

Anne-Cécile Hoyez

ESO RENNES
UMR 6590 CNRS - UNIVERSITÉ RENNES 2

Dans ce texte, j'exposerai de façon synthétique le parcours de recherche que j'ai effectué de puis la soutenance de ma thèse (2005) jusqu'à mon affectation à l'UMR ESO (septembre 2012). Je reviens en particulier sur la construction progressive de mes liens avec les membres de l'UMR ESO, et sur les passerelles que j'ai pu effectuer au contact d'autres collègues en France et à l'étranger. De plus, je présente dans cette contribution quelques éléments relatifs à la dynamique d'un projet collectif qui relie des collègues de l'UMR ESO, de MIGRINTER (Poitiers) et du CENS (Nantes). À travers ce projet, qui s'attache tant à la compréhension des entraves à l'accès aux soins pour les populations marginalisées qu'aux déterminants sociaux de la santé pour celles-ci, j'espère pouvoir alimenter les échanges sur la question de la dimension sociale des inégalités sociales, via la question de l'accès aux soins et de la santé, à l'échelle micro et macro.

I- PARCOURS DE RECHERCHE

1.1 De la circulation du yoga aux circulations des savoirs de santé

Mon affectation à l'UMR ESO, depuis septembre 2012, vient marquer un retour au sein d'une équipe qui m'avait accueillie et soutenue il y a quelques années lors de cette « période charnière » (pour ne pas dire difficile ou précaire) des recherches post-doctorales, entre 2005 et 2008. Je suis chargée de recherche CNRS depuis octobre 2008, et j'ai été affectée à l'UMR Migrinter jusqu'en septembre 2012. Dans mon parcours de recherche figurent la réalisation d'une thèse en géographie (réalisée à l'Université de Rouen sous la direction d'Alain Vaguet) (Hoyez, 2005), une année de post-doctorat dans une équipe pluridisciplinaire en Inde (2006-2007, à l'Institut Français de Pondichéry), et une année de recherches sur les liens entre migrations, transnationalisation et santé ponctuée d'une série de séminaires franco-britanniques sur le thème « Migra-

tions, Santé et Bien-Être. Perspectives comparées franco-britanniques » (ANR/ESCR, projet coordonné par R. Séchet à l'Université Rennes 2 et S. Curtis à l'Université de Durham en Grande-Bretagne).

Dans les recherches que j'ai menées pour mon doctorat, j'ai creusé des questions théoriques touchant aux problématiques de la mondialisation et de la circulation des pratiques et des savoirs de santé ne relevant pas du système biomédical dominant. L'exemple développé dans ma thèse est celui de la mondialisation du yoga, une discipline originaire d'Inde en lien avec la santé et les savoirs thérapeutiques, mais révélatrice de comportements sociaux et culturels dont la dynamique s'ancre aussi bien à l'échelle macro (processus de mondialisation) qu'à l'échelle micro (le corps). Ma thèse – et l'ouvrage qui en découle (Hoyez, 2012a) – porte donc sur la compréhension des dimensions spatiales, sociales et culturelles de la santé, en adoptant un point de vue « décentré ».

Pour mon post-doctorat (en accueil à l'Institut Français de Pondichéry, équipe « Societies and Medicine in South India: comparative perspectives »), j'ai approfondi la question de la mondialisation des médecines indiennes pour mieux cerner les politiques de santé contemporaines en Inde, d'un point de vue institutionnel et d'un point de vue social. Plus particulièrement, j'ai creusé l'exemple de l'homéopathie (une médecine d'origine européenne mais considérée comme appartenant aux « *Indian systems of medicine* » par le gouvernement indien): les modalités de son introduction en Inde depuis les années 1830, son utilisation par les populations, ainsi que son institutionnalisation par le gouvernement (Hoyez & Schmitz, 2007).

Mes expériences de recherche sont marquées par un important travail de terrain en France et en Inde, par l'utilisation de méthodes de travail qualitatives visant à mettre en lumière les dynamiques mondiales et micro-locales dans le domaine de la santé. La méthodologie

que j'ai mise en œuvre, relevant de l'ethnographie, visait à mettre « en miroir » les pratiques de santé relevant de médecines indiennes, entre l'Inde et l'Europe, et à faire émerger l'échelle du corps dans la compréhension des logiques de recours aux soins des personnes. J'ai également développé des travaux relatifs à la question de l'introduction (ou non) de médecines dites alternatives ou complémentaires dans les systèmes de santé européens et Indien (Hoyez, 2007a, 2007b, 2009).

Après ces travaux, j'ai fait le choix de faire évoluer mes recherches vers l'étude des pratiques de santé des populations migrantes en France et au Royaume-Uni, avec un regard particulier sur les populations originaires du sous-continent indien (mais sans que cela ne soit pour autant restrictif à cette seule population). Mes interrogations, au sein du projet de recherche franco-britannique, à partir de 2007, ont alors porté sur les variations dans les recours aux soins des populations migrantes en fonction du système légal et politique du pays d'accueil, ainsi que sur les modalités de l'utilisation des soins au sein des groupes de migrants (accès à l'offre publique de soins, mais aussi accès à des formes dites non-conventionnelles). Depuis lors, je tente d'apporter un éclairage sur les pratiques sociospatiales de santé des personnes migrantes, et des processus de mobilité des savoirs, des personnes (patients et praticiens) et des thérapies (Hoyez, 2010).

Mon recrutement au CNRS en 2008 et mon affectation à l'UMR Migrinter m'ont permis de développer des travaux inédits sur la santé et les migrations internationales, les pratiques de soins et la mondialisation, les politiques publiques de santé comparées, à l'échelle locale, nationale et internationale, les politiques migratoires comparées. Entre 2008 et 2012, j'ai affirmé et affiné mes réflexions théoriques en portant une attention toute particulière d'une part aux facteurs politiques, sociaux et culturels qui encadrent l'accès aux soins et les pratiques de soins des migrants, et d'autre part aux recoupements entre expérience migratoire et expérience de la santé et du soin (Cognet, Hoyez, & Poirer, 2012). D'un point de vue plus « opérationnel », et suite à mon immersion dans les terrains comparés locaux (à Rennes, Poitiers et Paris), deux axes de recherche se sont plus précisément dessinés : l'un sur l'accès aux

soins des migrants (primo-arrivants, demandeurs d'asile ; mais aussi migrants installés depuis longtemps) et l'autre sur les types de pratiques de soins auxquels ils ont recours (incluant aussi bien les recours à la biomédecine et les recours à d'autres pratiques ou grands systèmes de représentation de la santé). Ces réflexions ont nourri les travaux collectifs d'un groupe de recherche que je coordonne depuis 2008 (*voir ci après*).

1.2 Accès aux soins des migrants : un regard sur les configurations locales

À l'échelle nationale, l'accès aux soins des migrants est dépendant de différentes politiques sectorielles : politique de santé publique, politique sociale, et politique d'immigration (pour tout ce qui régit les modalités d'accès aux soins aux non-nationaux). À l'échelle locale, ces politiques se déclinent de façon différente à chaque niveau d'intervention : les organismes publics qui les régissent ont des territoires d'action différents (région, département, communes), les publics bénéficiaires sont divers, et les acteurs mobilisés sont multiples (ils appartiennent au secteur public de la santé ou du social mais aussi, et surtout, au secteur associatif). Mais ce domaine est marqué par un important décalage entre le droit à la santé tel qu'il est édicté dans ces politiques, et l'accès effectif aux soins pour les populations migrantes, surtout pour celles au statut le plus fragile. Aussi, à l'échelle locale, l'observation des modalités d'accès aux soins pour les populations migrantes révèle des processus inégalitaires et différenciés. Pour saisir la variabilité des facteurs dans différents contextes et à différentes échelles et mieux comprendre les processus sociaux et politiques qui conduisent aux inégalités de santé, j'ai impulsé une série de recherches coordonnées et comparatives sur les « paysages locaux de l'accès aux soins » (souvent régis par la « culture de l'initiative locale ») (Hoyez, 2011). Le sujet, peu traité dans la géographie française, rejoint les problématiques de recherche portant sur les organisations spatiales des acteurs de la santé au sein des politiques publiques, les impacts des politiques publiques sur la santé et l'organisation des soins, et se rattache, *in fine*, aux questions relatives aux fondements des inégalités sociales et spatiales de la santé (Curtis, Rees-Jones, 1998 ; Kearns, Gesler, 1998 ; Curtis, 2004 ; Fleuret, Thouez, 2007).

L'analyse des adaptations, des compositions et des négociations qui interviennent à l'échelle locale font l'objet d'une attention particulière dans mes recherches. L'examen conjoint de l'action locale (l'action qui cherche à répondre aux problèmes dits du "terrain") et de l'espace local (l'espace qui est contenant et contenu de ces problèmes) est à la fois un « analyseur fécond des transformations en cours dans le monde contemporain », et un révélateur de l'espace des « transformations du champ de la santé publique » (Fassin, 1998). Aussi, j'ai pu mettre en lumière que, au sein du parcours migratoire, les recours aux soins des migrants sont jalonnés de lieux précis : structures du système dit "de droit commun", mais aussi structures d'accueil pour les personnes exclues de ce même système (personnes en grande précarité), et enfin structures créées pour favoriser un accueil spécifique aux populations migrantes (ouverture des droits, traitement des problèmes de santé spécifiques). Parmi ces deux derniers types de structures, on trouve essentiellement des organismes d'accueil résultant d'initiatives locales, aux statuts associatifs et aux missions reliées aux priorités repérées dans les politiques publiques locales (de la santé ou de la ville), aux objectifs constamment négociés entre acteurs locaux et révisés à mesure des changements des orientations des politiques nationales (de santé, d'immigration ou du social) (d'Halluin & Hoyez, 2012).

1.3 Logiques de recours aux soins chez les populations migrantes

Sur un autre plan, tout en reprenant et poursuivant mes travaux sur la transnationalisation des savoirs et des pratiques de santé, et en partant d'exemples pris sur les terrains indiens et européens, j'ai développé des réflexions sur les processus de transnationalisation des pratiques de santé du point de vue des migrants. Comment, en migration, des individus utilisent et produisent des savoirs et des pratiques de soins, en effectuant des négociations entre le soin tel qu'il est proposé dans le système de santé publique du pays d'accueil et le soin tel qu'il est transféré depuis le pays d'origine ? Les réflexions tirées de ces travaux interrogent non seulement l'impact des politiques publiques sur la santé des migrants, mais aussi le rôle des réseaux transnationaux organisant le soin en parallèle ou en complément de ces politiques

publiques, et les diverses modalités d'adaptation et d'ajustement des pratiques de soins chez les migrants, qu'ils soient patients (consommateurs de soins) ou praticiens (pourvoyeurs de soins) (Hoyez, 2010). Dans ce domaine, les études sur les recours aux soins des populations évoquent régulièrement la présence de comportements relevant du pluralisme médical¹. Certains travaux, notamment ceux des chercheurs anglophones, sous-entendent ou avancent explicitement que, dans la migration, les individus transfèreraient un ensemble de connaissances relatives à la santé, empruntées aux savoirs médicaux élaborés dans les pays d'origine, et organisées au sein de réseaux transnationaux liant des patients et des praticiens. L'idée est séduisante dans la mesure où elle permet d'envisager les logiques de recours aux soins au prisme du pluralisme médical, de l'accès à différentes ressources sociales et spatiales, et d'envisager les migrants comme acteurs de leur santé, capables de négociations et d'adaptations pour optimiser leurs démarches. Mais cette idée contient aussi un certain nombre d'illusions, provenant en partie de l'utilisation sans nuance de la notion sous-jacente de renouvellement des « traditions » médicales ; et, en partie, du manque de prise en compte des facteurs individuels et collectifs, sociaux et politiques, qui, en se conjuguant, influent sur les logiques de recours aux soins des populations migrantes. Il semblerait, en particulier, que le contexte français de l'introduction de l'*ayurveda* (une médecine d'origine indienne) appelle à nuancer les relations qui peuvent parfois être faites entre le développement de cette médecine et la présence de migrants qui seraient attachés à de prétendues « traditions médicales ». L'étude de l'introduction puis du développement de l'*ayurveda* en France est intéressante à deux égards : il s'agit d'une médecine institutionnalisée et connue de la population générale dans tout le sous-continent indien (Inde, Sri Lanka, Bangladesh, Pakistan, Népal), et en même temps, elle est de plus en plus visible en France (où elle est incluse dans la nébuleuse des médecines dites complémentaires et alternatives). L'*ayurveda* serait

1- La recherche et/ou l'usage de pratiques de soins ne relevant pas du système biomédical ne concerne bien évidemment pas que les migrants, mais les recherches sur les migrants intègrent plus aisément cette possibilité. Dans cette assertion, on pourrait voir la persistance de la tentation culturaliste.

donc potentiellement une de ces pratiques de santé pouvant être utilisée ou (re)construite en migration. Cependant, une recherche que j'ai menée à Paris (Hoyez, 2012b) révèle que les migrants originaires du sous-continent indien sont largement sous-représentés parmi les patients et les praticiens de l'*ayurvéda*, et que leur connaissance et leur attrait pour cette médecine sont loin d'être systématique et évidente. Pourtant, l'*ayurvéda* est bel et bien une médecine qui circule entre différentes régions du monde et produit, depuis les années 1990, un nombre croissant de mobilités de praticiens, de savoirs ou de traitements venus d'Inde. Néanmoins, ces dynamiques ne semblent pas passer par les migrants installés en France, mais plutôt par des individus invités ponctuellement à venir d'Inde et considérés, dans les discours de ceux qui les invitent, comme plus savants et plus légitimes, sinon « authentiques ».

1.4 Mise en œuvre des recherches

Dans mes recherches, je privilégie tout autant les analyses micro-locales que les analyses à l'échelle macro. Je cherche à articuler ces deux niveaux d'analyse pour mieux connaître et comprendre comment les expériences du micro se forment à l'épreuve du macro, pour répondre à des besoins d'ordre empiriques (produire et analyser des données à l'échelle locale, tout en évitant de tomber dans le piège de la juxtaposition de cas particuliers) et théorique (déconstruire les catégories). De cette façon, je tente d'envisager les processus sociaux dans des unités de lieux correspondant aux espaces du quotidien tout en prenant en considération le vécu des populations, les mécanismes et les processus locaux induits par les politiques publiques et/ou les mobilisations citoyennes. En somme, je privilégie une approche marquée par les articulations d'échelles avec l'intention d'échapper aux dichotomies local/global ou local/général, pour proposer des analyses « localisées » comme révélatrices de processus sociaux, spatiaux et temporels qui traversent plus largement les sociétés.

Je travaille principalement à Rennes et Poitiers (et dans les régions Bretagne et Poitou-Charentes) avec les acteurs de la santé et du social dont les actions sont dirigées auprès de migrants. Au-delà de l'analyse des dynamiques des structures concernées (RVH, CADA, Associations et ONG) et des mobilisations des acteurs (professionnels de la santé, élus, militants) je tente de

recueillir des données sur le vécu quotidien des populations (accès au logement, à l'éducation pour les enfants, au travail, à un statut administratif stable) via le prisme des mobilités et des ancrages dans la ville (Hoyez, 2012c).

Au niveau méso et macro, mes travaux visent à croiser les problématiques de santé avec les orientations des politiques publiques (toutes les politiques influant sur la santé sont incluses: santé, social, immigration). Ceci s'effectue avec la mise en réseau avec d'autres équipes françaises ou européennes, géographes ou non, travaillant sur la santé ou les migrations internationales.

II- UN PROJET COLLECTIF: « MIGRATIONS ET SANTÉ (MIGSAN): ANALYSE DES VARIATIONS DANS L'ACCÈS AUX SOINS DES POPULATIONS MIGRANTES À L'ÉCHELLE LOCALE »

Depuis octobre 2012, je coordonne avec deux collègues de Nantes et Poitiers (Estelle d'Halluin, CENS; et Céline Bergeon, MIGRINTER) un projet de recherche pluridisciplinaire soutenu et financé par le Réseau National des Maisons des Sciences de l'Homme (RN-MSH)². Ce projet réunit des chercheurs en sciences humaines et sociales ainsi que des professionnels de la santé. Le but principal de cette recherche est de creuser la problématique de l'accès aux soins des migrants et de mieux informer sur les mécanismes qui entrent en jeu à l'échelle locale. Nous partons de constats réalisés à l'échelle nationale qui soulignent la présence et la persistance des inégalités dans l'état de santé et dans l'accès aux soins des migrants pour chercher à comprendre et analyser les spécificités et les enjeux posés par ces questions à l'échelle locale. Le projet vise à interroger, observer et analyser les conditions d'accès aux soins pour les populations migrantes et leurs effets sur les logiques de recours aux soins des personnes, tout en prenant en compte un ensemble élargi de facteurs sociaux, économiques, politiques et culturels. En somme, nous cherchons à mieux connaître et comprendre les différents mécanismes et facteurs qui, à l'échelle locale, entrent en ligne de compte dans les variations de l'accès aux soins chez les populations migrantes.

2- http://www.mshb.fr/accueil/la_recherche/pole_societes_et_sante/migsan

2.2 Objectifs

L'intérêt scientifique de ce projet est de progresser dans les réflexions sur les modalités d'accès aux soins concernant une population repérée comme plus souvent marginalisée que d'autres : les migrants. Nous avons identifié deux entrées prioritaires qui nous permettent d'articuler questions sociales et spatiales : une approche centrée sur les dispositifs de soins en présence à l'échelle locale (approche spatiale), et une approche centrée sur les groupes, les réseaux sociaux et les personnes (approche sociale)

Le groupe de chercheurs impliqué dans ce projet poursuit une action de recherche engagée dès 2007 dans les séminaires franco-britanniques (qui a abouti à une publication collective qui fournit aujourd'hui un socle théorique fondamental à nos travaux présents) (*The Franco-British Working Group on Migration, Health and Wellbeing*, 2009). Malgré les échecs à différents projets de recherche ANR multi-latéraux (nous passerons sur ces affres que nous expérimentons -trop-régulièrement), le réseau de chercheurs qui est ici mobilisé a toujours poursuivi sa dynamique collective en s'ouvrant à de nouveaux participants, en se réunissant régulièrement, en organisant ponctuellement des manifestations scientifiques. Nous cherchons désormais à utiliser les connaissances fondamentales solides dont nous disposons pour initier des recherches inédites sur différents contextes locaux, à la croisée entre questions sociales et questions de santé publique. L'équipe a pour originalité de mobiliser des personnes qui ont une expertise de haut niveau dans le domaine de l'analyse des inégalités sociales en santé, et/ou dans le domaine des migrations internationales, et/ou en santé publique ou médecine. Nous nous associons dans ce projet avec le Département de Santé publique de Rennes 1, les CHU (via la participation de praticiens hospitaliers), et les réseaux de soins locaux dans le domaine de la santé des migrants (RVH35, RVH86).

2.2. Problématique

Nous souhaitons ouvrir un espace de recherche et de dialogue pour mieux connaître et comprendre les différents mécanismes et facteurs qui, à l'échelle locale, entrent en ligne de compte dans les variations de l'accès aux soins chez les populations migrantes. Le

croisement de nos analyses sera ainsi mis à profit pour étudier les questions de l'accès aux soins des migrants au prisme de leur expérience migratoire, des conditions et des contextes de l'utilisation des services de santé, et le creusement de questions transversales touchant à des domaines comme le vieillissement ou les inégalités hommes/femmes, encore peu représentées dans les travaux des chercheurs mais bel et bien identifiées sur le terrain.

Nous prenons en considération un ensemble de facteurs qui entrent en ligne de compte du point de vue des populations comme du point de vue des services de santé :

- les espaces, les conditions de vie et l'action publique territorialisée (accès aux droits et à la mobilité, au logement, à l'emploi...);
- les expériences et pratiques de la santé en fonction des différents âges de la vie et des rapports sociaux, séparément et ensemble ;
- les représentations de la santé et du système de santé selon les nationalités et cultures d'origine (incluant la culture des patients et des professionnels de la santé, migrants ou non) ;
- les changements dans les structures familiales (élargissement ou éclatement de la structure familiale), en lien ou non avec la maladie.

Ces entrées touchent à la fois aux recours aux soins (incluant l'accès, les trajectoires ou les parcours de soins), aux ressources mobilisées par les populations pour leur santé (ressources économiques, sociales, spatiales), aux ruptures/continuités/renégociations qui interviennent au cours de la vie des populations (âges de la vie, changement de la cellule familiale).

2.3. Organisation de l'opération de recherche

Le projet réside dans la mise en place de réunions de recherche et de missions de terrain (courtes). Les objectifs de chaque réunion seront de creuser les pistes théoriques, partager des ressources documentaires variées (bibliographiques, textes légaux et administratifs, exploitation de bases de données), dialoguer avec des acteurs de la santé et du social et des représentants de migrants, restituer des travaux de terrain et, enfin, mutualiser les contacts de terrain et créer un carnet d'adresses commun. Les réunions répondent également à des objectifs de transversalité des théma-

tiques abordées et de mise en commun d'outils de recherche. Ces réunions peuvent prendre la forme d'ateliers dont le but est de mettre au point une méthodologie de recherche qui soit commune à toute l'équipe. La méthode d'enquête utilisée reposera sur des entretiens qualitatifs réalisés par les chercheurs auprès des populations et des professionnels, dans le cadre de courtes missions locales de terrain. L'idée est que la méthodologie de recherche soit coordonnée au sein des équipes mais aussi entre équipes, par souci de comparabilité et d'extension des recherches à plus long terme. Il y aura donc deux phases principales de terrains : une première phase au cours de laquelle les équipes coordonneront des entretiens et des observations sur les sites qu'elles auront choisis au préalable, en accord avec l'ensemble du groupe. Puis une seconde phase de retour sur le terrain pour collecter des données en complément de la première phase de terrain.

2.4 Horizons étendus : la géographie sociale et culturelle de la santé

Ces travaux ont pour objectif de contribuer au renforcement des recherches sur les inégalités sociales de santé dans l'UMR. Avec les terrains Rennais, Poitevins et Parisiens, c'est sur les inégalités sociales de santé rencontrées par les migrants que je me suis le plus interrogée. J'ai déjà souligné qu'à l'homogénéité des politiques publiques à l'échelle nationale s'oppose l'hétérogénéité des pratiques locales. C'est en effet surtout à cette échelle que les enjeux de l'accès aux soins se jouent, révélant alors les processus inégalitaires et différenciés selon les publics concernés.

Mon arrivée à ESO me donne l'occasion d'entrer dans ces questions par le prisme de la géographie sociale, et, par conséquent, d'ancrer mes travaux dans l'approche socio-spatiale des questions de santé. J'espère pouvoir contribuer aux réflexions collectives de l'UMR sur les marqueurs des inégalités sociales dans la ville, l'importance respective des processus individuels et collectifs dans la formation de ces inégalités, et d'interroger les mobilités quotidiennes, les distances, les processus de marginalisation qui se jouent dans le domaine de la santé. Outre un travail sur l'organisation territoriale des acteurs de la santé (et/ou du social), je souhaite m'interroger sur les conditions de la mise en

place des actions et initiatives locales et internationales à destination des populations marginalisées, et enfin l'ensemble des ressources (sociales et spatiales) que les populations utilisent ou mobilisent pour mettre en œuvre leurs démarches de santé. D'un autre côté, il est nécessaire de déconstruire les catégories en lien avec la santé et d'introduire les faits de santé comme révélateurs de changements sociaux et spatiaux intervenant à l'échelle micro comme à l'échelle macro. Enfin, pour compléter l'approche culturelle des faits de santé, je souhaite continuer à creuser la question des liens entre itinéraires thérapeutiques, trajectoires de soins et parcours de vie, et ce afin de mieux comprendre ce que les personnes projettent dans les choix et logiques encadrant leurs recours aux soins et la prise en charge de leur santé (notamment via le prisme du pluralisme médical).

RÉFÉRENCES

- Cagnet M., Hoyez A.-C., & Poiret C. (2012). Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28 (2), 7-10.
- d'Halluin E., & Hoyez A.-C. (2012). *L'initiative associative et les reconfigurations locales des dispositifs d'accès aux soins pour les migrants primo-arrivants*. Humanitaire (sous presse).
- Fassin D. (dir). (1998). *Les figures urbaines de la santé publique : enquête sur des expériences locales*. Paris : la Découverte.
- Hoyez, A.-C. (2005). *L'espace-Monde du Yoga. Une géographie sociale et culturelle de la mondialisation des paysages thérapeutiques*. Thèse de géographie sous la direction d'Alain Vaguet et Jean-Claude Arnaud. Université de Rouen. <http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00011237>
- Hoyez A.-C. (2007). Globalised Therapeutic Landscapes : Production and Reproduction of spaces and places. Examples in the « world of yoga ». *Social Science & Medicine*, 65, 112-124.
- Hoyez A.-C. (2009). Mondialisation et nouveaux réseaux de santé. L'exemple du développement des médecines complémentaires en Europe. In F. Moullé & S. Duhamel (dir), *Frontières et santé. Genèses et maillage des réseaux transfrontaliers*. Paris : L'Harmattan.
- Hoyez A.-C. (2010). *Transnationalisation, migrants et santé. Santé et mondialisation*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Hoyez A.-C. (2011). L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales. *Cybergeo : European Journal of Geography*. <http://cybergeo.revues.org/24796>
- Hoyez A.-C. (2012a). L'espace-monde du yoga : De la santé aux paysages thérapeutiques mondialisés. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Hoyez A.-C. (2012b). « L'ayurveda c'est pour les Français ». Interroger recours aux soins, systèmes de santé et expérience migratoire. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28 (2).
- Hoyez A.-C. (2012c). Mobilités et accès aux soins des migrants en France. *Géococonfluences*. <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient4.htm>
- Hoyez A.-C., & Schmitz O. (2007). Les voies indiennes de l'homéopathie. Diffusion et ajustements d'une médecine alternative européenne en Asie. *Transcontinentales* (5).
- The Franco-British Working Group on Migration, Health and Wellbeing. (2009). Health, Well-being and Immigrant Populations in France and Britain. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5 (4), 4-19. doi:10.5042/ijmhsc.2010.0228