depuis la pandémie du Covid19, le gouvernement de la République Dominicaine par exemple réclame un ticket de migration d'entrée sur le territoire et de sortie. Ces informations peuvent être visibles sur le site officiel de diplomatie.

¹⁰⁴Source : V.Zappino . Caribbean tourisme and development (mai 2005). Récupéré le 04 avril 2022 de <http://ecdpm.acc.vpsearch.nl/wp-content/uploads/2013/11/DP-65-Caribbean-Tourism-Industry-Development-2005.pdf>

Dans cet e-ticket¹⁰⁵, la raison du voyage est demandée, mais une fois encore, ces données à caractère personnelles sont simplement indicatives et nullement contrôlées. Si un touriste se rend en République Dominicaine pour des raisons médicales, il peut très bien indiquer qu'il se rend pour y passer des vacances, car il est protégé par le secret médical qui vient entraver l'évolution des données du tourisme médical.

¹⁰⁵Source : Diplomatie Belgium. République dominicaine. Récupéré le 25 avril 2022 de https://diplomatie.belgium.be/fr/Services/voyager_a_letranger/conseils_par_destination/republique_dominicaine

Nous allons à présent analyser les conséquences que le tourisme esthétique pourrait avoir sur le retour du tourisme médical dans son pays de résidence.

D'UN POINT DE VUE DU PAYS DE RÉSIDENCE

CONSÉQUENCE 1	Suivi postopératoire dès le retour au pays d'origine
CONSÉQUENCE 2	La concurrence
CONSÉQUENCE 3	Le développement d'autres services et leur accroissement

Conséquence 1 :

Il est clairement évident que la crainte des médecins des pays d'origine concerne le suivi postopératoires des clients venant des pays étrangers de retour dans leur pays d'origine. Il existe une crainte énorme de devoir prendre en charge des cas difficiles à soigner ou des plaies requérant différents traitements.

Rapport avec le Serment d'Hippocrate :

D'après le Serment, Hippocrate indique « *qu'il 'informera les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.* » Or, il existe un sérieux problème par rapport à ce paragraphe. En effet, à travers les diverses études de cas présentées en annexes, on constate que de nombreux risques se présentent et les patientes ne sont généralement pas informées.

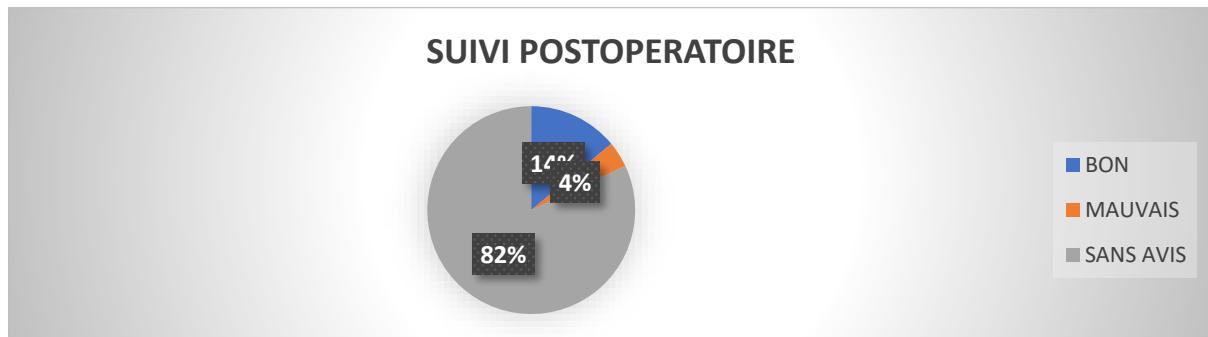
De même que la plupart ne savent pas forcément, mais le secret médical prévu par le code de déontologie médicale ou encore par le Code pénal à l'article 458¹⁰⁶ stipule que « *Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toute autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent euros à cinq cents euros. . , la clinique voire le médecin et la procédure utilisée pour réaliser quelconque intervention »* ».

Hippocrate précise cela également dans son serment « *Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.* »

¹⁰⁶Source : M.Staroukine. Ordre des médecins . Le secret professionnel médical. Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.ombbw.be/fr/l-ordre/online-library/item/152-le-secret-professionnel-medical>

Rapport avec mon étude :

Pour faire un parallèle avec mon étude qualitative, 32% estiment que les résultats et le suivi postopératoire sont totalement influençant pour choisir un pays d'Amérique Latine. Ces données sont très vagues, car il ne s'agit pas d'une question précise ayant été posée dans l'étude et ce sont les participants eux-mêmes qui ont fait mention de ces facteurs.



Source : étude quantitative réalisée sur un échantillon de 50 personnes résidant en Belgique. Disponible en annexe.

C'est également le cas (cfr témoignage en annexe) d'une patiente belge qui s'est rendue en Colombie en 2005 et qui a eu des séquelles importantes liées à sa chirurgie. Elle a eu des difficultés à trouver un médecin voulant la prendre en charge.

Conséquence 2 :

Selon le même auteur, il est évident qu'une concurrence entre les médecins se développe. En effet, certains médecins diminuent leur prix afin d'attirer une plus grande clientèle créant ainsi un système de «commerce » et de « compétitivité ». Cette concurrence est présentée également dans le point 4.3 relative au modèle des cinq forces de Porter.

Conséquence 3 :

Enfin, d'autres services se développent grâce au tourisme médical. Il existe une émergence de service tel que l'assurance dans le pays étranger. Par exemple en Colombie¹⁰⁷, en plus du devis reçu par le médecin, certains précisent qu'il est obligatoire de souscrire à une assurance.

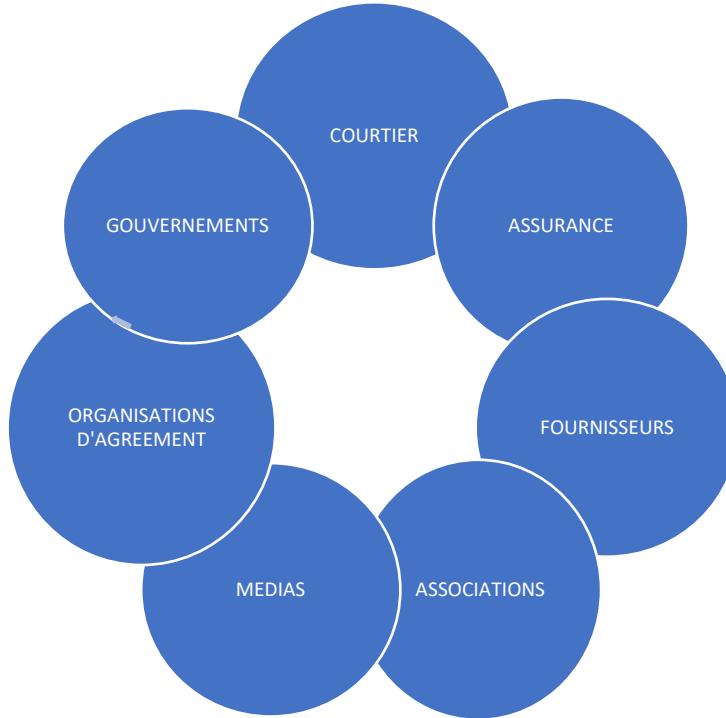
D'autres postes s'ouvrent comme les assistantes des chirurgiens qui se chargent de la prise en charge préopératoire. C'est le cas en Amérique latine. Il n'existe pas de données précises, mais pour avoir contacté 10 chirurgiens dans différents pays, ils disposent tous d'une assistante.

¹⁰⁷Message traduit de l'espagnol au Français disponible en annexe

3.4.1. ACTEURS DU TOURISME MÉDICAL ESTHÉTIQUE

Les patients, également appelés les consommateurs du monde médical, ne sont pas les uniques acteurs du tourisme médical. En effet, par acteurs on entend les personnes, mais aussi les choses matérielles relatives au tourisme esthétique.

Selon M. Tremblay¹⁰⁸, voici une représentation globale des acteurs du tourisme médical et esthétique



Source : M.Tremblay. Le tourisme médical : quel rôle pour l'État ? (Février 2012) p8. Récupéré le 16 décembre 2021 de <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/03/030293256.pdf>

¹⁰⁸Source : M.Tremblay. Le tourisme médical : quel rôle pour l'État ? (Février 2012) p8. Récupéré le 16 décembre 2021 de <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/03/030293256.pdf>

Acteur 1 :

Un premier acteur identifié est le « courtier ». Il s'agit d'un intermédiaire chargé de conseiller les patients sur les soins et la destination qu'ils veulent choisir. Ils expliquent aussi les procédures nécessaires et répondre aux questions. Ils peuvent également fournir un devis ou organiser une consultation virtuelle avec le chirurgien ou médecin.

C'est généralement ce qui se passe lorsque le patient tente d'entrer en contact avec un chirurgien à l'étranger et principalement en Amérique latine. Pour la rédaction de mon mémoire, j'ai contacté 6 chirurgiens dans différents pays : Colombie, République Dominicaine et Brésil.

100% des chirurgiens n'ont jamais répondu eux-mêmes. Dans 100% des cas, une assistante prend le relais avant de mettre définitivement en contact avec le médecin ou chirurgien en question.

Selon le SSI (Service de Santé International)¹⁰⁹ , le Québec par exemple propose ce type de service. « *Cette organisation établie à Québec et fondée en 2007 propose un accompagnement aux personnes désireuses d'aller se faire soigner à Cuba* »

Acteur 2 :

Un deuxième acteur important et qui est l'une des causes des flux migratoires est l'assurance. En effet, l'assurance est trop onéreuse dans le pays d'origine, et est moins chère à l'étranger.

La plupart des pays de destination prévoient des couvertures spéciales pour assurer le suivi postopératoire.

C'est par exemple le cas du Docteur J.Mejia en Colombie¹¹⁰ qui propose une assurance couvrant uniquement dans le pays où la chirurgie est effectuée. « *Les assurances varient en fonction de la chirurgie que vous allez faire, si vous allez faire une petite chirurgie avec une anesthésie locale ou une grande chirurgie plus complexe, mais plus ou moins le prix sera de 500 000 pesos (environ 150 euros), mais sans certitude aucune* ».

¹⁰⁹Source : SSI. Services de soins dentaires à Cuba. Récupéré le 05 avril 2022 de <http://www.servicesantecuba.com/>

¹¹⁰Source : Interview avec le docteur J.Mejia disponible en annexe

Acteur 3 :

Un autre acteur concerne tous les types de fournisseurs indispensables au niveau des soins de santé. On pense par exemple aux cliniques, hôpitaux et hôtels pour le séjour médical postopératoire. Ce point est repris également dans les forces de Porter en 4.3.

Acteur 4 :

Les médias jouent également un rôle important dans le tourisme médical. En effet, par le biais des publicités, des réseaux sociaux ou des documentaires, des informations circulent quant aux pratiques et aux destinations.

Acteur 5

Certaines associations existent et jouent également un rôle important.

Par exemple pour la basse Californie et le Mexique¹¹¹ « *La Baja California Medical Tourism Association (BCMTA), organisation à but non lucratif en Californie, défend et fait la promotion des services médicaux au Mexique, particulièrement ceux de l'État de la Basse-Californie. Elle a pour mission de promouvoir l'accès à des services médicaux de qualité et abordables, incluant les services vétérinaires.* » Ces associations délivrent également les certifications nécessaires.

L'existence d'organisation d'agrément existe également. C'est le cas par exemple de JCI (Joint Commission International) déjà mentionné à plusieurs reprises.

Selon M. Tremblay¹¹², « *Cette organisation émet un agrément pour les hôpitaux et organisations qui respectent des critères constitutifs d'un environnement sûr pour les patients. Au mois de janvier 2012, on dénombrait 504 organisations ayant cette reconnaissance officielle à travers le monde* »

¹¹¹Source : Medical Tourism. Baja California. Récupéré le 05 avril 2022 de <https://www.medicaltourism.com/mta-members/baja-california>

¹¹²Source : M.Tremblay. Le tourisme médical : quel rôle pour l'État ? (Février 2012) p8. Récupéré le 16 décembre 2021 de <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/03/030293256.pdf>

Acteur 6 :

Enfin, le dernier acteur à prendre en compte dans ce tourisme médical est le gouvernement. Ce ne sont pas des acteurs de premier front tels que les organisations ou les associations, mais il est clair que face à ce phénomène d'expansion, ils ne peuvent rester silencieux. Le problème qui se pose alors est la corruption et principalement dans des pays moins développés comme l'Amérique latine.

Selon le chirurgien J.Mejia¹¹³, « *la corruption ici signifie que des types de personnes ont eu la force à un moment donné lorsque le projet de loi a été lancé et que de l'argent a été donné aux sénateurs pour qu'un tel projet de loi ne soit pas exécuté, donc il y a un vide juridique assez important qui rend difficile pour la personne qui vient de l'extérieur de choisir un chirurgien plastique. En fait, un moment donné, la société colombienne de chirurgie plastique a voulu faire de la publicité pour cela auprès du public et il s'avère que les personnes dont je vous parle ont intenté un procès à la société de chirurgie plastique parce que cela affectait leur travail* ».

¹¹³Source: interview avec le docteur J.Mejia disponible en annexe

3.4.LES DÉFIS DU TOURISME MÉDICAL ESTHÉTIQUE

Plusieurs problèmes se posent au niveau du tourisme médical. Ainsi, le tourisme médical est soumis à divers défis.¹¹⁴

Défi 1 : Mettre en place de bons moyens de communication

Dans un premier temps, il existe une remise en cause des moyens de communication à distance, car celle-ci ne permet pas d'avoir des échanges constructifs, objectifs et irréprochables avec le patient afin d'analyser son diagnostic de manière totalement objective.

S.Akacha, étudiante en dernière année de bachelier en assurance à Francisco Ferrer explique « *personnellement j'ai fait une rhinoplastie. Au début, je voulais me rendre en Turquie, car c'était moins cher et le rendez-vous était plus rapide. Cependant, les échanges ne se sont pas forcément bien passés. Je n'étais absolument pas rassurée, je n'avais aucun contact avec le chirurgien, mais seulement avec son assistante. Celle-ci était désagréable et on ne savait pas discuter avec eux autrement que par message. Le chirurgien aurait simplement évalué mes photos et déjà proposé un rendez-vous sans rendez-vous préopératoire. J'ai donc préféré finalement le faire en Belgique.* »

Défi 2 : Mettre en place un moyen pour la récupération postopératoire des patientes

Dans un deuxième temps, la récupération postopératoire est également un grand défi du tourisme médical.

Il existe un nombre inconnu de patients et de médecins qui se retrouve face à des situations postopératoires compliquées et refusent voire n'osent pas prendre en charge. C'est le cas de plusieurs influenceuses par exemple Luna Sky¹¹⁵ qui a eu une infection dans le sang suite à une augmentation des fesses. Elle s'est retrouvée 4 jours en réanimation et l'a annoncé publiquement sur Snapchat et Instagram.

C'est également le cas d'une autre célèbre influenceuse nommée Léa Mary. Elle aurait donné une interview où elle explique ce qui s'est réellement passé. Elle aurait d'abord réalisé une augmentation des fessiers deux fois avec un résultat complètement disproportionné. Elle a voulu ensuite retirer la masse en trop, mais elle a eu énormément de mal à trouver un chirurgien voulant corriger le travail d'un autre.¹¹⁶

¹¹⁴Source : M.Horowitz et J.Rosenzweig. Medical Tourism-Health care in the global economy (décembre 2007). Récupéré le 07 avril 2022 de <http://web.nchu.edu.tw/pweb/users/hychuo/lesson/5877.pdf>

¹¹⁵Source : A.Fournier. Luna Skye raconte ses problèmes de santé (08 janvier 2022). Récupéré le 07 avril 2022 de <https://www.programme.tv/news/actu/214400-luna-skye-raconte-ses-nombreux-problemes-de-sante-je-vais-avoir-des-sequelles/>

¹¹⁶Source : S.Spet. Cette chirurgie esthétique qui a failli très mal tourner pour Lea Mary (14 mars 2022). Récupéré le 07 avril 2022 de <https://www.programme.tv/news/actu/215147-jai-cru-que-jallais-y-passer-cette-operation-de-chirurgie-esthetique-qui-a-failli-tres-mal-tourner-pour-lea-mary/>

Comme le précise P.A.Bovier¹¹⁷, les frais alors sont à la charge du patient et dans certains pays malheureusement, « *il n'existe tout simplement pas de législation qui définit la responsabilité des prestataires de soins en cas d'erreur médicale. Il est donc impossible de faire un recours* ».

C'est ce qui pourrait par exemple se passer pour une patiente quelconque revenant d'une clinique clandestine de Colombie. En effet, selon Alina G. Mejia et Ali S¹¹⁸, « *À Cali en 2005, le président régional a dénoncé l'existence d'au moins 15 cliniques clandestines avec plus de 60 personnes pratiquant de manière illégale la chirurgie esthétique...* »

Rapport avec le Serment d'Hippocrate :

Le fait que des cliniques clandestines se développent démontre clairement que les médecins tentent de pratiquer au-delà de leurs compétences. C'est un principe qui va complètement à l'encontre du Serment d'Hippocrate qui précise comme suit : « *Je préserverais l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.* »

Ces situations sont fréquentes en Amérique latine pour la simple et bonne raison que la chirurgie esthétique n'est pas réglementée. Par exemple, comme l'a expliqué le chirurgien J.Mejia durant son interview : « *il n'y a pas de loi en tant que telle qui dit que vous ne pouvez pas faire de la chirurgie plastique en tant que médecin, donc beaucoup de personnes et de médecins en général qui n'ont aucun principe éthique pratiquent la chirurgie plastique* ».

En Colombie par exemple, il n'y a que 3 spécialités réglementées qui sont la radiologie, l'anesthésie et l'obstétrique

Étude 1 :

D'après une étude britannique réalisée en 2018 et publiée dans l'Aesthetic Surgery Journal¹¹⁹ sur la chirurgie esthétique, 24 patientes se sont rendues à l'étranger et ont rencontré des complications postopératoires. L'âge de ces patientes était majoritairement de 25 à 58 ans. Seules deux patientes n'ont pas spécifié leur âge. Ces patientes se sont rendues dans différents pays tels que Colombie, Turquie, Pologne et Roumanie.

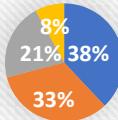
100% des patientes ont eu des complications postopératoires suite à l'intervention réalisée.

¹¹⁷Source : P.A.Bovier. Explosion du tourisme médical. Des voyageurs d'un nouveau type ? (2008). Récupéré le 29 mars 2022 de https://www.revmed.ch/view/571717/4542547/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2008-19s_sa03_art03.pdf

¹¹⁸Source : Alina Gomez M., et Ali S. Chapitre 12 : Gestion des risques pour la santé : le cas des programmes sociaux de chirurgie esthétique en Colombie (2012). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=YKcbaYK8VM4C&oi=fnd&pg=PA209&dq=clinique+clandestine+colombie&ots=NLWmGjZuB8&sig=agSp8Q2BJOF-m2VHkjNhaD6DsSU#v=onepage&q&f=false>

¹¹⁹Source : A.Hart. Journal of plastic, reconstructive and aesthetic surgery (mars 2022). Récupéré le 25 avril 2022 de <https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-plastic-reconstructive-and-aesthetic-surgery>

TYPES DE CHIRURGIE ESTHETIQUE



■ IMPLANTS FESSIER ■ AUGMENTATION MAMMAIRE ■ ABDOMINOPLASTIE ■ COMBLEMENT VISAGE

Source : A.Hart. Journal of plastic, reconstructive and aesthetic surgery (mars 2022). Récupéré le 25 avril 2022 de <https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-plastic-reconstructive-and-aesthetic-surgery>

Le problème des pays exotiques comme la Colombie, la République Dominicaine ou le Brésil est que les patientes sont exposées davantage à des risques dans des climats tropicaux. Par exemple, l'exposition au soleil pourrait aggraver la cicatrisation. Le tabac peut également compliquer la cicatrisation.

Il est très compliqué de diagnostiquer un problème postopératoire surtout à distance. Dans la plupart des cas, les chirurgiens prescrivent des antibiotiques à l'aveugle sans avoir eu de consultation préentielle avec la patiente.¹²⁰

Selon B.Allegranzi¹²¹ , il a été démontré que les complications suite à une intervention dans un pays en développement sont plus élevées que des complications dans un pays développé. « *L'infection du site opératoire était la principale infection dans les hôpitaux (incidence cumulative regroupée de 5-6 pour 100 interventions chirurgicales), ce qui est étonnamment plus élevé que les proportions enregistrées dans les pays développés.* »

Rapport avec mon étude :

Pour faire un parallèle avec mon étude qualitative, une question a été posée sur le respect du Serment d'Hippocrate. 56% ont affirmé que le serment était respecté et 4% ont affirmé avoir eu un mauvais suivi postopératoire. Le cas inverse, pour 44% qui ont affirmé que le Serment d'Hippocrate était respecté, 14% estiment avoir eu un très bon suivi.

32% sur 44% des patientes affirment avoir été contentes des résultats prodigués en postopératoire. On pourrait donc supposer qu'un bon suivi a eu lieu.

¹²⁰Source : K.Miyagi, D.Auberson, A.J.Patel, C.M.Malata .The unwritten price of cosmetic tourism.(Janvier 2012). Récupéré le 25 Janvier 2022 de [The unwritten price of cosmetic tourism: An observational study and cost analysis - ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-plastic-reconstructive-and-aesthetic-surgery)

¹²¹B.Allegranzi et plus. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis (15-21 Janvier 2011). Récupéré le 25 Janvier 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673610614584>

Il est impossible d'avoir les données exactes d'intervention réalisée et également le nombre de complications postopératoires au retour au pays d'origine¹²².

Étude 2 :

Une étude a été réalisée en 2016 sur des patientes originaires de Suisse ayant réalisé une augmentation mammaire en République Dominicaine. Il s'est avéré que 47% d'entre elles sont revenues avec des germes extrêmement résistants¹²³.

En effet, certaines bactéries venant de pays exotiques comme l'Amérique latine ou l'Afrique sont atypiques et peuvent être très résistantes. Le problème avec ces bactéries c'est qu'elles sont généralement détectées beaucoup plus tard, car la période d'incubation est longue.

La source réelle n'a pas encore été déterminée, mais il existe de nombreuses possibilités telles que l'eau du robinet, le matériel de certains chirurgiens pas correctement stérilisé, etc.

¹²²Source: E.Alp, F.Elmalı, S.Ersoy, C.Kucuk, M.Doganay. Indice and risks factors of surgical site infection in a developing country (03 septembre 2013). Récupéré le 30 Janvier 2022 de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00595-013-0705-3>

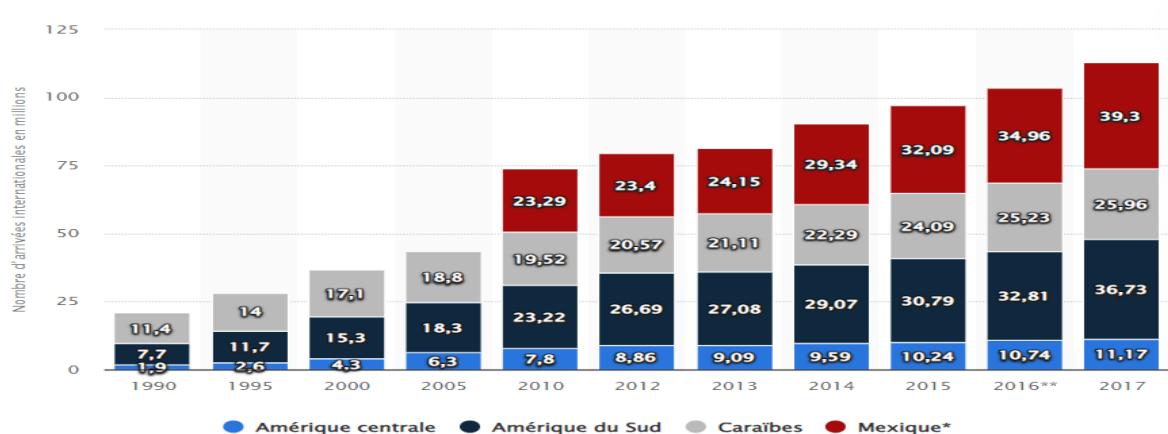
¹²³Source : D.Schnabel et autres. PMC.Multistate US outbreak of rapidly growing mycobacterial (Aout 2016). Récupéré le 30 Janvier 2022 de [Multistate US Outbreak of Rapidly Growing Mycobacterial Infections Associated with Medical Tourism to the Dominican Republic, 2013–2014 - Volume 22, Number 8—August 2016 - Emerging Infectious Diseases journal - CDC](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4947033/)

4. MARCHANDISATION DES SOINS DE SANTÉ

4.1. INTRODUCTION ET DONNÉES

Comme nous l'avons constaté, il existe de nombreuses motivations qui poussent les patients touristes à se rendre à l'étranger. Comme l'indiquent également la plupart des auteurs, le tourisme esthétique a augmenté en Amérique latine depuis de nombreuses années.

En effet, si l'on se base sur les données récoltées sur Statista¹²⁴, le graphique ci-dessous montre le nombre d'arrivées des touristes internationaux médicaux vers l'Amérique latine de 1990 à 2017. Comme on peut le constater, il y a eu une évolution progressive. L'année 1990 est une année clé du tourisme esthétique, car comme nous l'avons vu dans la partie histoire et évolution, c'est à cette année que des flux de migrations des touristes médicaux vers l'Amérique latine ont été constatés.



Source : Statista. Nombre d'arrivées de touristes médicaux internationaux en Amérique latine de 1990 à 2017, par région. Récupéré le 27 avril 2022 de <https://fr.statista.com/statistiques/573672/arrivees-de-touristes-internationaux-en-amérique-latine/>

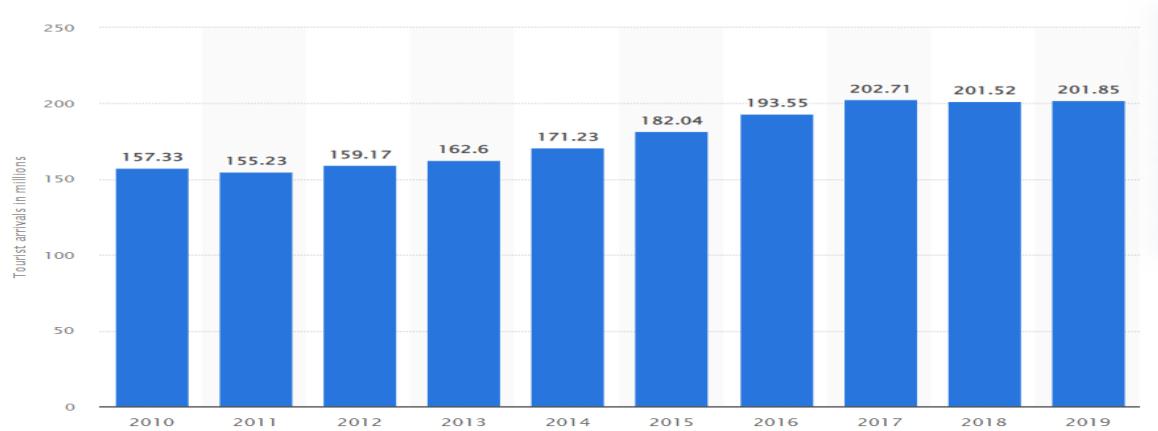
Si l'on regarde l'année 1990, on constate que 7,7 millions de touristes médicaux se sont rendus en Amérique du Sud et 11,4 millions dans les Caraïbes.

Si l'on compare à 2017, on constate que les touristes médicaux ont augmenté et sont passés à 36,73 millions pour l'Amérique du Sud et à 25,96 millions pour les Caraïbes.

En l'espace de 27 ans, on constate une augmentation de 29,03 millions de touristes médicaux pour l'Amérique du Sud et 14,56 millions pour les Caraïbes.

¹²⁴Source : Statista. Nombre d'arrivées de touristes internationaux en Amérique latine de 1990 à 2017, par région. Récupéré le 27 avril 2022 de <https://fr.statista.com/statistiques/573672/arrivees-de-touristes-internationaux-en-amérique-latine/>

Voici un autre graphique exprimant les données récoltées sur Statista¹²⁵. Le graphique ci-dessous démontre la situation des arrivages des touristes médicaux en Amérique latine et dans les Caraïbes sur une période de 10 ans allant de 2010 à 2019 (exprimé en millions). On voit clairement une augmentation constante des touristes venant en Amérique latine.



Source : Statista. Number of international medical tourist arrivals in Latin America and the Caribbean from 2010 to 2019. Récupéré le 27 avril 2022 de <https://www.statista.com/statistics/1122147/number-international-tourist-arrivals-latin-america-caribbean/>

La logique marchande du monde médical existe dans plusieurs pays. Le problème dans la société actuelle est que tout type de problème est traité comme un problème médical alors qu'il n'en est pas forcément de la sorte. On parle par exemple de mal-être psychique qui peut engendrer un mal-être physique et qu'on tente de résoudre par le biais médical.

Selon C.A.Gomez¹²⁶ « *notre système de consommation a permis l'émergence d'une autre fonction à côté des devoirs de soins : la possibilité de réaliser les souhaits des patients* ». Le but n'est plus donc de soigner, mais de réaliser le désir du patient.

Il précise également que grâce à la mondialisation des soins de santé, de plus en plus de villes sont en possession de service de santé de qualité supérieure et cherche à attirer des patients au niveau international dans un but médical sous plusieurs formes.

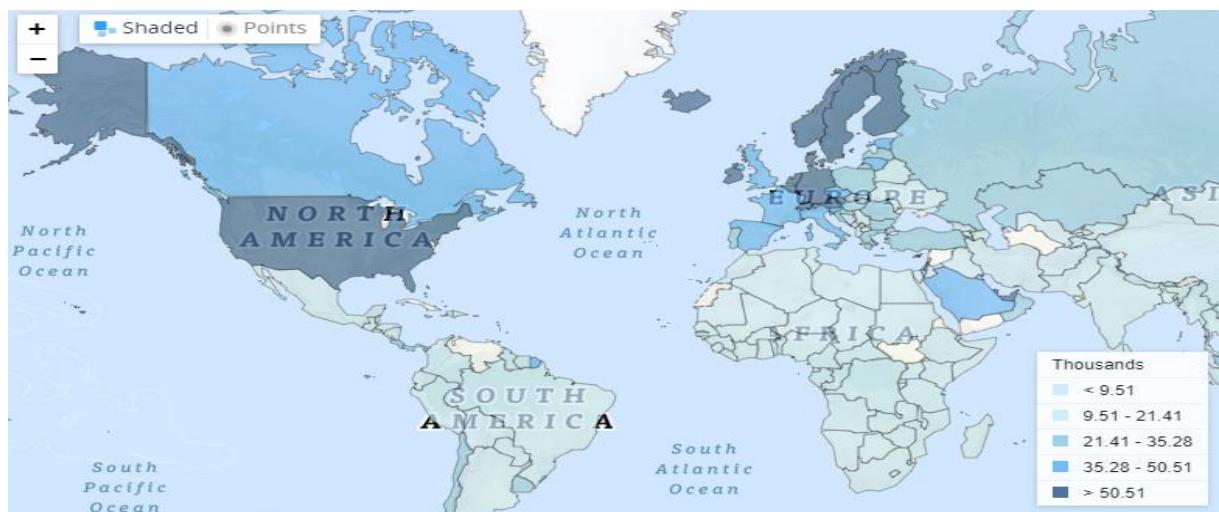
¹²⁵Source : Statista. Number of international tourist arrivals in Latin America and the Caribbean from 2010 to 2019. Récupéré le 27 avril 2022 de <https://www.statista.com/statistics/1122147/number-international-tourist-arrivals-latin-america-caribbean/>

¹²⁶Source : C.Andres Gomez Garcia. Turismo de salud : una forma de medicalización de la sociedad? (Décembre 2017). Récupéré le 26 avril 2022 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-44492017000200051

C'est par exemple le cas de la Colombie. Le chirurgien J.Mejia¹²⁷ précise «*qu'une chose qui augmente beaucoup le flux de patients étrangers dans le cas de la Colombie est le fait qu'il y a beaucoup de Colombiens vivant à l'étranger et comme sans aucun doute le niveau de qualité de la chirurgie plastique est très bon, ils ont l'occasion de montrer à leurs amis leurs résultats et cela les encourage à venir aussi quand ils ont une personne qu'ils connaissent qui a eu une expérience satisfaisante dans notre pays* »

Le gouvernement a donc été motivé et encourage cette marchandisation des soins de santé pour d'une part, augmenter les revenus et de l'autre part, perfectionner la compétitivité des secteurs relatifs au tourisme et à la santé.

Selon des données présentées par la Banque Mondiale¹²⁸, sur la carte ci-dessous élaborée en 2020, nous pouvons constater que le PIB dans les pays d'occident est nettement plus élevé que les PIB en Amérique latine et dans les Caraïbes.



Source : La banque mondiale. PIB par habitant(2020). Récupéré le 26 avril 2022 de <https://donnees.banquemondiale.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?type=shaded&view=map>

On peut constater que les personnes venant des pays aisés tels que les États-Unis ou l'occident avec un PIB supérieur à 50.51 et se déplacent vers l'étranger dans un but esthétique dans des pays nettement moins aisés comme l'Amérique latine où le PIB est clairement inférieur à 9.51.

Selon un rapport publié par Deloitte en 2009¹²⁹, un nombre de 150.000 patients en 2006 se serait rendu en Amérique latine afin de se faire soigner. En 2007, le nombre est passé à 750.000 patients.

¹²⁷Source : Interview avec le docteur J.Mejia disponible en annexe

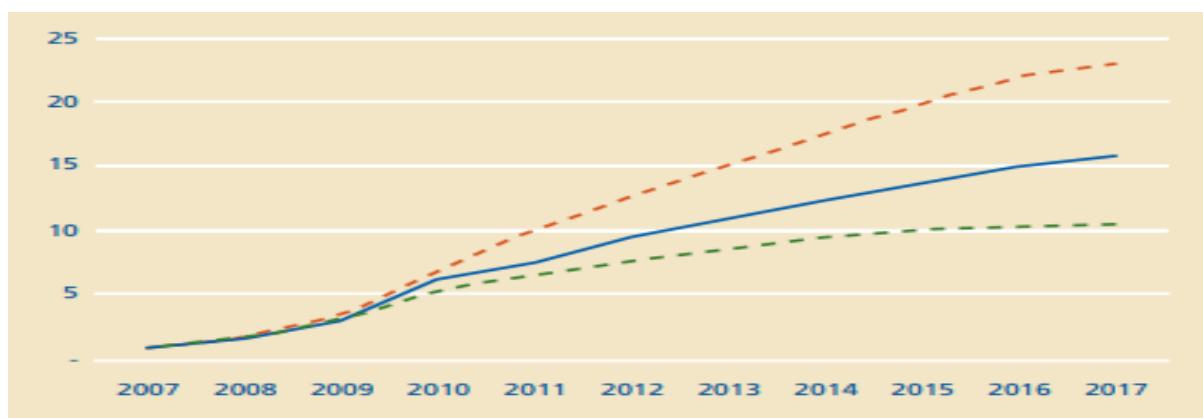
¹²⁸Source : La banque mondiale. PIB par habitant(2020). Récupéré le 26 avril 2022 de <https://donnees.banquemondiale.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?type=shaded&view=map>

¹²⁹Source : J-F.Nys. Les nouveaux flux de migration médicales (Janvier 2010) p24-35. Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.cairn.info/revue-internationale-et-strategique-2010-1-page-24.htm>

Le même rapport précise que 52% des Européens se disent prêt pour se déplacer dans des pays tels que l'Amérique du Sud pour se faire soigner.

D'après des données récoltées par le Panorama de la santé en 2011¹³⁰, « *le total des importations déclarées de voyages liés à la santé s'est élevé chacun à plus de 6 milliards d'USD en 2009* »

Comme l'indique l'évolution du graphique ci-dessus, la courbe bleue qui est celle qui représente la courbe des touristes médicaux américains voyageant pour recevoir des soins à l'étranger. On peut constater que le tourisme esthétique a évolué de manière constante sur une période de 10 ans. En 2007, on comptait moins de 5 millions de touristes médicaux américains contre plus de 15 millions en 2017.

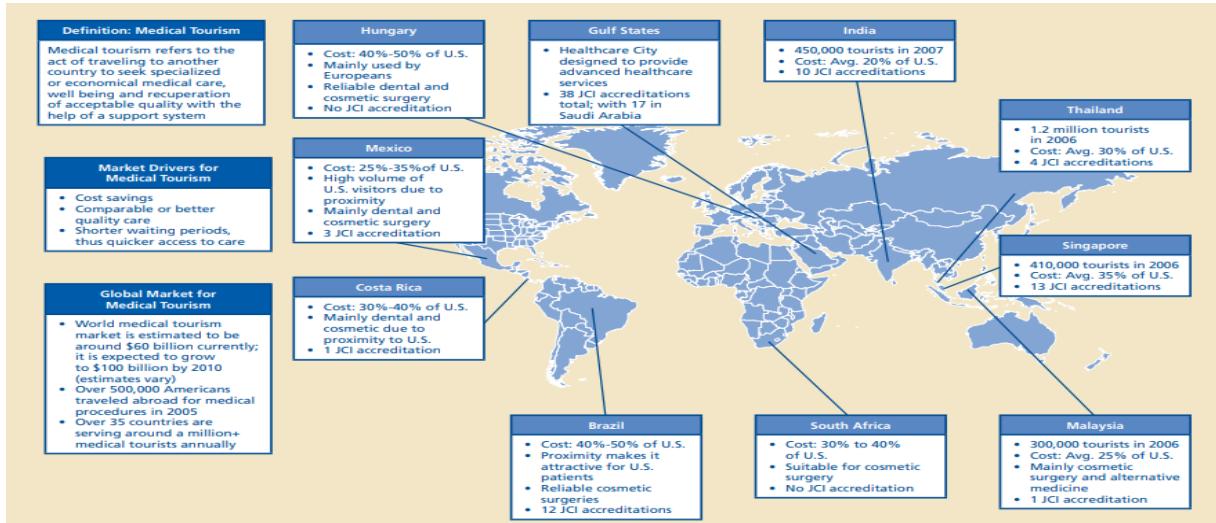


Source : P.H.Keckley. Medical Tourism. Consumers in search of value (2008). Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.globalwellnesssummit.com/wp-content/uploads/Industry-Research/Americas/2008-deloitte-medical-tourism-consumers.pdf>

Le docteur J.Mejia affirme que la plus grande partie de sa patientèle provient des États-Unis. Ce qui signifie que 15 ans plus tard (de 2017 à 2022), on constate la même tendance des Américains se rendant à l'étranger dans un but esthétique.

¹³⁰Source : OCDE. Panorama de la santé 2011 : les indicateurs de l'OCDE (2011). Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.oecd.org/fr/france/49084343.pdf>

Toujours selon le même rapport de Deloitte, la carte mondiale ci-dessous démontre que l'Amérique latine est prisée par la chirurgie esthétique.



Source : P.H.Keckley. Medical Tourism. Consumers in search of value (2008). Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.globalwellnesssummit.com/wp-content/uploads/Industry-Research/Americas/2008-deloitte-medical-tourism-consumers.pdf>

Comme on peut le constater sur la carte du monde présentée par Deloitte, le Brésil par exemple coute entre 40% et 50% moins cher pour tout type de chirurgies plastiques. De plus, le pays dispose d'un agrément par le JCI (Joint Commission International).

La mission principale de la JCI¹³¹ « *est d'améliorer continuellement la sécurité et la qualité des soins dans la communauté internationale par le biais de l'éducation, des services consultatifs, et de l'accréditation et de la certification internationales.* »

Selon L.Menvielle et N.Tournois¹³², « *6 millions de personnes ont eu recours à ce type de tourisme* »

Rapport avec mon étude :

Un parallèle peut alors être fait avec mon étude qualitative qui démontre également que l'Amérique latine est prisée par la chirurgie esthétique. En effet, sur 50 personnes la majorité s'est rendue en République Dominicaine (37%), suivie de très près par la Colombie (31%) et le Brésil (22%). Cuba et le Mexique se retrouvent en dernière position avec respectivement 6% et 4%.

¹³¹Source : Joint Commission International. Who we are. Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-we-are/>

¹³²Source : L.Menvielle et N.Tournois. Tourisme médical : problèmes éthiques dans un contexte de globalisation (2004). Récupéré le 17 avril 2022 de http://archives.marketing-trends-congress.com/2010/Materiali/Paper/Fr/Menvielle_Tournois.pdf

4.2. LA PUBLICITÉ AUTOUR DES SOINS DE SANTÉ

Au niveau de la mondialisation des soins de santé, il est important de soulever l'aspect publicitaire autour duquel tourne la chirurgie esthétique. En effet, si le but d'une publicité est d'inciter le consommateur à l'achat, il en va de même pour les publicités tournant autour de la chirurgie esthétique qui incite le consommateur à se faire opérer.

Comme nous l'avons analysé dans la première partie relative au serment d'Hippocrate, la publicité autour de la médecine est interdite. Il est uniquement autorisé d'utiliser la publicité à titre informatif. Or, c'est le problème principal qui se pose. Une volonté existe de la part de différents auteurs et de différents gouvernements de rendre cette publicité plus libérale, car il peut y exister une confusion.

Comme le précise W. Ben Jemia et A.Frikha¹³³, il existe une augmentation d'expression publique de la part de divers chirurgiens depuis plusieurs années. Cette augmentation est expliquée par le développement d'Internet 2.0 où la plupart ont commencé à l'utiliser de manière massive.

Ces auteurs expliquent que la publication de photos, vidéos et procédures en direct s'est amplifiée davantage sur les réseaux sociaux tels qu'Instagram, TikTok, etc.

E.Mercier¹³⁴ clarifie que «*la chirurgie esthétique fait constamment appel à différentes formes de mise en marché* »

Au niveau de la Colombie par exemple comme le précise J.Mejia, «*il ne semble pas que de voir la publicité comme une conduite contraire à l'éthique je ne fais jamais de publicité mais je pense que c'est un outil valide pour qui veut l'utiliser mais c'est une décision plus personnelle* ».

¹³³Source : W.Ben Jemia et A.Frikha. Plastic Surgery : quand les chirurgiens esthétiques s'emparent des réseaux sociaux (Mars 2021). Récupéré le 09 mai 2022 de <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2021-3-page-85.htm?contenu=article>

¹³⁴Source : E.Mercier. La mise en discours et la mise en marché de la chirurgie esthétique (Avril 2007). Récupéré le 09 mai 2022 de https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/18081/Mercier_Elisabeth_2007_memoire.pdf?sequence=1

Publicité des chirurgiens :

Pour démontrer que la chirurgie esthétique utilise la publicité, nous allons prendre l'exemple du Docteur H.Cabral¹³⁵ chirurgien en République Dominicaine. Celui-ci utilise Instagram comme moyen principal pour faire sa publicité, ses promotions et poster la mise à jour de son agenda. Il publie généralement ses résultats et un lien direct qui permettent de faire sa réservation pour la chirurgie esthétique.

D'autres chirurgiens proposent des offres promotionnelles sur des opérations. Par exemple, ils s'adaptent au black Friday et proposent 30% de remise sur la chirurgie choisie¹³⁶.

Publicité des patients :

La publicité autour de la chirurgie esthétique ne se fait pas uniquement par les praticiens. En effet, les patientes jouent un rôle important également. La plupart disposent d'une visibilité accrue sur les réseaux sociaux ce qui permet de toucher une cible plus large de population. D'autres font des recommandations du bouche-à-oreille. D'autres se servent des différentes pages pour y laisser un avis (groupe Facebook, google avis etc).

Publicité des partenariats :

En effet, la plupart des chirurgiens sont en partenariat avec des cliniques, des hôtels, des agences, etc. De ce fait, cela permet de leur offrir une plus grande visibilité et d'être plus connus s'ils s'associent à d'autres organismes sur le marché afin de se faire connaître.

Rapport avec le serment d'Hippocrate :

Il est clair et évident que comme présenté, la publicité a pris une tournure de plus en plus antiétique et démontre de sérieux problèmes de déontologie. Si l'on reprend un paragraphe sur le serment d'Hippocrate, « *même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité* ». Or, il est clairement évident que la publicité va à l'encontre de la loi présentée par le code de déontologie des médecins.

Rapport avec mon étude :

Pour faire un lien avec mon étude, 56% estiment que le serment d'Hippocrate n'est pas respecté. Sur ce pourcentage, une grosse majorité (36%) justifie cette décision à cause du côté trop commercial de la chirurgie esthétique (publicité et commerce).

¹³⁵Source : disponible en annexe section « pricing ».

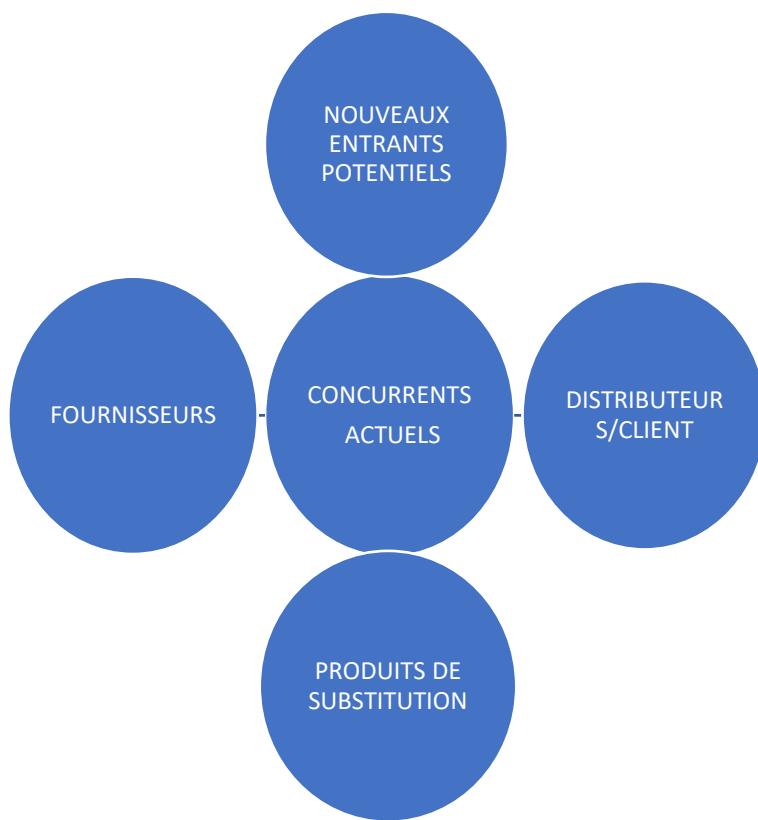
¹³⁶Source : disponible en annexe section « pricing ».

4.3. LES CINQ FORCES DE PORTER

Le tourisme médical en général représente un axe important de développement¹³⁷.

Cependant, il faut faire attention aux conditions politiques et géopolitiques d'un pays. Par exemple, il est évident et connu que dans des pays comme l'Amérique latine la corruption existe encore et toujours.

Nous allons analyser le tourisme médical esthétique par le biais du modèle des 5 forces de M.Porter. Le but de ce modèle est d'analyser l'intensité de la concurrence, son attractivité et sa rentabilité par rapport au marché esthétique.



Source : B.Feys. Cours d'introduction au management ICHEC.

¹³⁷Source : W.Menville, L.Menvielle. Le tourisme médical : un secteur stratégique de développement pour les États.(Février 2013). Récupéré le 22 décembre 2021 de <https://www.cairn.info/revue-internationale-et-strategique-2013-2-page-153.html>

Nous allons commencer l'analyse des forces qu'énonce Porter.

Force 1 : Pouvoir de négociation des clients

Il est important de souligner que sur un marché quelconque, les clients disposent d'un pouvoir de négociation et il existe sur le marché esthétique. Malgré la croissance du marché esthétique depuis de nombreuses années, les clients du tourisme esthétique restent nombreux mais sont face à des offres multiples. (oligopsonie). C'est l'avantage pour eux d'élargir leur possibilité de négociation en se dirigeant vers le chirurgien de leur choix sur le marché étant que donné qu'il existe plus d'offre que de demande.

Par exemple des chirurgiens en Amérique Latine proposant des offres avec différents prix, le consommateur choisira ou négociera avec celui qui propose la meilleure offre.

Par contre si un seul chirurgien proposerait par exemple l'augmentation mammaire, le patient n'aurait pas d'autres choix que de se rendre chez ce chirurgien-là et les prix seraient plus difficile à négocier car il n'y a pas d'autre choix sur le marché.

Force 2 : Le pouvoir de négociation des fournisseurs

Le pouvoir des fournisseurs semble faible dans un marché esthétique car ils sont nombreux et proposent chacun des offres diversifiées. De ce fait, leur pouvoir de négociation est très fiable.

S'ils sont moins nombreux, alors le pouvoir de négociation est très bon puisque le chirurgien ne dispose alors pas de multiples possibilités.

Par fournisseur on entend tous ceux qui contribuent au marché esthétique tels que les machines, les implants, les ustensiles, les médicaments et bien d'autres.

Par exemple, pour les implants mammaires il existe plusieurs fournisseurs tel que MENTOR, SIENTRA, POLYTECH etc. Chaque fournisseur proposera ses prix et sa description qui conviendra au chirurgien qui le sélectionne.

Par exemple, pour la liposucción il existe également de multiples fournisseurs tels que NOUVAG, AART, HUMAN LED, MEDUTEK etc¹³⁸

¹³⁸Source : Medical Expo. Compare connect buy. Récupéré le 16 mai 2022 de <https://www.medicalexpo.fr/fabricant-medical/aspirateur-liposucción-12816.html>

Force 3 : la menace de produits ou services de substitution

Il s'agit en réalité de trouver une alternative de qualité avec un produit différent mais qui procure le même résultat. Il s'agit d'une menace potentiel sur le marché puisque le rapport qualité-prix devient alors supérieur à l'offre qui est sur le marché.

Par exemple, un chirurgien esthétique qui réalise une liposuccion. Certains utilisent une technique traditionnelle d'autre utilise le lipovaser comme par exemple le chirurgien J.Suarez. Le but est d'arriver au même résultat mais par un moyen différent.

Si ce chirurgien est le seul à utiliser cette technique en Colombie, les autres pourraient alors par exemple s'ajuster en ajoutant d'autres fonctionnalités intéressantes pour la liposuccion, diminuer les prix dans le but d'attirer une patientèle plus large puisque comme nous l'avons vu, c'est l'une des plus grandes motivations des touristes médicaux.

Les chirurgiens pourraient aussi alors tous se procurer le même produit et adopter la même offre.

Force 4 : la menace des nouveaux entrants potentiels

La menace des nouveaux entrants est moyenne. En effet, les chirurgiens qui auraient la possibilité de financer de nouvelles technologies pour la liposuccion par exemple seraient vus comme une menace. Au contraire, des chirurgiens qui n'auraient pas forcément les moyens financiers nécessaires au développement de nouvelles technologies dans le domaine esthétique ne seront pas vus comme une menace.

Ainsi, la menace est forte puisque cela dépend de divers facteurs tels que la fidélité des patients envers leur chirurgien, la bonne réputation, leur stabilité face à l'évolution du marché esthétique, la naissance des concurrents mondiaux dans le domaine etc

Néanmoins, il est possible de mettre des barrières à cette menace comme par exemple un chirurgien qui tente d'y entrer afin de proposer la technique du Lipovaser alors que d'autres chirurgiens l'utilisent déjà.

Une autre barrière par exemple qui limiterait l'entrée de la concurrence serait la réputation d'une clinique d'un chirurgien qui diminuerait les chances aux nouveaux entrants de se concurrencer.

Force 5: Intensité de la rivalité entre les concurrents

L'intensité de la rivalité entre les concurrents est relative. Sur le marché esthétique, différents chirurgiens se battent dans le but de rester le meilleur sur le marché ou de maintenir leur position. Il existe alors entre ces concurrences des rapports de forces plus intenses ou moins intenses.

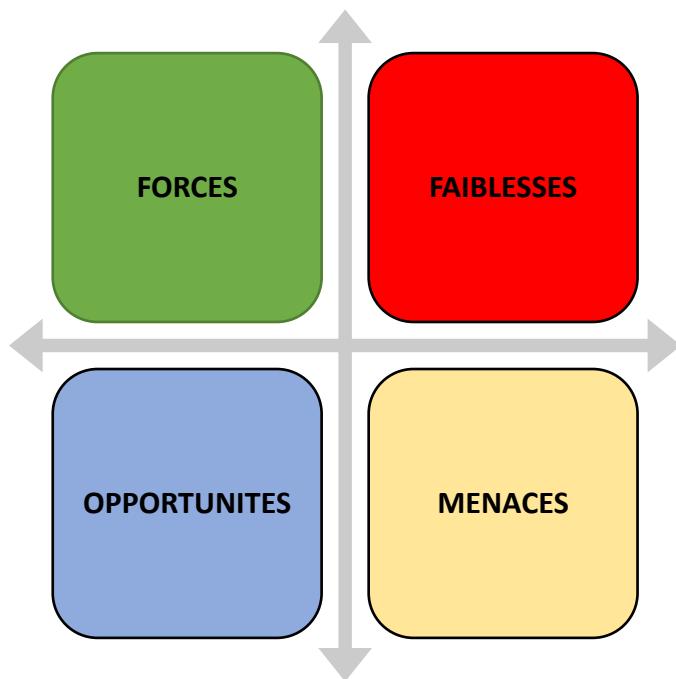
Ces rapports de forces dépendent de différents facteurs.

Nous allons analyser trois rapports de forces relatifs au marché esthétique.

- 1- Cela peut dépendre de l'attractivité. En effet, plus le chirurgien est attractif plus il aura de chance de cibler une patientèle plus large. Son attractivité peut dépendre de nombreux facteurs comme par exemple sa localisation, sa réputation, ses prestations, ses prix, le service et autres facteurs pouvant être pris en compte.
- 2- Cela peut dépendre du nombres de cliniques sur le marché esthétique. En effet, plus il existe de clinique similaire plus la concurrence est accrue entre elles
- 3- Cela peut dépendre des perspectives de développement. En effet, prenons le cas d'une clinique qui se développe de manière internationale. Par exemple une clinique X dont le siège social est en Colombie décide d'ouvrir le cabinet X à Miami. Cela permettrait non seulement d'augmenter la concurrence mais de se faire connaitre sur un marché esthétique d'un autre territoire et d'attirer une patientèle potentiellement plus grande.

4.4. ANALYSE SWOT DU MARCHE ESHTÉTIQUE

Passons à présent à l'analyse SWOT relative au tourisme médical esthétique. Cette analyse permet d'analyser les facteurs internes et externes qui pourraient avoir un impact positif ou négatif sur le développement du marché esthétique.



Source : B.Feys. Cours d'introduction au management ICHEC.

En matière de tourisme médical esthétique, plusieurs forces peuvent être relevées.

Force 1 :

La première force est relative aux équipements et aux dernières technologies. Selon L.Menvielle¹³⁹, les techniques à l'étranger seraient plus développées qu'en Occident.

Pour faire un parallèle avec mon étude qualitative, un pourcentage majoritaire de 66% estime que l'Amérique latine est plus développée en termes de techniques que l'Europe.

Étant donné que les chirurgiens du Chirec par exemple ne pratiquent pas de liposuccion (trop risquée) comparé aux chirurgiens en Colombie, on pourrait émettre l'hypothèse qu'ils ne sont pas assez développés en matière de chirurgie esthétique et de technologies.

Ainsi la patientèle préfère alors se diriger vers l'étranger d'autant plus que certains chirurgiens comme le docteur Jose Suarez expliquent les dernières techniques innovatrices utilisées.

¹³⁹Source : L.Menvielle, W.Menvielle et N.Tournois. Panorama du tourisme médical : une logique de flux migratoire (septembre 2010). Récupéré le 13 avril 2022 de https://www.researchgate.net/profile/William-Menvielle/publication/284174124_Panorama_du_tourisme_medical_Une_logique_de_flux_migratoires/links/564de33108ae1ef9296b3d6a/Panorama-du-tourisme-medical-Une-logique-de-flux-migratoires.pdf

Force 2 :

La deuxième force est la spécialité médicale reconnue en Amérique latine. En effet, la plupart des chirurgiens font partie de l'ISAPS ou FILACP¹⁴⁰.

Il est ainsi facile pour un patient de se renseigner au préalable sur un chirurgien plasticien et ne pas se rendre dans des cliniques clandestines.

On pourrait alors supposer que la reconnaissance et la certification exerçaient une influence importante sur le choix des patients pour un chirurgien à l'étranger.

Force 3 :

La troisième force concerne la prestation des chirurgiens esthétiques vis-à-vis de la patientèle. En effet, chaque patient entrant en contact avec le chirurgien reçoit un devis personnalisé. Chaque soin est adapté au patient et à leur envie. La chirurgie esthétique n'est pas un soin unique et commun à tout patient. Il s'agit d'un soin unique réalisé par patient et en fonction de leur besoin. C'est pour cela que la phase préopératoire est importante.

Pour faire une parallèle avec mon étude qualitative, 14% estiment que le docteur a une meilleure expérience et qu'il respecte mieux les envies des patientes.

20% sur 44% estiment que le serment est respecté, car justement les chirurgiens ont respecté les attentes des patientes.

Force 4 :

La dernière force concerne tout le personnel médical qui entoure le chirurgien. La plupart des chirurgiens sont entourés d'assistantes. Ceci facilite alors le travail du chirurgien et permet de se concentrer sur l'essentiel. L'assistante joue donc un rôle très important dans la communication avec le patient puisqu'elle représente son image.

Ensuite, il y a tout le personnel postopératoire comme les infirmières qui assurent un suivi et les soins de la patiente. Enfin, il existe d'autres acteurs, mais qui ne font pas partie du corps médical.

On peut faire alors un parallélisme avec mon étude qualitative. 10% sur 44% estiment avoir reçu un bon suivi postopératoire et 4% sur 44% estiment que le chirurgien avait bonne réputation.

¹⁴⁰Notez que ISAPS signifie "international society of aesthetic plastic surgery" et FILACP signifie "federacion ibero latinoamerica de cirugia plastica »

Nous allons dès à présent analyser les faiblesses du tourisme médical esthétique.

Faiblesse 1 :

La première faiblesse concerne la prise en charge inexiste dès le retour au pays d'origine. En effet comme nous l'avons vu tout au long de ce mémoire, la prise en charge dès le retour au pays est très coûteuse et parfois inexiste. Certains chirurgiens dans le pays d'origine refusent de prendre en charge des patients venant de l'étranger. Si certains d'entre eux acceptent, les coûts sont monstrueux.

Pour affirmer ces propos, nous allons reprendre ce que nous a expliqué le Docteur J Mejia¹⁴¹, chirurgien-plasticien en Colombie «*Mais ce qui est vrai, c'est que c'est une assurance qui ne vous couvre qu'en Colombie, ce n'est pas une assurance internationale. Nous imaginons que vous subissez une opération et que vous avez des complications, mais en dehors de la Colombie, l'assurance ne couvre pas qu'ici* ».

Faiblesse 2 :

La deuxième faiblesse concerne les risques possibles postopératoires. En effet, nous avons analysé diverses études de cas relatives à la chirurgie esthétique comme les risques postopératoires d'une augmentation mammaire ou encore d'une liposuccion. Dans 100% des cas, des complications ont été relevées.

Nous allons faire un parallèle avec une étude de cas réalisé sur un échantillon de 21 patients chacun opéré dans 5 cliniques différentes en République Dominicaine. Sur les 21 patients, 13 d'entre eux ont été opérés dans la clinique n°1. La totalité de ces patientes a été testée positive à une bactérie.

La faiblesse de se rendre à l'étranger est de revenir avec une bactérie ou des complications sévères pouvant être compliquées à traiter dans le pays d'origine.

¹⁴¹Source : interview avec le docteur J.Mejia disponible en annexe

Nous allons maintenant analyser les opportunités et les menaces possibles pour le domaine de la chirurgie esthétique.

Opportunité 1 :

Chaque chirurgien situé dans un pays en Amérique latine propose des soins de qualité avec des offres uniques sur le marché. Les prix étant moins élevés en Amérique Latine, les chirurgiens proposent des prestations esthétiques à moindre prix, mais avec la même qualité que dans les pays d'Europe ou d'Asie qui permet d'attirer une clientèle potentielle. Il existe alors une opportunité pour ces chirurgiens d'attirer de la patientèle des quatre coins du monde.

Opportunité 2 :

Une autre opportunité qui permettrait aux chirurgiens esthétiques de se développer est l'ouverture éventuelle d'une clinique pour gérer tout type de problèmes relatifs au postopératoire.

L'idéal serait d'ouvrir un centre juste à côté de la clinique afin de prendre en charge des pathologies moins graves ou graves. Ceci serait une opportunité de relever encore plus la réputation du chirurgien, mais permettrait aussi de descendre les coûts investis dans le pays d'origine en cas de risques survenus après l'opération.

Cette clinique pourrait comprendre des spécialistes et le coût pourrait être inclus dans le prix de l'opération en question.

Opportunité 3 :

Une autre opportunité serait les partenariats. En effet, la plupart des chirurgiens en Amérique latine font déjà des partenariats avec des hôtels ou des résidences afin de permettre aux patients de loger après son intervention opératoire et d'avoir un suivi régulier. Généralement, les prix sont plus avantageux.

C'est le cas par exemple du docteur J.Suarez en Colombie ou du docteur H.Cabral en République Dominicaine.

Il en va de même pour les partenariats avec les banques. Certains chirurgiens proposent des plans de financement. Ceci pourrait davantage attirer plus de patientèles même plus jeune.

Il peut aussi y avoir un partenariat avec les fournitures nécessaires au postopératoire comme les gaines. En effet, un prix pourrait être donné par le chirurgien si la patiente passe par un fournisseur en partenariat avec le chirurgien plutôt qu'avec un fournisseur externe.

On pourrait émettre la même hypothèse pour certaines pharmacies qui fourniraient des médicaments moins chers comparés à des pharmacies qui ne seraient pas en partenariat avec la clinique du chirurgien.

Opportunité 4 :

Une dernière opportunité possible est de se franchiser. Si un chirurgien franchise sa clinique, il aura plus de chance de conquérir le marché et de manière plus rapide. Si le chirurgien implante plusieurs cliniques dans différentes régions, il pourra gagner en visibilité. Le seul risque serait de trouver des chirurgiens travaillant de la même manière et les patients auront toujours le réflexe de se rendre dans la clinique officielle où travaille le chirurgien.

Enfin, nous allons terminer l'analyse par les menaces possibles du tourisme médical esthétique.

Menace 1 :

La première menace concerne la réputation de la clinique. En effet, les chirurgiens sont exposés à de nombreux risques et l'un des plus gros est sa réputation.

Si on fait un petit parallèle avec le scandale de meurtre d'une patiente du Docteur Cabral en République Dominicaine, on peut émettre comme hypothèse que cela pourrait avoir un impact sur le choix des futures patientes. Ce scandale a eu un très grand impact par exemple sur la fameuse rappeuse Cardi B qui a déclaré avoir été sur le point de se faire opérer par ce chirurgien avant ce scandale.

Ce qui est important à signaler, c'est que la plupart du temps les recommandations se font également du bouche-à-oreille.

Pour faire un parallèle avec mon étude qualitative, 14% estiment que le bouche-à-oreille a permis d'être définitif dans leur choix soit par le biais d'une amie ayant réalisé la chirurgie dans le pays soit par le biais de la famille qui est sur place et qui a plus facile à se renseigner.

Menace 2 :

Une autre menace serait de se retrouver en concurrence avec une autre clinique offrant le même type de prestations avec une offre similaire ou meilleure pouvant attirer plus de patientèle.

Menace 3 :

Enfin, une dernière menace concernerait la cassure du secret médical et du respect du règlement sur la protection des données à caractère confidentiel. Si par malheur des informations fuient, un procès pourrait avoir lieu et de nombreux frais importants pourraient être demandés à la clinique ce qui ferait perdre pied à celle-ci au niveau des tarifs et de la réputation.

4.4. QUE RETENIR DU TOURISME MÉDICAL ESTHÉTIQUE?

Comme nous avons pu le constater, les données pour le tourisme médical esthétique sont très difficiles à avoir. C'est pour cela que la plupart du temps, j'ai utilisé des données relatives au tourisme médical général et par la suite, j'ai émis des hypothèses.

De plus, le tourisme médical englobe diverses définitions et c'est ce qui complique également la récolte de données.

Le tourisme médical est en général protégé par le secret médical donc il en va de même pour le tourisme esthétique. Le plus souvent, des études qualitatives ou quantitatives sont réalisées afin d'avoir une récolte plus pertinente et plus ample de données.

De plus, le terrain d'étude étant l'Amérique latine, peu d'études existent précisément pour ces pays-là même si de nombreux touristes médicaux s'y rendent.

Comme nous l'avons vu, le tourisme médical existe depuis l'époque de l'Antiquité et n'a cessé de croître au fur et à mesure des années.

C'est vraiment à partir des années 1990 que le tourisme médical s'est rependu en Amérique du Sud et en Asie.

Ensuite, nous avons analysé les différentes motivations et constaté que le prix, la disponibilité à l'étranger et les technologies étaient les facteurs principaux qui poussaient les touristes médicaux à se rendre à l'étranger dans un but médical ou esthétique.

De nombreux acteurs sont également présents dans le tourisme médical esthétique comme les fournisseurs, les courtiers, les médias, etc. Le tourisme médical esthétique tourne autour d'acteurs différents et ne faisant pas forcément partie du monde médical.

Il a également été important de citer les différents défis auxquels fait face le tourisme médical esthétique. On note par exemple les moyens de communication à distance ou la récupération postopératoire pouvant engendrer de multiples complications dès le retour au pays d'origine.

Par la suite, un chapitre a été dédié à la mondialisation des soins de santé afin de démontrer qu'à l'heure actuelle, la médecine a viré vers le côté mercantile. Pour ce faire, les différents facteurs incitant le tourisme médical esthétique ont été analysés.

On pense alors aux facteurs généraux tels que le prix, la qualité des prestations à l'étranger, l'assurance moins coûteuse etc.

Enfin, une analyse du tourisme médical esthétique a été faite en fonction du modèle de Porter et modèle SWOT. Ces deux analyses permettent d'avoir une vision 360° du tourisme médical esthétique.

5. STRATÉGIES GOUVERNEMENTALES ET SOLUTIONS POUR LE TOURISME MÉDICAL ESTHÉTIQUE ?

5.1. LES DIFFÉRENTES STRATÉGIES GOUVERNEMENTALES MISES EN PLACE

D'après M.Tremblay¹⁴², plusieurs gouvernements favorisent le développement du tourisme médical esthétique. De ce fait, ils mettent en place des stratégies que nous allons détailler.

Stratégie gouvernementale 1 :

Premièrement, la plupart des gouvernements mettent en place certaines structures administratives afin de favoriser l'offre de soins pour les patients à l'international.

Selon Wallonia.be¹⁴³, pour le Costa Rica le ministre de la Santé publique s'occupe de ce secteur et il a également mis en place le CCSS (Caisse costaricienne de Sécurité Sociale) ainsi qu'un institut national d'assurance moins onéreux que dans le pays d'origine et pour faciliter la prise en charge des diverses pathologies médicales ou esthétiques.

C'est également le cas de la Colombie qui a mis une place une assurance qui couvre la prise en charge du patient postopératoire en cas de problème dans le pays où se déroule l'intervention.

On pourrait alors faire un parallélisme avec les propos du chirurgien J.Mejia¹⁴⁴ puisque celui-ci affirme que « *la plupart des cliniques sérieuses gèrent maintenant une assurance qui couvre le patient dans toute complication de la chirurgie esthétique ; Il s'agit de l'EPS qui signifie entité des fournisseurs de santé, c'est la sécurité sociale ici la couverture de santé officielle* »

Stratégie gouvernementale 2 :

Deuxièmement, de nombreux états intègrent le tourisme médical au niveau de leurs plans relatifs au développement économique.

C'est par exemple le cas pour le Mexique-Etats-Unis, pour lequel un communiqué a été lancé par la chambre de commerce spécifiant qu'une « *politique mexicaine visera à promouvoir le tourisme médical afin qu'il serve de levier économique* ».

¹⁴²Source : M.Tremblay. Le tourisme médical : quel rôle pour l'État ? (Février 2012). Récupéré le 16 décembre 2021 de <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/03/030293256.pdf>

¹⁴³Source : Wallonia.be. Le secteur de la santé au Costa Rica. (septembre 2019). Récupéré le 07 avril 2022 de <https://www.awex-export.be/fr/medias/le-secteur-de-la-sante-au-costa-rica>

¹⁴⁴Source : Interview avec le Jorge Mejia disponible en annexe.

Stratégie gouvernementale 3 :

Troisièmement, les gouvernements mettent en place des mesures spécifiques relatives au tourisme médical. Ces mesures s'étendent soit sur le plan économique soit sur le plan administratif.

Le Docteur J.Mejia chirurgien plasticien en Colombie¹⁴⁵ précise qu'« *À un certain moment, il y a eu une tentative de rédiger un projet de loi pour réglementer la spécialité et même la Société colombienne de chirurgie esthétique a été sollicitée, mais comme beaucoup de choses dans la vie, il y a des intérêts économiques qui conduisent les sénateurs et ceux qui rédigent les lois à ne pas réaliser de tels projets* »

On peut clairement faire un parallélisme avec la corruption et en déduire que les pays d'Amérique latine seraient encore d'actualité.

La Commission européenne serait aussi favorable pour que le tourisme médical se développe en Europe. En effet, il s'agit de la directive 2011/24/UE relative à « *à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers* »¹⁴⁶

Selon J-F.Nys¹⁴⁷, cette directive permet de renforcer la coopération entre les États membres et aussi apporter une sécurité juridique aux patients touristes.

Le BIT (bureau international du travail) fait également ses recommandations. Il est demandé à ce que chaque pays promouvant le tourisme médical fasse partie d'un code éthique.

Le rapport présenté par l'OCDE en 2013¹⁴⁸ précise qu'« *il est nécessaire de trouver un juste équilibre entre les droits des patients à rechercher des soins de santé et la responsabilité des États en matière d'organisation de l'offre de santé* ».

Il est également important de rappeler qu'à cause du secret médical, il est difficile d'avoir des données pertinentes et précises sur le tourisme médical esthétique. Il serait intéressant de collaborer avec des organisations telles que l'OCDE afin de mettre en place certaines initiatives.

¹⁴⁵Source : interview avec le Docteur Jorge Mejia disponible en annexe 10.2

¹⁴⁶Source : EUR-LEX. Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Récupéré le 07 avril 2022 de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32011L0024>

¹⁴⁷Source : J-F.Nys. Les nouveaux flux de migration médicales (Janvier 2010) p24-35. Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.cairn.info/revue-internationale-et-strategique-2010-1-page-24.htm>

¹⁴⁸Source : OCDE. Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE (2013). Récupéré le 13 avril 2022 de <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>

Stratégie gouvernementale 4 :

Il serait important d'informer les patients portant un intérêt au tourisme médical esthétique. Il faut informer des avantages, mais aussi des inconvénients comme les risques postopératoires ou le risque de thrombose.

Il ne faut pas oublier de sensibiliser les patients sur les questions éthiques du tourisme médical et de la chirurgie esthétique et démontrer qu'il existe certainement des problèmes de respect de code éthique et déontologique.

Toujours selon M.Tremblay¹⁴⁹, « *l'OMS (Organisation mondiale de la santé) devrait examiner la possibilité d'établir des standards internationaux de soins de santé pour les voyageurs médicaux de tout type. »*

Il y a lieu de contrôler les diverses stratégies de marketing mises en place relative au tourisme médical. Il serait impératif de les réglementer¹⁵⁰.

Pour faire un parallèle avec les propos de C.Andres Gomez Garcia¹⁵¹, en Colombie par exemple la volonté d'élaborer un plan sectoriel du tourisme médical a été mis sur le tapis. C'est principalement dans la ville de Medellín que ce plan a été promu par la Chambre de commerce en 2013 dans le but de « *la construction de réseaux de coopération, de connaissance et de recherche dans le domaine de la santé, afin d'attirer le marché international et de contribuer à l'amélioration de la compétitivité des entreprises régionales »* »

Stratégie gouvernementale 5 :

De multiples stratégies de marketing ont été mises en place afin d'attirer un nombre maximum de patientèles.¹⁵²

Une étude a été menée auprès de 197 personnes. 61% des répondants étaient des chirurgiens et proposaient des consultations gratuites. Pour la rédaction de mon mémoire, j'ai contacté 10 chirurgiens en Colombie et République Dominicaine, et aucun d'entre-deux ne proposaient des consultations virtuelles gratuites.

¹⁴⁹Source : M.Tremblay. Le tourisme médical : quel rôle pour l'État ? (Février 2012). Récupéré le 16 décembre 2021 de <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/03/030293256.pdf>

¹⁵⁰Source : L.Menvielle, W.Menvielle et N.Tournois. Panorama du tourisme médical : une logique de flux migratoire (septembre 2010). Récupéré le 13 avril 2022 de https://www.researchgate.net/profile/William-Menvielle/publication/284174124_Panorama_du_tourisme_medical_Une_logique_de_flux_migratoires/links/564de33108ae1ef9296b3d6a/Panorama-du-tourisme-medical-Une-logique-de-flux-migratoires.pdf

¹⁵¹Source : C.Andres Gomez Garcia. Turismo de salud : una forma de medicalización de la sociedad? (Décembre 2017). Récupéré le 26 avril 2022 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-44492017000200051

¹⁵²Source : R.Nassab et autres. Cosmetic tourism : public opinion and analysis of information and content available on the internet (Juin 2010). Récupéré le 11 avril 2022 de [Cosmetic Tourism: Public Opinion and Analysis of Information and Content Available on the Internet | Aesthetic Surgery Journal | Oxford Academic \(oup.com\)](https://academic.oup.com/cosmetic-tourism/article/2017/1/1/3433333)

Selon L.Menvielle et N.Tournois¹⁵³, « *le Lebanon First National Bank par exemple développe des offres de crédits pour les personnes souhaitant recourir à la chirurgie esthétique ou dentaire : le plastic surgery loan* »

Dans 14% des cas sur 70% relatifs à des recherches internet, certains sites proposaient des offres d'hébergement et de voyage combinés avec la chirurgie en question.

On pourrait alors faire un parallélisme avec mon étude qualitative puisque sur 100% des participantes, 14% estiment que l'accouplement séjour médical et vacances est l'une des raisons qui attire à se rendre à l'étranger dans un but esthétique.

¹⁵³Source : L.Menvielle et N.Tournois. Tourisme médical : problèmes éthiques dans un contexte de globalisation (2004). Récupéré le 17 avril 2022 de http://archives.marketing-trends-congress.com/2010/Materiali/Paper/Fr/Menvielle_Tournois.pdf

5.2.LES SOLUTIONS POSSIBLES ?

Il existe en ce moment 2 solutions relative au tourisme médical et esthétique¹⁵⁴.

La première solution est « *le système de certification ISO*»

Selon l'ISO¹⁵⁵ (organisation internationale de normalisation), une norme a été mise en place relative au tourisme médical. Il s'agit de la norme ISO22525.

Le problème du développement important de ce tourisme médical vu au cours de ce mémoire fait face à de nombreux défis. On retient par exemple des tâches administratives simplifiées, des soins et des procédures plus développées, des offres plus intéressantes et la mise en avant du secteur du voyage et des déplacements.

Ainsi, l'ISO estime qu'il est nécessaire de définir «*les exigences minimales de qualité pour fournir des services de tourisme médical, compte tenu des différents acteurs impliqués, afin de répondre aux attentes des touristes médicaux* »

La deuxième solution que met en avant Bovier concerne la JCI (Joint Commission International) qui est un système d'accréditation et de certification au niveau international. Celle-ci est accréditée par l'IEEA (Société internationale pour la qualité des soins de santé) qui fournit des évaluations aux organisations externes des soins de santé.

D'après la JCI¹⁵⁶, « *La mission est d'améliorer continuellement la sécurité et la qualité des soins dans la communauté internationale par le biais de l'éducation, des services consultatifs, et de l'accréditation et de la certification internationales.* »

Cet organisme collabore avec divers prestataires de soins de santé. Le but est de préserver la qualité des soins et la sécurité pour les patients touristes qui se déplacent à l'étranger dans un but médical ou esthétique.

Il faut savoir que toute consultation se fait auprès de professionnels de la santé tel que d'experts, médecins, infirmiers, etc.

¹⁵⁴Source : P.A.Bovier. Explosion du tourisme médical. Des voyageurs d'un nouveau type ? (2008). Récupéré le 29 mars 2022 de https://www.revmed.ch/view/571717/4542547/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2008-19s_sa03_art03.pdf

¹⁵⁵Source: ISO. Tourisme et services connexes — Tourisme médical — Prescriptions de service (2020). Récupéré le 15 avril 2022 de <https://www.iso.org/obp/ui/fr/#iso:std:iso:22525:ed-1:v1:en>

¹⁵⁶Source : Joint Commission International. Who we are ?. Récupéré le 28 avril 2022 de <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-we-are/>

Une fois l'analyse d'une problématique effectuée avec les acteurs nécessaires, « *les recommandations sont affinées sur la base d'un examen international des normes sur le terrain et de la contribution d'experts et d'autres personnes ayant une connaissance unique du contenu* »

6.LIMITES DU TRAVAIL

La rédaction de ce mémoire n'a pas été une tâche facile. Plusieurs obstacles ont été rencontrés.

Le premier problème soulevé est le manque constant et précis de données liées à ma question de recherche. En effet, les données sont extrêmement difficiles à obtenir pour les raisons déjà évoquées .

Ensuite, les nombreuses définitions qu'englobent le tourisme médical et la médecine esthétique qui limite les données qualitatives, quantitatives et les recherches. Comme l'indique M.Tremblay, la définition du tourisme médical n'est pas universelle et ne permet pas d'avoir des données précises relatives à une seule définition.

D'autres raisons moins apparentes, mais qui ont des conséquences sur la récolte de données sont la remise en cause des systèmes de santé.¹⁵⁷ Il existe également des échecs évidents dans certains pays des politiques sociales et médicales. C'est par exemple le cas en Colombie.

En effet, selon le chirurgien Jorge Mejia¹⁵⁸, « *À un certain moment, il y a eu une tentative de rédiger un projet de loi pour réglementer la spécialité et même la Société colombienne de chirurgie esthétique a été sollicitée, mais comme beaucoup de choses dans la vie, il y a des intérêts économiques qui conduisent les sénateurs et ceux qui rédigent les lois à ne pas réaliser de tels projets* »

Enfin, il existe également un problème de tabou et de culture. Selon le même chirurgien, « *la Colombie et le Brésil sont des pays où la culture accorde beaucoup d'attention à la silhouette beaucoup plus qu'à la partie faciale.* »

D'après L.Menvielle et N.Tournois¹⁵⁹, dans les pays du Moyen-Orient la chirurgie esthétique est vue comme un tabou notamment relié aux croyances religieuses. En effet, « *le Liban tire profit de la recherche de virginité des femmes du monde arabe. Beyrouth est devenue depuis ces dernières années, la capitale de l'hyménoplastie.* »

Certaines femmes se rendent alors au Liban afin de se redonner une seconde virginité loin des critiques qu'elles pourraient recevoir .

¹⁵⁷Source: L.Menvielle, W.Menvielle et N.Tournois. Panorama du tourisme médical : une logique de flux migratoire (septembre 2010). Récupéré le 13 avril 2022 de https://www.researchgate.net/profile/William-Menvielle/publication/284174124_Panorama_du_tourisme_medical_Une_logique_de_flux_migratoires/links/564de33108ae1ef9296b3d6a/Panorama-du-tourisme-medical-Une-logique-de-flux-migratoires.pdf

¹⁵⁸Source: interview avec le Docteur Jorge Mejia disponible en annexe

¹⁵⁹Source: L.Menvielle et N.Tournois. Tourisme médical : problèmes éthiques dans un contexte de globalisation (2004). Récupéré le 17 avril 2022 de http://archives.marketing-trends-congress.com/2010/Materiali/Paper/Fr/Menvielle_Tournois.pdf

Il en va de même par exemple pour les femmes de religion juive et qui veulent se faire une insémination artificielle. « *L'insémination artificielle n'est autorisée que sous certaines conditions par la Halakha, c'est-à-dire seulement si le sperme destiné à la procréation vient du mari de la future mère* »

D'autres ressentent un tabou complètement différent et non relié à la religion. En effet, dans le monde entier certaines personnes ne sont pas forcément pour la chirurgie esthétique et disposent d'un avis critique négatif sur le sujet.

J'ai tenté d'avoir un témoignage de 2 personnes ayant été au Brésil dans un but purement esthétique, mais elles ont refusé catégoriquement de témoigner et même d'avouer les interventions qui avaient été réalisées.

On pourrait alors supposer que ces deux personnes avaient peut-être une appréhension sur le regard que j'aurais pu avoir suite aux confessions.

7.CONCLUSION

Comme nous avons pu constater tout au long de la rédaction de ce mémoire, la collecte de données sur le tourisme esthétique a été un vrai défi.

Le problème principal qui s'est posé dans cette collecte concernait aussi la définition du tourisme médical en elle-même.

En effet, comme le précise l'expert E4 dans l'étude du Parlement européen «*le tourisme de santé en général? Ce secteur n'a jamais été défini, donc chacun peut affirmer ce qu'il veut. Il n'existe pas de données comparables.* »

Ainsi, l'objectif de ce travail est de vérifier s'il existe encore un respect du serment d'Hippocrate avec l'afflux du tourisme médical esthétique principalement en Amérique latine.

Avant tout, nous avons vu par le biais de divers auteurs que le serment initial n'était plus utilisé comme tel et qu'il a connu une modification en 2017.

De même que selon différentes sources, le serment d'Hippocrate ne dispose plus d'aucune valeur juridique et rencontre des problèmes de déontologie.

Pour vérifier cela, j'ai réalisé une étude qualitative auprès de 50 femmes qui se sont rendues en Amérique latine afin de subir une intervention de chirurgie esthétique. La majorité estime que le serment d'Hippocrate n'a pas respecté (56%) contre 44% qui estiment le contraire. Nous pouvons constater que les avis demeurent mitigés.

Ensuite, toute la thématique relative à la chirurgie esthétique a été abordée. En effet, comme le sujet est relié à l'afflux du tourisme médical, il a été nécessaire d'aborder le thème sous divers angles afin de démontrer si le serment d'Hippocrate est respecté ou pas.

C'est la raison pour laquelle les risques, les motivations et les conséquences ont été mis en avant. Il a été constaté à plusieurs reprises que le monde médical s'oriente de plus en plus vers une marchandisation des soins de santé avec les biais que cela entraîne.

C'est à ce moment-là que tout le fond du serment d'Hippocrate est remis en cause.

Comment le serment d'Hippocrate serait-il respect si l'une des plus grosses motivations du tourisme esthétique est le prix et que ce tourisme se repose sur des piliers de stratégie de marketing dans le but d'attirer une patientèle sur le marché médical ?

Pour chaque chirurgien, une politique de prix est mise en place. Les tarifs ne sont jamais identiques. Certains sont plus onéreux que d'autres même s'ils se situent dans la même zone. Certains proposent des remises ou des rabais. D'autres proposent des conditions de paiement voire des options de paiement comme des crédits, etc.

De plus, une politique de communication relative au tourisme esthétique est clairement visible. Le fait que la plupart des chirurgiens tentent de promouvoir leur prestation confirme cette hypothèse. La plupart du temps, ils se servent des réseaux sociaux ou des moyens de communication tels que WhatsApp, Instagram ou autres. Ces réseaux sociaux servent également de visibilité aux chirurgiens pour faire des publicités et montrer les résultats de leur prestation.

Avec ce qui a été vu tout au long du mémoire et précité ci-dessus, nous pouvons alors commencer à répondre à notre question de recherche de départ.

Il est clairement impossible de répondre par « oui » ou par « non » à la question de savoir si le Serment d'Hippocrate est respecté.

Il est évident que le Serment d'Hippocrate ne dispose plus du tout de la même valeur juridique qu'à l'époque avec l'évolution du monde actuel. Cependant, on ne peut pas dire que les chirurgiens ne respectent pas le Serment d'Hippocrate à 100%.

D'une part, nous n'avons pas assez de données relatives au sujet qui pourraient prouver qu'un très grand nombre de chirurgiens ne le respecte pas ou ne le preste pas.

D'autre part, nous ne pouvons pas catégoriser tous les chirurgiens et praticiens. Il y a lieu de vérifier au cas par cas ou de faire une étude plus large et sur un échantillon plus important.

Cependant, nous pourrions aussi affirmer l'inverse et dire que celui-ci n'est pas respecté. Plusieurs arguments peuvent être mis en avant afin de supposer que celui-ci n'est plus respecté.

En premier lieu, le monde esthétique étant devenu un marché, il est difficile de dire que le tourisme esthétique respecte le fondement du serment d'Hippocrate puisqu'à la base, les prestations médicales ne devaient de toute façon pas être payantes. Nous avons vu qu'à l'heure actuelle et depuis longtemps, les prix influencent énormément le choix des patientes. Le fait qu'il existe une concurrence entre les chirurgiens par rapport aux prix enfreint le Serment de base.

En second lieu, le Serment d'Hippocrate rencontre un sérieux problème d'éthique et de déontologie en Amérique latine.

En effet, comme nous l'avons vu de nombreuses stratégies de marketing sont mises en place pour attirer de la patientèle. On pense par exemple aux publicités, aux remises, aux promotions, etc.

Nous constatons que selon l'article R. 4127-13 du code de déontologie médicale, la publicité n'est pas permise et selon Article R. 4127-19 du même code, la médecine ne peut pas être utilisée à titre commercial or le contraire a été démontré à plusieurs reprises .

Cependant , en Colombie par exemple il n'existe aucun code ou mesure définissant la publicité comme antiétique ou non déontologique.

Finalement, il est impossible de répondre clairement à cette problématique puisque cela dépend de l'angle sous lequel on se positionne pour y répondre.

En ce qui concerne mon opinion, je pense clairement qu'il existe un manquement clair et relatif au respect du serment d'Hippocrate principalement en Amérique Latine où la chirurgie esthétique est prise à la légère et les risques encourus démesurés.

Personnellement je pense que vu la globalisation du monde médical il serait urgent que l'OMS instaure une déontologie et de mesures éthiques mondiales .

8. BIBLIOGRAPHIE

A.Cardenas E., La medicina en Latinoamérica (25 décembre 1994). Récupéré le 19 mars 2022 de <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/38-6/1003>

A.Fournier. Luna Skye raconte ses problèmes de santé (08 janvier 2022). Récupéré le 07 avril 2022 de <https://www.programme.tv/news/actu/214400-luna-skye-raconte-ses-nombreux-problemes-de-sante-je-vais-avoir-des-sequelles/>

A.Gomez M., et Ali S. Chapitre 12 : Gestion des risques pour la santé : le cas des programmes sociaux de chirurgie esthétique en Colombie (2012). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=YKcbaYK8VM4C&oi=fnd&pg=PA209&dq=clinique+clandestine+colombie&ots=NLWmGjZuB8&sig=agSp8Q2BJOF-m2VHkjNhaD6DsSU#v=onepage&q&f=false>

A.Hart. Journal of plastic, reconstructive and aesthetic surgery (mars 2022). Récupéré le 25 avril 2022 de <https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-plastic-reconstructive-and-aesthetic-surgery>

A.Lienhart. Le secret médical : d'Hippocrate au Conseil d'État (2010). Récupéré le 29 mars 2022 de https://www.char-fr.net/IMG/pdf/Secret_medical_2_-2.pdf

A.Milstein et M.Smith. Amercia's new refugees. Seeking affordable surgery offshore (19 octobre 2006). Récupéré le 29 mars 2022 de <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp068190>

Association médicale mondiale. Déclaration de Genève (19 juillet 2021). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-geneve/>

B.Allegranzi et plus. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis (15-21 Janvier 2011). Récupéré le 25 Janvier 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673610614584>

BNP Paribas. Amérique latine : trajectoire divergentes (Mai 2014). Récupéré le 09 mai 2022 de https://economic-research.bnpparibas.com/html/fr-FR/Amerique-latine-trajectoires-divergentes_16/05/2014.24185

Boursorama. Cours EUR/USD SPOT. Récupéré le 27 avril 2022 de <https://www.boursorama.com/bourse/devises/taux-de-change-euro-dollar-EUR-USD/>

C.Andres Gomez Garcia. Turismo de salud : una forma de medicalización de la sociedad? (Décembre 2017). Récupéré le 26 avril 2022 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-44492017000200051

CairInfo. Le tourisme médical : un secteur stratégique de développement pour les États.(Février 2013). Récupéré le 17 décembre 2021 de <https://www.cairn.info/revue-internationale-et-strategique-2013-2-page-153.html>

CairInfo. Tourisme et développement dans les Caraïbes. Le cas de Cuba.(Janvier 2012). Récupéré le 25 décembre 2021 de <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2012-1-page-47.htm>

CairInfo. Tourisme médical : Quelle place pour les pays en développement ? (Janvier 2012). Récupéré le 26 décembre 2021 de <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2012-1-page-81.htm>

C.Le Borgne Le tourisme médical : une nouvelle façon de se soigner”, Les Tribunes de la santé, 15(2), pp. 47-53 (2007). Récupéré le 10 avril 2022 de <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2007-2-page-47.htm>

Council of Europe. Convention de budapest (4 juin 2021). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://rm.coe.int/cyber-buda-benefits-juin2021-fr/1680a2ddaf>

Conseil National de l'ordre des médecins. Le serment d'Hippocrate (22 mars 2019). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate#sommaire-id-1>

C.Zosso et autres. Infectious diseases. Post liposuction infections by rapidly growing mycobacteria. (21 Novembre 2014). Récupéré le 10 Février 2022 de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00365548.2014.968865>

C.Rothmann, N.Ruschel, R.Pitti et P.Bolaert. Embolie graisseuse pulmonaire après liposuccion (Février 2006). Récupéré le 14 décembre 2021 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S075076580500465X>

Diplomatie Belgium. République dominicaine. Récupéré le 25 avril 2022 de https://diplomatie.belgium.be/fr/Services/voyager_a_letranger/conseils_par_destination/republique_dominicaine

Docteur Frank Benhamou. Les aléas liés à la liposuccion. Retrieved December 2021 from [Les risques à la liposuccion \(docteur-benhamou.com\)](https://docteur-benhamou.com)

Docteur Yohann Derhy. Risques de la rhinoplastie. Récupéré le 12 décembre 2021 de <https://drderhy.com/traitements/visage-cou/esthetique-nez/rhinoplastie/risques-de-la-rhinoplastie>

Docteur David Picovski. Risques et complications d'une augmentation mammaire (6 novembre 2020). Récupéré le 14 décembre 2021 de <https://docteur-picovski.com/intervention/risques-et-complications-augmentation-mammaire/>

Doctor José Suarez. Cirugia plastica y reconstructiva. Recupéré le 17 décembre 2021 de <https://www.docjosesuarez.com/>

Docteur Mamlouk. Chirurgie plastique, esthétique, reconstructive. Récupéré le 27 décembre 2021 de <http://docteurmamlouk-chirurgienesthetiqueparis.com/tarifs/>

D.Schnebal. PMC.Multistate US outbreak of rapidly growing mycobacterial (Aout 2016). Récupéré le 30 Janvier 2022 de [Multistate US Outbreak of Rapidly Growing Mycobacterial Infections Associated with Medical Tourism to the Dominican Republic, 2013–2014 - Volume 65, Number 8—August 2016 - Emerging Infectious Diseases journal - CDC](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/08/mm6508a1.htm)

D.Morgan, A.Harris, Jama Internartional Medicine. The Gap in Patient Protection for Outpatient Cosmetic Surgery (Juillet 2014). Récupéré le 25 février 2022 de <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1876672>

D.Voulliaume, C.Vasseur, T.Delaporte, E. Delay. Risque inhabituel de la liposuccion : tumeur maligne (Juin 2003). Récupéré le 15 décembre 2021 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0294126003000438>

E.Alp, F.Elmali, S.Ersoy, C.Kucuk, M.Doganay. Indice and risks factors of surgical site infection in a developing country (03 septembre 2013). Récupéré le 30 Janvier 2022 de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00595-013-0705-3>

E.Mercier. La mise en discours et la mise en marché de la chirurgie esthétique (Avril 2007). Récupéré le 09 mai 2022 de https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/18081/Mercier_Elisabeth_2007_memoire.pdf?sequence=1

EUR-LEX. Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Récupéré le 07 avril 2022 de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32011L0024>

Eurostat. Current healthcare expenditure (2014). Récupéré le 22 avril 2022 de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Current_healthcare_expenditure,_2014_F1_YB17-fr.png

Expert Review. Preventing surgical site infections. (10 Janvier 2014). Récupéré le 03 Février 2022 de [Preventing surgical site infections: Expert Review of Anti-infective Therapy: Vol. 8, No. 6 \(tandfonline.com\)](https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/08860226.2014.883111)

F.Birmes, T.Wolf, T.Khol, K.Ruger, F.Bange, J.Kalinowki, S.Fetzner. Frontiers in microbiology. Mycobacterium abscessus subsp.(02 mars 2017). Récupéré le 15 Janvier 2022 de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2017.00339/full>

G.Flageul, P.Horay, F.Rouanet. Fiches d'information et consentement éclaire. Proposition de 12 fiches d'informations concernant la chirurgie plastique et esthétique. Récupéré le 20 mars 2022 de <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-bee8bb68-b3ee-32fb-aaf0-c38e500cdc10>

Frontiers in microbiology. Mycobacterium abscessus subsp.(02 mars 2017). Récupéré le 15 Janvier 2022 de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2017.00339/full>

G.Jost. Histoire de la chirurgie plastique (2003). Récupéré le 12 mars 2022 de <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-de-mediologie-2003-1-page-79.htm>

Ghp videos. Tecnología Vaser Lipo : resumen del procedimiento. Récupéré le 20 décembre 2021 de <https://www.youtube.com/watch?v=Tf9jWVFUN6Q>

Guillermo A. Ciencia para la paz y el desarrollo: el caso del Juramento Hipocrático para científicos : estudios y documentos de alc. (Juin 2010). Récupéré le 19 mars 2022 de <http://www.centropaz.com.ar/publicaciones/paz/paz35.pdf>

Guy J., Histoire de la chirurgie plastique (2003) Récupéré le 19 mars 2022 de file:///C:/Users/Schamoun/Downloads/CDM_015_0079.pdf

ISAPS. La plus récente étude internationale démontre que la popularité de la chirurgie esthétique continue d'augmenter partout dans le monde (2018). Récupéré le 11 avril 2022 de <ISAPS-Global-Survey-2018-Press-Release-French-Canadian.pdf>

ISO. Tourisme et services connexes — Tourisme médical — Prescriptions de service (2020). Récupéré le 15 avril 2022 de <https://www.iso.org/obp/ui/fr/#iso:std:iso:22525:ed-1:v1:en>

I.Uckay, S.Harbath, R.Peter, D.Lew, P.Hoffmeyer, D.Pittet . Expert Review. Preventing surgical site infections. (10 Janvier 2014). Récupéré le 03 Février 2022 de [Preventing surgical site infections: Expert Review of Anti-infective Therapy: Vol 8, No 6 \(tandfonline.com\)](Preventing surgical site infections: Expert Review of Anti-infective Therapy: Vol 8, No 6 (tandfonline.com))

Jama Internartional Medicine. Daniel J., Anthony D. The Gap in Patient Protection for Outpatient Cosmetic Surgery (Juillet 2014). Récupéré le 25 février 2022 de <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1876672>

J.Béranger. L'éthique d'Hippocrate au chevet de la médecine contemporaine.(Janvier 2014). Récupéré le 15 mars 2022 de

https://www.researchgate.net/profile/J-Beranger/publication/281862324_Lethique_dHippocrate_au_chevet_de_la_medicine_contemporaine/_links/55fc17a408aec948c4b09b33/Lethique-dHippocrate-au-chevet-de-la-medicine-contemporaine.pdf

Jean.I., La véritable édition princeps du serment d'Hippocrate (2 décembre 1999). Récupéré le 15 mars 2022 de <https://www.jstor.org/stable/44261495>

J-F.Nys. Les nouveaux flux de migration médicales (Janvier 2010) p24-35. Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.cairn.info/revue-internationale-et-strategique-2010-1-page-24.htm>

J.Glicenstein. Histoire de l'augmentation mammaire (Octobre 2005). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0294126005000774>

J.-M.Mouille, C.Lefèvre, L.Visier (2007). Médecine et sciences humaines. Manuel pour les études médicales. Récupéré le 29 mars 2022 de <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02648987/>

Joint Commission International. Who we are. Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-we-are/>

Jose Felix P. El juramento hipocrático (2005). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/1275/944>

Julien P. Le serment d'Hippocrate, quelle époque ? (2001). Récupéré le 15 mars 2022 de https://www.persee.fr/doc/pharm_0035-2349_2001_num_89_332_5301_t1_0562_0000_4

J.Vrebos. Regards sur la revue de chirurgie plastique (1931-1934). (4 Aout 2007). Récupéré le 14 décembre 2021 de [Regards sur la Revue de Chirurgie Plastique \(1931–34\) et la Revue de Chirurgie Structive \(1935–38\) - ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0294126019300949)

L.Amini, I.Uckay, E.Ruegg, A.Homsy, B.Cuenod et A.Modarressi. Les enjeux du tourisme médical dans le domaine de la chirurgie esthétique p293-297. (Aout 2019).Récupéré le 28 décembre 2019 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0294126019300949>

La Banque Mondiale. Ratio de la population pauvre – Latin America and Caribbean (2022). Récupéré le 22 avril 2022 de <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SI.POVT.DDAY?end=2019&locations=ZJ&start=2009>

La banque mondiale. Taux de mortalité, brut (pour 1000 personnes) – Europe et Central Asia récupéré le 26 avril 2022 de <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.CDRT.IN?locations=Z7>

L.Menvielle, W.Menvielle et N.Tournois. Panorama du tourisme médical : une logique de flux migratoire (septembre 2010). Récupéré le 13 avril 2022 de https://www.researchgate.net/profile/William-Menvielle/publication/284174124_Panorama_du_tourisme_medical_Une_logique_de_flux_migratoire_s/links/564de33108ae1ef9296b3d6a/Panorama-du-tourisme-medical-Une-logique-de-flux-migratoires.pdf

La banque mondiale. PIB par habitant(2020). Récupéré le 26 avril 2022 de <https://donnees.banquemondiale.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?type=shaded&view=map>

L'Histoire de la chirurgie esthétique. Retrieved December 2021 from <https://revues.imist.ma/index.php/JMSM/article/view/669/553>

Lin.H., Mary E. Clinical infectious diseases. The globalization of healthcare. (Décembre 2013). Récupéré le 15 Février 2022 de <https://academic.oup.com/cid/article/57/12/1752/379123>

L.MENVIELLE & W.MENVIELLE. Panorama du tourisme médical. Une logique de flux migratoire (2008). Récupéré le 29 mars 2022 de https://www.researchgate.net/profile/William-Menvielle/publication/284174124_Panorama_du_tourisme_medical_Une_logique_de_flux_migratoire_s/links/564de33108ae1ef9296b3d6a/Panorama-du-tourisme-medical-Une-logique-de-flux-migratoires.pdf

L.Menvielle. Tourisme médical : Quelle place pour les pays en développement ? (Janvier 2012). Récupéré le 26 décembre 2021 de <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2012-1-page-81.htm>

L.Menvielle et N.Tournois. Tourisme médical : problèmes éthiques dans un contexte de globalisation (2004). Récupéré le 17 avril 2022 de http://archives.marketing-trends-congress.com/2010/Materiali/Paper/Fr/Menvielle_Tournois.pdf

L.Turner. Tourisme médical (Octobre 2007). Récupéré le 29 mars 2022 de <https://www.cfp.ca/content/53/10/1646.short>

M. A.Sosso et F.Eboko. L'éthique médicale comparée. Universalité et africanité. (2002). Récupéré le 29 mars 2022 de <https://journals.openedition.org/faceaface/496>

M.Chartier. L'évolution du trafic aérien régulier de passagers dans le monde entre 1987 et 1997 (2000). Recupéré le 25 avril 2022 de https://www.persee.fr/doc/ingeo_0020-0093_2000_num_64_2_2693

Medical Tourism. Baja California. Récupéré le 05 avril 2022 de <https://www.medicaltourism.com/mta-members/baja-california>

Mep Question rhino. Questions sur la rhinoplastie. Retrieved December 2021 from http://www.braccini.net/document/PDF/questions_rhinoplastie.pdf

M.Horowitz et J.Rosenweig. Medical Tourism-Health care in the global economy (décembre 2007). Récupéré le 07 avril 2022 de <http://web.nchu.edu.tw/pweb/users/hychoo/lesson/5877.pdf>

M.Lago. La santé publique en Amérique latine (Janvier 2021). Récupéré le 25 avril 2022 de <https://spire.sciencespo.fr/hdl/2441/11agagfg81920plcqcvv7k0i55/resources/2021-lago-article-etude-252-253.pdf>

M.Mouaffaka., M.DaninoaK., ElkhatibaG.MoutelbC., HervébG.Malkaa. Étude de l'estimation du risque en chirurgie esthétique : enquête nationale auprès des chirurgiens (Avril 2006). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0294126005000464>

M.Staroukine. Ordre des médecins . Le secret professionnel médical. Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.ombbw.be/fr/l-ordre/online-library/item/152-le-secret-professionnel-medical>

M.Tremblay. Le tourisme médical : quel rôle pour l'État ? (Février 2012). Récupéré le 16 décembre 2021 de <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/03/030293256.pdf>

New York post. Woman dies after plastic surgery made by Doctor Hector Cabral (21 septembre 2013). Récupéré le 28 décembre 2021 de <https://nypost.com/2013/09/21/woman-dies-after-cosmetic-surgery-by-dubious-doctor-in-dr/>

OCDE. Panorama de la santé 2011 : les indicateurs de l'OCDE (2011). Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.oecd.org/fr/france/49084343.pdf>

OCDE. Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE (2013). Récupéré le 13 avril 2022 de <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>

O.Dehoorne, P.Saffache et C.Tatar Le tourisme international dans le monde : logiques des flux et confins de la touristicité (2008). Récupéré le 14 avril 2022 de <https://journals.openedition.org/etudescaribennes/docannexe/image/882/img-1.jpg>

Ordre des médecins. Serment d'Hippocrate. Retrieved December 2021 from <https://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-belgique/serment-hippocrates>

Ordre des Médecins CN. Code de déontologie médicale. (5 juillet 2019) Récupéré le 20 mars 2022 de <https://gcm.rnnet.be/clients/rnnet/content/medias/codecom-20190808.pdf>

Oxford academic.ASAPS : Survey: current trends in liposuction (Fevrier 2011). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://academic.oup.com/asj/article/31/2/214/202287?login=false>

Oxford academic. Aesthetic surgery journal. Cosmetic tourism: public opinions and analysis (Mai, Juillet 2010). Récupéré le 25 Février 2022 de <https://academic.oup.com/asj/article/30/3/465/192220>

P.A.Bovier. Explosion du tourisme médical. Des voyageurs d'un nouveau type ? (2008). Récupéré le 29 mars 2022 de https://www.revmed.ch/view/571717/4542547/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2008-19s_sa03_art03.pdf

P.André. Greffe de tissu adipeux. Lipo-filling. (2000). Récupéré le 19 mars 2022 de https://www.docteur-benhamou.com/Content/pdf/encyclopedie_medico_chirurgicale_hipofilling.pdf

Parlement européen. Études réalisée pour la commission TRANS – tourisme de santé dans l'Union : enquête générale.(2017) récupéré le 19 mars 2022 de https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2017/601985/IPOL_STU%282017%29601985_FR.pdf

Partenamut. La chirurgie esthétique, un acte qui n'est pas anodin (13 février 2008). Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/articles/chirurgie-esthetique-frequence>

Passeport Santé. Chirurgie esthétique. Retrieved December 2021 from <https://www.passeportsante.net/fr/specialites-medicales/Fiche.aspx?doc=chirurgie-esthetique>

P.Batifoulier, F.Bessis et O.Biencoirt. La déontologie médicale face aux impératifs de marché (2011). Récupéré le 12 mars 2022 de <https://journals.openedition.org/pmp/4139>

P.Charlier. Une autopsie du serment d'Hippocrate : aux origines du secret médical (2016). Récupéré le 18 mars 2022 de <file:///C:/Users/Schamoun/Downloads/1-s2.0-S2352552516301268-main-2.pdf>

P.H.Keckley. Medical Tourism. Consumers in search of value (2008). Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.globalwellnesssummit.com/wp-content/uploads/Industry-Research/Americas/2008-deloitte-medical-tourism-consumers.pdf>

P.Lamarque. Quel rôle pour l'éthique ? (1996). Récupéré le 25 mars 2022 de <https://www.cairn.info/revue-legicom-1996-1-page-1.htm>

PMC.Multistate US outbreak of rapidly growing mycobacterial (Aout 2016). Récupéré le 30 Janvier 2022 de <Multistate US Outbreak of Rapidly Growing Mycobacterial Infections Associated with Medical Tourism to the Dominican Republic, 2013–2014 - Volume 22, Number 8—August 2016 - Emerging Infectious Diseases journal - CDC>

P.Nguyen. Histoire de la rhinoplastie esthétique (décembre 2014). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0294126014001125>

P.Orliange. L'Amérique latine face aux défis de la croissance économique et de la cohésion sociale (Mars 2013). Récupéré le 13 mai 2022 de <https://www.cairn.info/revue-geoeconomie-2013-3-page-101.htm>

Press Release. Plastic surgeon Hector Cabral indicted for practicing medicine without a license.(30 mars 2011). Récupéré le 28 décembre 2021 de <https://ag.ny.gov/press-release/2011/plastic-surgeon-hector-cabral-indicted-practicing-medicine-without-license>

R.Herrera. Le développement du tourisme médicale dans les Caraïbes : le cas de Cuba. Récupéré le 04 avril 2022 de <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2012-1-page-47.htm>

Richard P., Laurence P. (2018). À quoi sert le serment d'Hippocrate de nos jours ? Récupéré le 15 mars 2022 de <https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2018-5-page-5.htm>

R.Nassab et autres. Cosmetic tourism : public opinion and analysis of information and content available on the internet (Juin 2010). Récupéré le 11 avril 2022 de [Cosmetic Tourism: Public Opinion and Analysis of Information and Content Available on the Internet | Aesthetic Surgery Journal | Oxford Academic \(oup.com\)](https://academic.oup.com/asj/article/30/3/465/192220)

R.Nassab, N.Hamnett, K.Nelson, etc Oxford academic. Aesthetic surgery journal. Cosmetic tourism: public opinions and analysis (01 mai 2010). Récupéré le 25 Février 2022 de <https://academic.oup.com/asj/article/30/3/465/192220>

R.Nassab et autres. Cosmetic tourism : public opinion and analysis of information and content available on the internet (Juin 2010). Récupéré le 11 avril 2022 de [Cosmetic Tourism: Public Opinion and Analysis of Information and Content Available on the Internet | Aesthetic Surgery Journal | Oxford Academic \(oup.com\)](https://academic.oup.com/asj/article/30/3/465/192220)

R.S. Duarte. Journal of clinical microbiology. Epidemic of postchirurgical infection (1 Juillet 2009). Récupéré le 01 Février 2022 de <https://journals.asm.org/doi/full/10.1128/JCM.00027-09>

RTL INFO. Le premier sondage mondial sur la chirurgie plastique livre ses résultats. (9 août 2010- récupéré le 11 avril 2022 de [Le premier sondage mondial sur la chirurgie plastique livre ses résultats - RTL Info](https://www rtl.be/people/potins/joselyn-cano-la-kim-kardashian-mexicaine-est-decedee-lors-d-un-lifting-bresilien-elle-avait-29-ans-1266639.aspx)

RTLINFO. Joselyn Cano est décédé après un lifting brésilien (18 décembre 2020). Recupéré le 16 décembre 2021 de <https://www rtl.be/people/potins/joselyn-cano-la-kim-kardashian-mexicaine-est-decedee-lors-d-un-lifting-bresilien-elle-avait-29-ans-1266639.aspx>

S.Boarini. Qu'appelle-t-on « déontologie » ? (décembre 2012). Récupéré le 19 mars 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S176546291200027X>

ScienceDirect. Embolie graisseuse pulmonaire après liposuccion (Février 2006). Récupéré le 14 décembre 2021 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S075076580500465X>

ScienceDirect. risque inhabituel de la liposuccion : tumeur maligne (Juin 2003). Récupéré le 15 décembre 2021 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0294126003000438>

ScienceDirect. Les enjeux du tourisme médical dans le domaine de la chirurgie esthétique. (Aout 2019).Récupéré le 28 décembre 2019 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0294126019300949>

SciencesDirect. J.Vrebos. Regards sur la revue de chirurgie plastique (1931-1934). (4 Aout 2007). Récupéré le 14 décembre 2021 de [Regards sur la Revue de Chirurgie Plastique \(1931–34\) et la Revue de Chirurgie Structive \(1935–38\) - ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610614584)

ScienceDirect. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis (15-21 Janvier 2011). Récupéré le 25 Janvier 2022 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610614584>

ScienceDirect. The unwritten price of cosmetic tourism.(Janvier 2012). Récupéré le 25 Janvier 2022 de [The unwritten price of cosmetic tourism: An observational study and cost analysis - ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610614584)

SpringerLink. Indice and risks factors of surgical site infection in a developing country (03 septembre 2013). Récupéré le 30 Janvier 2022 de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00595-013-0705-3>

SSI. Services de soins dentaires à Cuba. Récupéré le 05 avril 2022 de <http://www.servicesantecuba.com/>

SudInfo. Rhinoplastie réalisé en Turquie tourne au drame (6 février 2021). Récupéré le 13 décembre 2021 de <https://www.sudinfo.be/id359188/article/2021-02-06/>

S.Spet. Cette chirurgie esthétique qui a failli très mal tourner pour Lea Mary (14 mars 2022). Récupéré le 07 avril 2022 de <https://www.programme.tv/news/actu/215147-jai-cru-que-jallais-y-passer-cette-operation-de-chirurgie-esthetique-qui-a-failli-tres-mal-tourner-pour-lea-mary/>

Statista. Number of international tourist arrivals in Latin America and the Caribbean from 2010 to 2019. Récupéré le 27 avril 2022 de <https://www.statista.com/statistics/1122147/number-international-tourist-arrivals-latin-america-caribbean/>

Statista. Nombre d'arrivées de touristes internationaux en Amérique latine de 1990 à 2017, par région. Récupéré le 27 avril 2022 de <https://fr.statista.com/statistiques/573672/arrivees-de-touristes-internationaux-en-amerique-latine/>

Univision Nueva York(19 mai 2019). Autopsia de Altagracia Diaz. Récupéré le 10 décembre 2021 de <https://www.univision.com/local/nueva-york-wxty/>

Visa et Oxford Economics (2016). Mapping the future of global travel tourism. Récupéré le 22 avril 2022 de <https://usa.visa.com/dam/VCOM/global/partner-with-us/documents/global-travel-and-tourism-insights-by-visa.pdf>

V.Zappino . Caribbean tourisme and development (mai 2005). Récupéré le 04 avril 2022 de <http://ecdpm.acc.vpsearch.nl/wp-content/uploads/2013/11/DP-65-Caribbean-Tourism-Industry-Development-2005.pdf>

Wallonia.be. Le secteur de la santé au Costa Rica. (septembre 2019). Récupéré le 07 avril 2022 de <https://www.awex-export.be/fr/medias/le-secteur-de-la-sante-au-costa-rica>

W.Menvielle et L.Menvielle. Le tourisme médical : un secteur stratégique de développement pour les États.(Février 2013). Récupéré le 17 décembre 2021 de <https://www.cairn.info/revue-internationale-et-strategique-2013-2-page-153.html>

W.Ben Jemia et A.Frikha. Plastic Surgery : quand les chirurgiens esthétiques s'emparent des réseaux sociaux (Mars 2021). Récupéré le 09 mai 2022 de <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2021-3-page-85.htm?contenu=article>

Y.Alix, M.Montantin, J.Pages Sachez. Dinamicas portuarias en el caribe y america latina (2021). Récupéré le 25 avril 2022 de https://www.researchgate.net/profile/Jose-Pages-Sanchez-2/publication/349590340_Dinamicas_portuarias_en_el_Caribe_y_America_Latina_Ports_in_transition_to_face_global_challenges/links/60b655e1a6fdcc476bde3387/Dinamicas-portuarias-en-el-Caribe-y-America-Latina-Ports-in-transition-to-face-global-challenges.pdf#page=312

Y.Hallem, I.Barth et A.Triki. Les nouveaux comportements d'achat dans le tourisme de santé (2015). Récupéré le 25 avril 2022 de <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2015-3-page-15.htm>

