



Explosion du **tourisme** médical : des voyageurs d'un nouveau type ?

Rev Med Suisse 2008; 4: 1196-201

P.A. Bovier

Dr Patrick A. Bovier
2, Grand-Rue
1095 Lutry
patrick.bovier@post.harvard.edu

Medical tourism : a new kind of traveler ?

In an era of globalisation, an increasing number of patients are seeking medical care abroad, for a fraction of the price in their home country. The reasons are numerous. Some countries face an increasing demand, either because of inappropriate health insurance coverage (e.g. United States) or long waiting lists (e.g. United-Kingdom, Canada). In parallel, medical care facilities and infrastructures of many countries of Asia and Latin America offer now high quality care, if not better, than their European or North American counterparts. In these conditions, more and more patients decide now to travel abroad for cardiovascular and orthopedic surgery that they cannot readily have in their home country. In Switzerland, this phenomenon is still marginal but changes could occur in a near future.

A l'heure de la globalisation un nombre croissant de patients choisissent d'aller se faire soigner à l'étranger, à un prix qui peut être 10-20 fois moins cher. Les raisons sont multiples. Certains pays sont confrontés à une demande croissante, soit à cause d'un défaut de couverture des prestations par les assurances maladie (par exemple : Etats-Unis) ou à cause des listes d'attente (par exemple : Royaume-Uni, Canada). En parallèle, l'offre de soins s'est améliorée de manière spectaculaire dans de nombreux pays d'Asie et d'Amérique latine. Dans ces conditions de plus en plus de patients franchissent le pas et se rendent dans ces hôpitaux, généralement accrédités selon des normes européennes ou américaines, pour bénéficier de chirurgie cardiovasculaire ou orthopédique. En Suisse, ce phénomène encore marginal pourrait être amené à se développer dans un avenir proche.

INTRODUCTION

Depuis peu, le terme de *tourisme médical* change de sens. Dans le langage médical courant, il désignait de manière peu flatteuse certains patients qui cherchaient des réponses à leurs problèmes de santé auprès de plusieurs médecins, phénomène rendu possible par le libre choix du praticien dans notre pays. Si ce phénomène existe toujours en Suisse, le terme de *tourisme médical* désigne maintenant un autre phénomène à l'échelle mondiale : une offre de soins hautement spécialisés à des coûts réduits pour des patients qui ne peuvent pas obtenir ces soins dans leur pays de résidence.¹⁻³

UN PEU D'HISTOIRE

Certains auteurs font remonter les premières mentions de *tourisme médical* au VI^e siècle avant notre ère. C'est en effet dans la ville d'Epidaure, lieu du culte d'Esculape fils d'Apollon, située dans le Péloponnèse, que les Grecs du monde antique se rendaient pour recevoir des soins. La divinité leur apparaissait en rêve avec les réponses à leur problème de santé. Ce site connu par la suite des fortunes diverses à l'ère romaine, mais resta réputé pour les vertus de ses sources. Dans l'Empire romain et au Moyen-Age, les villes thermales prirent de l'essor et devinrent des destinations très fréquentées dans toute l'Europe et le bassin méditerranéen.

Au XX^e siècle, les grands centres hospitaliers universitaires des Etats-Unis et des pays européens devinrent les centres d'excellence prisés par les patients fortunés du monde entier, en raison de leurs moyens technologiques et des compétences de leurs médecins spécialistes. Hors depuis la fin des années 1990, on assiste à l'émergence de nouveaux pôles d'excellence dans d'autres pays.⁴ L'essor du tourisme médical se concentre maintenant dans des pays comme la Thaïlande, Singapour, l'Inde ou le Brésil, avec un marché estimé à plusieurs milliards de dollars par an. En 2007, la première conférence internationale sur le tourisme médical s'est tenue aux Etats-Unis, à Las Vegas.⁵



QUI SONT LES TOURISTES MÉDICAUX DU XXI^E SIÈCLE ?

Il s'agit en général de patients originaires d'Europe (Royaume-Uni), du Moyen-Orient, du Japon, des Etats-Unis ou du Canada. Ces personnes ont en commun un niveau élevé d'exigences vis-à-vis de la qualité des soins, qui va de pair avec leur niveau de vie, et résident dans un pays où les coûts de la santé sont en général très importants. Le patient-type est âgé d'une cinquantaine d'année et a besoin d'une chirurgie électorale (**cas clinique n° 1**). Il fait généralement partie de la classe moyenne et est capable de payer lui-même le voyage et les frais associés à ce traitement, dont il ne peut bénéficier dans son pays de résidence pour diverses raisons que nous allons détailler plus loin.^{6,7}

CAS CLINIQUE N° 1

M. I. M. est un charpentier indépendant de Caroline du Nord aux Etats-Unis qui a choisi de ne pas avoir d'assurance maladie, car les primes sont trop élevées. A l'âge de 50 ans, on lui diagnostique une insuffisance mitrale, nécessitant une intervention chirurgicale. Les coûts de cette intervention dans les hôpitaux de sa région sont devisés à US\$ 200 000.–, dont la moitié en acompte, ce qui est inabordable pour lui. Après plusieurs démarches, il trouve un autre hôpital dans le sud du pays qui lui propose la même intervention pour US\$ 40 000.–, mais pour rassembler cette somme, il doit vendre sa maison. C'est alors que son fils, qui est étudiant en médecine, trouve un chirurgien en Inde qui a fait sa formation à New York et qui peut l'opérer dans une nouvelle clinique privée à New Delhi, pour un coût total de US\$ 6700.–. L'opération se déroule sans problème et M. I. M. peut rapidement reprendre son activité professionnelle.⁶

OÙ VONT-ILS ?

Les destinations des *touristes médicaux* sont multiples et ne sont pas l'apanage d'un seul continent. Dans la littérature actuelle,^{2,8} les destinations sont en général regroupées en fonction des soins proposés. Pour la chirurgie cardiaque et orthopédique ou les soins médicaux généraux, l'offre de soins est essentiellement concentrée dans les pays asiatiques comme la Thaïlande, l'Inde, Hong Kong,

Singapour, la Malaisie, les Philippines, le Brunei, les Emirats Arabes Unis et la Jordanie. Ces mêmes prestations sont également offertes par des pays comme l'Afrique du Sud, Cuba, la Colombie, la Hongrie, la Lituanie, Israël et la Nouvelle-Zélande. Pour les traitements esthétiques, on retrouve de nombreux pays d'Amérique latine, où dans certains de ces pays jusqu'à 70% des femmes des classes sociales aisées auraient recours à la chirurgie esthétique. Il s'agit de la Colombie, du Costa Rica, de la Bolivie, de l'Argentine, du Brésil, de Cuba ou encore du Mexique. Certains des pays asiatiques précédemment cités offrent également ces prestations, de même que la Turquie ou l'Afrique du Sud.

POURQUOI ?

Les raisons qui motivent le tourisme médical actuel sont essentiellement de deux ordres. On retrouve tout d'abord des patients insuffisamment assurés, nécessitant des soins trop onéreux pour leur situation économique. Aux Etats-Unis, près de 50 millions de personnes vivent sans couverture d'assurance maladie ou accidents et certaines assurances ne prennent pas en charge certaines interventions orthopédiques, comme par exemple les prothèses de hanche ou de genou. Selon des estimations récentes, 500 000 américains voyageraient chaque année pour recevoir des soins médicaux et/ou dentaires ; on les appelle les *nouveaux réfugiés*.⁶ Les différences de prix sont énormes et les prestations peuvent être 10 à 20 fois moins chères par rapport aux tarifs pratiqués en Europe ou en Amérique du Nord (**tableau 1**).² Ainsi, un remplacement valvulaire qui coûterait US\$ 200 000.– aux Etats-Unis peut être proposé pour US\$ 10 000.– aux Philippines, incluant le voyage en avion et un séjour de convalescence au bord de la mer. Une prothèse de genou ou une correction de la myopie par laser (*Lasik eye surgery*) reviendra cinq fois moins cher en Thaïlande. Ces mêmes différences se retrouvent également pour de nombreuses interventions de chirurgie esthétique (**tableau 2**).

Tableau 1. Comparaison internationale des prix pour différentes interventions cardiaques et orthopédiques¹⁶

	Etats-Unis	Singapour	Thaïlande
Prothèse de hanche	US\$ 24 000.–	US\$ 15 000.–	US\$ 10 000.–
Angioplastie coronaire	US\$ 41 000.–	US\$ 11 250.–	US\$ 4 150.–
Spondylodèse	US\$ 62 000.–	US\$ 9 000.–	US\$ 7 000.–

Tableau 2. Comparaison internationale des prix pour différentes interventions esthétiques²

* Europe: France, Espagne et Suisse; ** Prix similaires au Mexique et au Costa Rica.

	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.–



Certaines assurances essaient de mettre en place un système de couverture qui permettrait aux patients américains ou européens de bénéficier de ces prestations, incluant un encadrement médical lors des déplacements et un suivi médicalisé au retour. Le Sénat américain a récemment débattu sur ce sujet et estimé que de telles solutions (*offshore surgery*) permettraient de réduire les coûts de la santé de 1-2% pour les Etats-Unis.⁶

Ces différences de prix s'expliquent par plusieurs facteurs. Le coût de la vie est moins cher dans ces pays, réduisant les frais liés aux infrastructures et aux services. Le paiement des prestations est effectué directement par le patient, ce qui diminue les frais administratifs. Les médecins de ces hôpitaux sont généralement salariés, ce qui limite les frais médicaux. Enfin, ces institutions ne sont généralement pas des hôpitaux universitaires et n'ont donc pas à supporter les frais liés aux activités de type enseignement ou recherche.

L'autre facteur qui motive le tourisme médical est lié aux listes d'attente pour des interventions sélectives et à ses conséquences. Au Canada en 2005, plus de 750 000 personnes étaient sur des listes d'attente. Au Royaume-Uni, le délai d'attente pour une prothèse de hanche est en général d'une année, mais dans de nombreuses situations, ce délai est nettement plus long (**cas clinique n° 2**). De plus en plus de patients anglais font le pas, souvent aidés par des agences qui leur proposent un choix de destinations en fonction de leur problème de santé.

CAS CLINIQUE N° 2

M^{me} M. C. vit au Royaume-Uni. Elle est âgée de 67 ans et souffre d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs, avec un périmètre de marche inférieur à dix mètres. Un pontage aorto-bifémoral est prévu et elle est mise en liste d'attente. Après avoir attendu deux ans pour son intervention, celle-ci est finalement annulée deux semaines avant la date prévue, sans explication ni nouvelle échéance. C'est alors que son mari lit un article parlant d'une agence qui organise des traitements chirurgicaux à l'étranger. Des contacts sont pris et en moins d'une semaine l'intervention est programmée dans un hôpital de New Delhi. Les coûts s'élèveront à £ 5000.-, sans les frais liés au voyage, alors que la même intervention dans une clinique privée anglaise aurait coûté au moins £ 20 000.-. L'intervention se déroule sans problème et M^{me} M. C. revient enchantée de son séjour hospitalier en Inde.⁷

QUEL HÔPITAL CHOISIR ?

Si le fossé technologique restait important il y a encore 10-20 ans, il s'est maintenant comblé et le niveau de prestations est semblable dans de nombreux pays. Afin de faire reconnaître leur niveau de compétences et la qualité de leurs prestations, de nombreux hôpitaux se sont fait accréditer selon des standards reconnus en Europe et en Amérique du Nord. Il s'agit du système de certification ISO (Mexique, Inde, Thaïlande, Liban, Pakistan),⁹ du système

d'accréditation de la *Joint commission* américaine (plus de 80 hôpitaux en Inde, Thaïlande, Singapour, Chine, Arabie Saoudite),¹⁰ ou du *Trent international accreditation scheme* utilisé au Royaume-Uni et à Hong Kong.¹¹ Certaines institutions sont parfois accréditées par plusieurs organismes, ce qui augmente ainsi leur public-cible. Certains experts proposent de considérer les « 5 D » (**tableau 3**) pour déterminer si une institution est recommandable.⁴

Tableau 3. Points à considérer avant de recommander un hôpital pour une intervention en dehors de la Suisse

(Adapté selon réf. 4).

Les 5 D	
Domain	Est-ce que les infrastructures sont récentes et régulièrement entretenues ?
Doctors	Est-ce que les médecins sont porteurs de diplômes internationalement reconnus ?
Data	Quelles statistiques sont recueillies de routine ? Est-ce qu'elles sont accessibles par les patients et les agences de certification ?
Death	Est-ce que des données de mortalité et de morbidités sont disponibles ? Est-ce que ces valeurs sont comparables avec des hôpitaux de référence en Suisse ?
Due diligence	Qui est l'interlocuteur qui s'occupera vraiment du patient ? Est-il possible de visiter l'hôpital, de voir les différents services, de rencontrer les soignants ?

SURVOL DE QUELQUES DESTINATIONS EN VOGUE

En Thaïlande,^{2,3,8,12} le tourisme médical a connu un développement fulgurant ces dernières années, avec 1 200 000 patients en 2006, dont 400 000 pour un seul hôpital de Bangkok. Ces résultats sont le fait de l'excellente réputation des médecins thaïlandais, qui sont porteurs de titres de spécialiste reconnus en Europe et aux Etats-Unis et des nombreux hôpitaux accrédités selon les standards européens et nord-américains (par exemple : Bumrungrad international hospital, Bangkok). Cette activité aurait généré 1 milliard de dollars US en 2006. L'attractivité de la Thaïlande a débuté à la fin des années 1990, suite à la crise financière asiatique en 1997-2001, en raison de coûts moins élevés par rapport à Singapour. Cette tendance s'est poursuivie. En effet, depuis septembre 2001, il est beaucoup plus facile pour les patients du Moyen-Orient de voyager en Asie, plutôt qu'en Europe ou en Amérique du Nord (augmentation de 5000 à 93 000 patients pour le Bumrungrad international hospital de Bangkok).

L'Inde est réputée pour la chirurgie cardiaque et orthopédique, avec 600 000 *touristes médicaux* en 2006.^{2,3,8,13} Les infrastructures sont généralement le fruit de partenariat entre le gouvernement et des hôpitaux privés. La ville de Chennai dans le sud du pays a été déclarée *India's health capital*. Elle attirerait 45% des *touristes médicaux* internationaux et 30-40% des *touristes médicaux* indiens. Récemment, le Wockhardt hospital de Mumbai est devenu le premier hôpital spécialisé à être accrédité en Inde par la *Joint commission*. Un autre acteur important est le groupe Apollo, qui



regroupe 38 hôpitaux et comprend 7000 lits. Des spécialistes estiment que cette activité générera 1,2 milliard de dollars US dans ce pays dans quelques années.⁷

Singapour est considéré comme le *hub* médical de l'Asie, avec la densité la plus élevée d'hôpitaux accrédités selon les normes américaines dans la région (neuf hôpitaux et deux centres médicaux).^{2,8} On y trouve une offre de soins complète, qui va des soins généraux à la transplantation d'organe, en passant par les traitements neurologiques ou oncologiques de pointe. On estime à plus de 350 000 le nombre de *touristes médicaux* pour cette ville en 2006.

La ville de Hong Kong compte douze hôpitaux privés, tous accrédités par *Trent hospitals* depuis le milieu des années 1990. Certains sont également accrédités par la *Joint commission international*. Plusieurs de ces hôpitaux privés sont considérés comme les meilleurs dans le monde dans leur secteur d'activité. Cette destination compte également 50 hôpitaux publics, en passe d'être accrédités.²

Cuba est actif dans ce secteur depuis plus de 40 ans (*Fine reputation of Cuban doctors, low prices and nearby beaches on which to recuperate*).² Avec plus de 20 000 touristes médicaux en 2006, c'est une destination réputée pour les prothèses articulaires, les traitements oncologiques, l'ophtalmologie, l'esthétique, ou le sevrage des addictions.

Le Costa Rica est également une destination appréciée, de part sa proximité des Etats-Unis et pour ses tarifs (40-50% meilleur marché). C'est une destination prisée pour l'esthétique et les soins dentaires.^{2,8}

Nous terminerons ce survol par l'Afrique du Sud où l'on prend le terme *tourisme médical* au pied de la lettre, en faisant la promotion de *safaris médicaux* (*Surgeon & safari: Come to see African wildlife and get a facelift in the same trip!!!*).^{2,8,14} C'est une destination qui est surtout réputée pour la chirurgie esthétique. Les patients pensent leurs plaies dans de luxueux hôtels du Cap avant de découvrir les vignobles ou dans un *bed & breakfast* avant de partir en safari.

RISQUES LIÉS AU TOURISME MÉDICAL

Parcourir des milliers de kilomètres pour bénéficier de soins spécialisés n'est pas sans risque, surtout si le scénario ne se déroule pas comme prévu.^{3,7,15,16} On connaît actuellement très peu de choses sur ce problème, hormis quelques témoignages. En Australie, il semblerait que les médecins plasticiens soient confrontés régulièrement avec des patients présentant des complications secondaires à une intervention esthétique lors de leurs vacances.⁴ Les frais sont alors à la charge du patient, souvent sans possibilité de recours vis-à-vis du médecin ou de l'hôpital où il a été opéré. En effet, dans de nombreux pays, il n'existe tout simplement pas de législation qui définisse la responsabilité des prestataires de soins en cas d'erreur médicale. Il est donc impossible de faire recours sur le plan juridique.

De nombreuses autres questions restent sans réponse. Les récents accords du GATT concernant le secteur des services, dont fait partie le secteur de la santé, ont ouvert la voie à la globalisation de ce marché.¹⁷⁻¹⁹ Si les lois du marché sont extrêmement efficaces pour optimiser l'offre en fonction de la demande au prix le plus bas, elles sont

par contre réputées pour générer des inégalités en fonction des différences socio-économiques. Certains économistes prônent l'ouverture afin que les capitaux étrangers puissent financer les secteurs de la santé dans certains de ces pays et développer l'offre de soins pour des patients internationaux. D'autres réclament la couverture de ces soins par les assurances maladie européennes ou nord-américaines.²⁰ Si ces propositions semblent pertinentes sur le plan purement économique, elles mettent à mal le principe de solidarité sur lequel repose la plupart des assurances sociales.

Enfin, comment s'assurer que les ressources médicales des pays qui accueillent ces patients internationaux ne soient pas détournées au détriment des populations locales. L'exemple des transplantations d'organe dans certains pays asiatiques a bien montré les dérives possibles dans ce domaine. Si ce risque existe bel et bien et soulève un problème éthique et moral majeur, l'apport de devises permet aussi de développer les infrastructures locales et de faire revenir le personnel de santé qualifié qui s'est expatrié.²⁰ Dans le débat actuel, les avis divergent sur ce point, sans que l'une ou l'autre position ne l'emporte.^{4,13}

LA SUISSE ET LE TOURISME MÉDICAL

Notre pays a été pendant longtemps une destination prisée pour les soins de pointe par les patients internationaux, mais depuis dix ans ce marché est en stagnation, bien qu'il représente actuellement encore un chiffre d'affaires d'un milliard de francs par année. On assiste maintenant au phénomène inverse: un *tourisme médical* soutenu par les caisses-maladie. En effet, depuis 2006 certaines caisses-maladie (CSS et Helsana) proposent à leurs assurés d'aller en Allemagne pour des soins de réadaptation orthopédique et neurologique, avec en contrepartie une diminution de la participation aux frais, dans le cadre de projets pilotes limités aux zones frontalières (région des deux Bâle et de Lörrach en Allemagne). Cette politique permettrait des économies de 20-30%, soit plusieurs milliers de francs par patient. Les premiers résultats laissent entendre que les patients sont satisfaits par cette nouvelle offre de soins. Ce projet pilote, qui a débuté en 2006 et devrait durer trois ans, remettra peut-être en cause le principe de territorialité (seuls les soins prodigués en Suisse sont remboursés par la LAMal, en dehors de l'urgence), alors que les accords bilatéraux signés avec l'Union européenne en 2002 avaient exclu les services, et donc les soins.

Si de telles expériences sont intéressantes, leur mise en application doit se faire avec précaution. L'expérience récente a montré que nous sommes dans un équilibre précaire: en 2006 de nombreux patients se sont vus privés de traitement et de soins médicaux, lorsque les caisses-maladie ont reçu l'autorisation d'interrompre leurs prestations en cas de défaut de paiement. Cette mesure, qui avait été mise en place afin de pénaliser les abus des *mauvais-payeurs*, a surtout précarisé des personnes déjà fragilisées par leur état de santé et leur situation sociale. Cette situation a heureusement trouvé une solution acceptable après de longs mois de négociation. Espérons que cette situation servira de signal d'alarme afin de freiner toutes nouvelles



mesures qui entameraient à nouveau la solidarité entre assurés, base de notre système de santé.

EN RÉSUMÉ

En raison d'une augmentation de la demande en soins dans certains pays dits *développés*, les secteurs de la santé de nombreux pays dits *émergents* ont élaboré une offre médicale spécialisée, engendrant des voyageurs d'un nouveau type. Cette situation est secondaire à certains mécanismes élaborés pour freiner l'augmentation des coûts de la santé dans certains pays, comme la médecine à plusieurs vitesses où des patients peuvent opter pour un catalogue limité de prestations, ou la limitation du nombre de prestataires qui engendre des listes d'attente. Ces réglementations ont fait le lit du *tourisme médical* tel qu'il se développe actuellement. Malheureusement, on ne trouve encore que peu d'informations et de comparaisons afin de guider le patient au mieux dans son choix.

En tant que médecin généraliste, que faire si un patient vient nous questionner sur ce sujet ? Il convient tout d'abord d'évaluer si ce choix se justifie, ce qui ne devrait pas être le cas en Suisse romande. Il faut ensuite lui conseiller de bien se renseigner sur l'institution choisie et son infrastructure.⁷ Est-elle accréditée ? Comment se déroule l'accueil, l'opération et le suivi postopératoire ? Est-ce que la convalescence aura lieu sur place, dans quelle condition ? Certaines agences proposent maintenant leurs services

pour faciliter ce travail, du moins au Royaume-Uni et aux Etats-Unis. Il est également conseillé de ne pas partir seul, afin d'avoir un proche qui puisse l'aider si nécessaire dans les différentes démarches lors du séjour. Enfin, il peut être extrêmement utile d'avertir son médecin de famille avant son départ, afin que celui-ci planifie les soins nécessaires lors de la convalescence. Dans tous les cas, il convient d'informer le patient sur les nombreuses zones d'ombre qui entourent cette nouvelle industrie de la santé : *This industry is still in its infancy, it's still the Wild West!*⁴ ■

Remerciements

Je remercie le Pr Louis Loutan pour ses conseils et ses remarques lors de l'écriture de cet article.

Implications pratiques

- Evaluer avec le patient si le type d'intervention ou les soins nécessaires sont réellement impossibles en Suisse
- Se renseigner sur l'institution choisie par le patient et son infrastructure (les 5 D) et lui conseiller de se faire accompagner par un proche
- Planifier les soins nécessaires au retour ainsi que la convalescence avec son médecin de famille

Bibliographie

- 1 Health tourism & Medical tourism. What is medical tourism? www.healthmedicaltourism.org/Medical_Tourism/Overview/What_is_Medical_Tourism/, dernier accès : 8 février 2008.
- 2 * Wikipedia. Medical tourism. http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_tourism, dernier accès : 8 février 2008.
- 3 CBC News Online. Medical tourism: Need surgery, will travel. www.cbc.ca/news/background/healthcare/medicaltourism.html, dernier accès : 8 février 2007.
- 4 ** MacReady, N. Developing countries court medical tourists. *Lancet* 2007;369:1849-50.
- 5 International medical tourism conference. www.medicaltourismconference.com, dernier accès : 8 février 2008.
- 6 ** Milstein A, Smith M. America's new refugees-seeking affordable surgery offshore. *N Engl J Med* 2006;355:1637-40.
- 7 Rowan D. The times: The boom in medical tourism. www.davidrowan.com/2006/06/times-boom-in-medical-tourism.html, dernier accès : 8 février 2007.
- 8 Runckel CJ. Where to go for medical tourism? www.business-in-asia.com/asia/medical_tourism2.html, dernier accès : 8 février 2008.
- 9 International organization for standardization. www.iso.org/iso/fr/, dernier accès : 8 février 2008.
- 10 Joint commission international. www.jointcommission.org, dernier accès : 8 février 2008.
- 11 Trent international accreditation scheme. www.trentaccreditation.org, dernier accès : 8 février 2008.
- 12 Runckel CJ. Which Thai hospital is best for me: Bumrungrad vs. Bangkok hospital? www.business-in-asia.com/asia/thailand_medical_tour.html, dernier accès : 8 février 2008.
- 13 Chinai R, Goswami R. Medical visas mark growth of Indian medical tourism. *Bull World Health Organ* 2007;85:164-5.
- 14 Marsaud, O. Scalpel safaris. www.jeuneafrique.com/jeune_afrique/article_jeune_afrique.asp?art_cle=LIN11074scalpsirafa0, dernier accès : 8 février 2008.
- 15 Health tourism & Medical tourism. Disadvantages of medical tourism. www.healthmedicaltourism.org/Disadvantages_of_Medical_Tourism/, dernier accès : 8 février 2008.
- 16 Runckel CJ. Five reasons to go overseas for medical treatment and three reasons not to travel. www.business-in-asia.com/asia/medical_tourism.html, dernier accès : 8 février 2008.
- 17 Chanda R. Trade in health services. *Bull World Health Organ* 2002;80:158-63.
- 18 Trading public health for private wealth. *Lancet* 2000;356:1941.
- 19 * Smith RD. Foreign direct investment and trade in health services: A review of the literature. *Soc Sci Med* 2004;59:2313-23.
- 20 * Mattoo A, Rathindran R. How health insurance inhibits trade in health care. *Health Aff (Millwood)* 2006;25:358-68.

* à lire

** à lire absolument