

## Prise en charge de l'urgence chez le voyageur et l'expatrié

Le samedi 7 septembre 2002, s'est tenu dans l'Amphithéâtre de l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées (IMTSSA) dans le cadre des IX<sup>e</sup> Actualités du Pharo et de l'Hôpital d'Instruction des Armées A. Laveran un forum-débat intitulé « Prise en charge de l'urgence chez le voyageur et l'expatrié ».

Dix experts représentant les principales composantes concernées par la prise en charge de l'urgence chez le voyageur et l'expatrié étaient conviés à exprimer leur point de vue et à répondre aux questions des participants.

*Étaient présents :*

- Médecin en chef P. Pétrognani, Chef du service d'anesthésie, HIA Laveran, Marseille ;
- Professeur M. Chobli, Directeur du SAMU d'Abidjan ;
- Docteur C. Jean, Directeur de Méditerranée EVASAN, Marseille ;
- Docteur M. Prioux, Directeur adjoint de Intermutuelle assistance, Niort ;
- Médecin chef des services B. Pats, Chef du service d'anesthésie réanimation, HIA Percy, Clamart ;
- Monsieur M. Letteron, Assureur, Fédération nationale de la mutualité française, Paris ;
- Docteur J. Rodier, Directeur médical du groupe Elf Total Fina, Paris ;
- Docteur P. Michaudel, Directeur médical de International SOS, Levallois Perret ;
- Docteur M. Diop, Directeur de SOS médecin, Dakar.

*Deux modérateurs ont organisé les débats :*

- Médecin général D. Baudon, directeur du Centre européen de santé humanitaire (CESH) ;
- Docteur F. Dubouloz, directeur du SAMU de Marseille.

Nous présentons la retranscription de ces débats réalisée à partir de leur enregistrement et de notes prises en séance. Celle-ci a été faite par Madame Anne-Marie Gillet, responsable du Service Communication à l'IMTSSA, dans un souci d'authenticité la plus parfaite.

La Rédaction de Médecine Tropicale a jugé que l'actualité et la richesse de l'information justifiait amplement une publication rapide sans que chaque intervenant ait eu connaissance du texte. Elle espère que chacun retrouvera l'esprit sinon la lettre de ses propos. Dans le cas contraire, elle leur présente par avance ses excuses et s'engage à publier les éventuelles mises au point qui lui seront adressées.

LA RÉDACTION

**MC J.P. Carpentier, HIA Laveran :** « Nous sommes rassemblés pour débattre des difficultés soulevées par les évacuations sanitaires. En effet, celles-ci présentent un certain nombre d'imprévables d'ordre organisationnel sanitaire, financier, etc., qui sont parfois difficiles à comprendre lorsque l'on se trouve sur le terrain et que l'on doit faire face à une situation d'urgence ».

**MG D. Baudon :** « Les séjours que j'ai effectués en Afrique me permettent de témoigner de l'évolution progressive de la prise en compte de l'urgence au cours de la dernière décennie. Ainsi, durant les cinq années que j'ai passées à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso dans les années quatre-vingt, la problématique de l'urgence ne se posait pas, pour nous les expatriés. En effet, l'hôpital de cette petite ville de cent mille habitants était pourvu de deux réanimateurs français, de deux chirurgiens des hôpitaux, d'un médecin des hôpitaux, de deux biologistes, d'un oto-rhino-laryngologiste et d'un ophtalmologiste. Nous étions donc traités sur place, la coopération prenant en charge les rares cas d'évacuation qui survenaient. En revanche, de 1990 à 1996, lors de mon séjour à Brazzaville au Congo, la situation était complètement différente. Il n'y avait plus de coopérants et le terrain médical était complètement nul. De plus les structures de santé du pays étaient quasi-inopérantes en raison des problèmes politiques et l'évacuation était devenue une « routine ». Ainsi j'ai vu des enfants évacués pour de simples fractures car sur place, on ne pouvait pas agir ».

**Dr F. Dubouloz :** « Les voyages se sont multipliés et les voyageurs pensent, souvent bien à tort, que l'assurance qu'ils ont contractée parera les éventuels accidents. Or, il faut souligner la disparité des plateaux techniques sur les sites : par exemple, à Bamako, certaines pathologies seront très bien prises en charge car il y a de bons plateaux techniques et des spécialistes imminents, en revanche un traumatisme crânien peut prendre des proportions dra-

matiques car le scanner ne fonctionne que de temps en temps et qu'il n'y a pas de spécialistes. Les situations de prise en charge peuvent donc être extrêmement disparates et les voyageurs ne le savent pas toujours. Le fait d'avoir une bonne assurance n'apporte pas la garantie d'être évacué dans les délais les plus brefs. De plus, les organismes assureurs préfèrent quelquefois que le malade soit évacué sur une étape intermédiaire (ce peut être un hôpital à quelques centaines de kilomètres) où ils ont des référents, afin que soit effectuée une mise en condition pour l'évacuation définitive. De plus, depuis les dix dernières années, les organismes d'assistance sont devenus beaucoup plus exigeants quant aux évacuations car certains voyageurs malintentionnés ne prenaient qu'un billet aller, le retour étant assuré par l'assistance ! ».

**MC P. Pétrognani :** « Je suis resté quatre ans à l'hôpital Principal de Dakar et, comme cet établissement bénéficiait de bons plateaux techniques, il drainait toutes sortes d'urgences avec des pathologies que l'on ne pouvait pas toujours prendre en compte. J'ai choisi de vous exposer trois observations posant des problèmes spécifiques qui ne sont pas toujours d'ordre médical.

Le plus fréquent étant l'accident de la voie publique qui touche souvent les touristes, je vais vous exposer le cas d'une jeune française de 35 ans, en vacances avec son mari depuis sept jours à Sali dans le complexe touristique situé à quatre-vingts kilomètres de Dakar. Assurée sociale, cette touriste bénéficiait d'une assurance rapatriement. Elle avait été victime d'un accident en quad. Il faut noter ici que les touristes s'adonnent de plus en plus à des activités dangereuses, ainsi certains pratiquent-ils la plongée alors qu'il n'y a pas de caisson hyperbare à Dakar ou bien le parachutisme comme ce patient que nous avons récemment reçu à l'Hôpital Laveran avec des fractures multiples des membres inférieurs. Dans le cas qui nous intéresse, il s'agit donc d'un accident en quad qui

occasionne un traumatisme facial très délabrant, une fracture ouverte de la jambe et une fracture du cotyle droit. Lorsqu'elle arrive à l'hôpital sans aucune médicalisation, la patiente est anémique à 9 g/dl. Nous étions capables de faire une intervention sous anesthésie générale. En premier lieu le chirurgien maxillo-facial a suturé les plaies de la face (hémostase des plaies de la face) et le chirurgien orthopédique a mis un fixateur externe sur la jambe gauche. Se posait ensuite le problème du cotyle : fallait-il aborder en un temps ce cotyle en décubitus ventral ? Le mari était opposé à une transfusion sanguine. Ce que l'on comprend quand on connaît l'incidence, dans la transmission des maladies virales, de la transfusion homologue de sang total. À Dakar, le sang était sécurisé pour l'hépatite B, pour le VIH 1 et 2 mais pas pour l'hépatite C ni pour l'HTLV 1 et 2. Cette situation a changé depuis 2 ans, mais à l'époque si nous abordions ce cotyle, alors que la patiente présentait une anémie à 9 g/dl, il était certain que nous serions obligés de la transfuser en homologue. La compagnie d'assurance de la patiente voulait plutôt que l'on fasse un traitement en un temps et qu'elle soit stabilisée avant son évacuation. Compte tenu du refus du mari de la transfusion homologue, nous en sommes restés là et il a fallu trois jours pour décider du rapatriement, ce qui en soit n'était pas rédhibitoire puisque la patiente avait été analgésiée, qu'elle avait été opérée et qu'elle ne saignait plus. Cependant, se posait le problème de l'anémie à 6,5 g/dl car les médecins qui font les évacuations n'aiment pas transporter un malade anémique. Sur ce point, nous nous sommes montrés intransigeants et nous avons proposé de transfuser la patiente avec du sang venant de France. C'est ce qui a été fait en dépit de certaines difficultés. Finalement la jeune femme a été opérée du cotyle et n'a pas été re-transfusée puisque dans ce genre de chirurgie, on a la possibilité de récupérer le sang. Il faut dire que la patiente avait reçu trois unités de sang, ce qui peut être discutable car il est n'est pas évident qu'une personne de 35 ans ne puisse être transportée sous oxygène avec une anémie à 6,5 g/dl. Cette observation s'est finalement bien terminée, mais il faut savoir que si cela avait été par exemple un hémopéritoine, même en l'absence de l'accord marital, la patiente aurait été transfusée. Cela aurait sans doute posé des problèmes médico-légaux par la suite, mais la décision de transfuser aurait été prise.

La deuxième observation nous a posé d'avantage de problèmes. Il s'agit d'un touriste, jeune, en vacances à Sali. Un soir, il présente une douleur thoracique qui le conduit à consulter un médecin sur place. Après une nuit passée à Sali, le médecin lui propose d'aller faire une échocardiographie et un électrocardiogramme dans une clinique à Dakar, et ce même si le patient ne présente aucun facteur de risque. Celui-ci se rend en taxi jusqu'à Dakar. Il effectue un électrocardiogramme qui s'avère normal mais, à l'échocardiographie, l'échocardiographiste, qui est à l'évidence très bon, suspecte une dissection aortique. Après une mesure de l'aorte ascendante, il détecte une insuffisance aortique. Il téléphone alors à l'hôpital Principal de Dakar car il souhaite que le patient y soit transféré. Nous lui répondons qu'il serait préférable que cette personne reste à la clinique car, à l'hôpital, nous ne pouvons rien pour une dissection aortique. Peu après, le patient arrive à l'hôpital en ambulance ! Que lui proposer alors qu'il a toujours sa douleur mais qu'il ne présente aucun signe neurologique et qu'il va bien ? On pratique un angioscanner qui ne fait que corroborer le diagnostic ; il s'agit bien d'une dissection aortique avec un faux chenal, une réentrée, toutefois, les coronaires et les carotides ne sont pas disséquées. Nous avons affaire à un cas un peu spécial, mais il ne pouvait y avoir aucun doute possible quant au diagnostic. Le patient était inquiet et sa femme l'était d'avantage encore. Cependant, sa situation était idéale puisqu'il n'était pas isolé et qu'il avait une assurance rapatriement. Pourtant les événements ont commencé à se compliquer. L'assureur exigeait que le malade soit stabilisé avant son départ. Pour nous, c'était le cas. Il était alors 17h00 et le patient

avait le temps d'être embarqué dans l'avion d'Air France de 22h00, ce qui évitait à l'assureur d'affréter un avion depuis Paris. Un accord fut convenu et l'on fit appel à SOS médecins pour qu'ils se chargent du rapatriement. Mais à ce moment-là, l'épouse nous a demandé si le retour en avion ne présentait pas un trop grand risque et s'il n'était pas préférable que son conjoint reste sur place. Nous lui avons répondu que s'il restait, l'issue serait certainement fatale et que, dans son cas, le risque était omniprésent que ce soit dans l'ambulance, dans l'avion ou à l'hôpital. L'épouse ne savait que faire et il était hors de question de mettre au courant le patient qui n'aurait pas supporté d'apprendre qu'il avait « une bombe dans le thorax qui pouvait exploser à n'importe quel moment ». Nous avons réussi à persuader l'épouse de prendre l'avion d'Air France alors qu'elle s'interrogeait sur la nécessité d'un avion médicalisé. Le patient a pris l'avion de 22h00 et a été finalement hospitalisé en France. Cela dit, il me semble qu'il a fait des complications trois semaines plus tard. Cette situation est la pire qui puisse survenir car nous n'avons rien proposé à ce patient hormis l'hospitalisation, le scanner, des analgésiques et de l'oxygène. Notre salut est venu de la délégation de l'évacuation sanitaire par la société d'assurance à SOS médecins de Dakar. Ce cas ne s'est présenté qu'une fois au cours de mon séjour.

La troisième observation est plus dramatique. Le patient, arrivé à l'hôpital dans un état de coma fébrile, présente une insuffisance rénale organique anurique. Un frottis révèle un paludisme à *Plasmodium falciparum*. Le patient est un Français de 45 ans, expatrié depuis trois ans au Sénégal où il subsiste grâce à de petits boulots. Il n'a pas de statut social, pas d'adresse fixe. Il n'est plus assuré social en France et n'a pas d'assurance rapatriement. Que peut-on proposer à un tel patient lorsqu'il arrive à l'hôpital Principal de Dakar ? D'abord, l'hospitalisation en réanimation où il est intubé, ventilé, traité par quinine et dialysé. Or, il faut savoir que la séance d'hémodialyse revient à 90 000 F CFA et que le patient n'a pas d'argent. Normalement, la séance d'hémodialyse n'est pas commencée tant que le patient n'a pas payé ; sans cela nous épuiserions très rapidement le stock de matériel à usage unique. Dans le cas qui nous intéresse, nous avons lancé l'hémodialyse sous la pression de l'association des Français à l'étranger. Ayant réussi à avoir sa famille en France par le biais de l'ambassade, il a fallu expliquer aux parents que leur fils était dans le coma avec une insuffisance rénale et que, par conséquent, la situation était très préoccupante. Nous leur avons proposé deux solutions : le rapatriement grâce à SOS médecins de Dakar, ce qui représentait une somme de cent mille francs, le plus onéreux étant la place dans un avion d'Air France, ou bien le recours à un avion médicalisé affrété depuis la France, ce qui représentait environ quatre cent mille francs. Or, les parents étaient dans l'incapacité de déboursier de telles sommes et se sont lancés immédiatement dans une procédure d'hypothèque de leur maison tout en nous demandant de garder et de soigner leur fils à l'hôpital de Dakar. Malheureusement, celui-ci est décédé de défaillances multiviscérales au cinquième jour, malgré tous les efforts que nous avons prodigués. En effet, il était toujours insuffisant rénal, très comateux et il a développé une pneumopathie nosocomiale puis un problème de sepsis grave et est décédé. Ce patient n'a donc jamais été évacué.

Il me semble qu'à partir de ces trois observations, nous pouvons lancer la discussion ».

**MG D. Baudon** : « Nous venons de voir au travers de ces trois exemples que deux types de problèmes se posent ; d'une part en l'absence d'assurance, d'autre part en raison du niveau des plateaux techniques, des attentes des familles et des exigences des assureurs ».

**MP D. Malosse, IMTSSA** : « J'ai eu personnellement l'occasion de séjourner au Cameroun à Koza, à 100 km au nord de Maroua (demi ère ville à posséder un aéroport) dans un dispensaire très peu médicalisé. Que peut-on et que doit-on faire dans un environnement où il est pratiquement impossible d'intervenir sur place ?

**Dr P. Michaudel** : « Dans ce cas, il faut d'abord pouvoir passer l'alerte, ce qui peut s'avérer difficile, puis, il incombe à la société d'assistance d'organiser le transfert du patient vers le centre médical le plus proche pour avoir un premier bilan médical. Pour cela, les sociétés d'assistance vont utiliser leur réseau. Dans le cas cité, toutes les sociétés d'assistance activeraient Cameroun assistance, une société locale, qui a les moyens d'envoyer un petit avion ou un hélicoptère en brousse afin de ramener les patients sur l'hôpital général, par exemple à Douala. Il faut savoir que le problème soulevé par les sociétés d'assistance réside surtout dans l'articulation du transport primaire et du transport secondaire ».

**Témoignage** : « Ces observations laissent transparaître, tantôt les exigences des familles, comme c'était le cas dans la deuxième observation avec cette fissuration de l'aorte, tantôt les exigences des sociétés d'assistance comme c'était le cas dans la première observation, où se posait le problème d'un traitement en un temps ou pas. Face à ces exigences, une expertise est nécessaire. Il faut pouvoir réunir deux personnes capables de réfléchir sur un cas assez compliqué et capables de faire ressortir les éléments d'urgence et de bon sens essentiels. Par exemple, en ce qui concerne l'exigence de la famille pour l'évacuation rapide ou pas du patient présentant une dissection aortique, il est évident que c'est l'urgence qui prime et qu'il faut se rapprocher d'une CEC d'autant plus que le patient ne présente pas de complications. Cette exigence des familles se retrouve chez l'expatrié quel que soit le lieu d'accueil. Ainsi, un touriste américain qui séjournait à l'hôtel Crillon à Paris, s'était empalé sur les grilles de l'hôtel, se causant une plaie de l'artère fémorale. Conduit à l'hôpital par sa femme, celle-ci a exigé le meilleur chirurgien vasculaire de Paris. Il était 4h00 du matin ! Ce type d'exigence pas si éloigné des précédentes, pouvait être évité si l'on raisonnait à deux ou à trois, par exemple, par téléphone avec un médecin régulateur d'un SAMU. On obtiendrait ainsi une expertise sur la conduite à tenir dans les cas d'urgence. Et cette expertise pourrait avoir une valeur au niveau médico-légal en cas de poursuites ».

**Dr Moussa Diop** : « Vous avez certainement raison, mais il ne faut pas oublier que derrière tout cela se cachent des enjeux financiers colossaux. Les voyages s'effectuant dans des pays de plus en plus lointains, les évacuations peuvent atteindre des sommes importantes. Les responsables essaient par conséquent de trouver des solutions locales. Il y a vingt ans, lorsque les sociétés d'assurance se sont mises en place, le client pouvait dire « Je suis assuré, j'ai droit ». Aujourd'hui, d'une part, les pays en voie de développement sont médicalement mieux équipés et, d'autre part, les voyages s'étant multipliés, les coûts d'évacuation ne constituent plus des paramètres de prestige pour les sociétés d'assistance qui préfèrent que le patient soit d'abord stabilisé avant d'être évacué. Il est faux de croire qu'au-delà de la Méditerranée ou de l'Atlantique, les moyens techniques médicaux sont inexistantes à l'instar de ce grand patron marseillais qui a exigé le rapatriement, sous 24h00, depuis le Kenya, d'un membre de sa famille atteint d'un paludisme qui aurait pu être pris en charge sur place dans de bonnes conditions. Vous vous rendez compte que la discussion fait appel au bon sens mais également aux aspects financiers de la situation ».

**Témoignage africain (Cotonou, Bénin)** : « Je voudrais vous parler d'une autre forme d'exigence. Les personnes ou les assurances exigent que l'on envoie les patients dans des cliniques. Or chez nous, les cliniques sont de belles coquilles vides, comme bien souvent en Afrique. Et nous avons des difficultés à convaincre les malades qu'ils seraient en bien meilleure sécurité s'ils allaient à l'hôpital. Il est vrai que la propreté et la qualité de l'accueil desservent l'image de l'hôpital public. C'est la raison pour laquelle Axa assistance nous a proposé de participer au financement d'une petite cellule au CHU de l'hôpital dans laquelle pourraient être accueillis des malades en attente de rapatriement ».

**Question** : « Croyez-vous que cette situation soit spécifique à Cotonou ? Et qu'en France, on ne retrouve pas la même situation ? »

**Dr C. Jean** : « Nos clients sont les sociétés d'assistance. Celles-ci effectuent un travail en amont pour parfaire leur connaissance du tissu médical sur le terrain et elles savent faire la part des choses entre un hôpital public relativement bien équipé et une clinique sous-équipée. De plus, les médecins transporteurs ont un rôle important car ils rédigent à leur retour de mission des rapports sur les structures et le matériel existants. Les décisions sont donc prises au regard de ce travail mené en amont. Il est intéressant de repérer le meilleur centre de référence et de savoir ce que ce centre va pouvoir proposer ».

**Dr M. Diop** : « Nous recevons tous les trois ans la visite du responsable médical de la compagnie d'assistance ou du chargé des correspondants, lequel visite toutes les cliniques, tous les hôpitaux et procède à des évaluations. Ainsi à Dakar, les cliniques ont-elles de bons plateaux techniques mais s'il y a un gros problème de réanimation (par exemple un choc septique), c'est l'hôpital Principal qui est le plus indiqué ».

**Médecin militaire, service de réanimation de l'hôpital Principal à Dakar** : « Je voudrais souligner que nous sommes dans une société où l'économie de marché règne et que les sociétés d'assistance connaissent une concurrence accrue. Et cela nous met, nous praticiens au service du malade, dans des situations difficiles, d'autant plus que certains médecins sont en cheville avec les compagnies d'assistance. Ainsi, à Dakar, deux ou trois médecins, bien que reconnus comme compétents notoires, sont maintenus de façon artificielle par certaines sociétés pour des raisons basement financières. De fait a-t-on vu des personnes transportées dans des « yaoutières » (ambulances) sans oxygène alors que les forces françaises proposaient une ambulance de type SAMU complètement équipée, tout cela à cause de la corruption. Nous avons donc un devoir non pas de défiance mais au moins de vigilance à l'égard des sociétés d'assistance qui sont des sociétés à but lucratif. En ce qui me concerne, je suis en confiance avec le régulateur du SAMU et beaucoup moins avec le praticien hospitalier du SAMU 94 qui fait une pige pour la société X assistance car dans ce cas-là ce praticien est payé par sa société pour me dire : « Vous le gardez cinq jours de plus ! » Et parfois, on peut faire prendre un risque au patient à cause de telles pratiques ».

La deuxième remarque que je voulais faire est que « trop de sécurité tue la sécurité ». J'ai assisté à une évolution à Dakar depuis quatre ans en ce qui concerne les SAMU. Ainsi, il y a un an, alors que j'étais encore sur place nous avions des problèmes de sécurisation lors des transfusions sanguines pour l'hépatite C (ce qui n'est plus le cas depuis trois mois, me dit-on). Jusqu'en 1998/1999, on avait la possibilité de faire venir du sang de France et l'on demandait aux personnes chargées de l'assistance de venir avec des poches de sang iso-groupes iso-rhésus, en photocopiant une deuxième détermination, ce qui permettait aux patients d'être transfusés avec du sang vraiment sécurisé avant le rapatriement. Or, avec la nouvelle réglementation française, cela n'est plus possible et lorsque je suis parti de Dakar en 2001, le sang n'était toujours pas sécurisé et l'on nous refusait de faire venir du sang depuis la France soit pour des raisons d'interruption de chaîne du froid pendant une demi-heure, soit pour absence de marqueur dans le frigidaire, etc. Tout cela met évidemment les praticiens dans des situations inconfortables ».

**Dr J. Rodier** : « Mon métier consistait essentiellement à évaluer les risques dans les pays où l'on est présent mais également à évaluer les structures. Or, pour évaluer la valeur des structures, il faut en permanence se déplacer car ce qui est bon dans un pays peut ne plus l'être deux ans plus tard. Cette évaluation est essentielle car elle permet de répondre en temps réel lorsqu'un problème survient. Je tiens également à souligner que le fait de travailler pour un groupe pétrolier comme Total-Fina-Elf nous place à l'abri des

soucis financiers. Ainsi en cas de problèmes, on est assuré qu'il y aura suffisamment de moyens financiers pour y remédier. En quinze ans, alors que nous avons plus d'un milliard d'expatriés (ils sont deux mille aujourd'hui), sans compter les familles, je n'ai jamais vu un mort par défaut du service médical. Mais nous n'avons aucun mérite car nous bénéficions de moyens énormes. Il faut dire que dans nos grosses filiales, là où le nombre d'expatriés est important comme dans les filiales d'exploration production, nous avons nos propres cliniques, avec nos chirurgiens expatriés, nos anesthésistes expatriés, nos infirmiers expatriés, nos laborantins expatriés. Ces structures sont de véritables bijoux techniques qui nous permettent de stabiliser les malades, d'éviter les rapatriements ou de les préparer dans de bonnes conditions. Les sociétés d'assistance qui travaillaient avec nous étaient plutôt satisfaites. Tout cela est en fait une question d'argent. Je comprends que les sociétés d'assistance ne soient pas des philanthropes mais il est vrai que faire des profits dans ce secteur d'activité n'est pas forcément compatible avec l'intérêt des patients. Les grosses sociétés ne sont pas abonnées, elles ont des contrats de garantie d'intervention auprès de sociétés d'assistance. Le groupe Total-Fin-Elf s'adresse à deux grandes compagnies d'assistance mondiales et bénéficie donc d'un accès prioritaire mais paye au coup par coup le rapatriement. Ainsi, si l'on décide d'envoyer un avion spécial pour un enfant qui ne va pas bien et que cela coûte cinq cent mille francs, nous payons cinq cent mille francs. Il s'agit d'une stratégie idéale, mais qui oblige à avoir beaucoup de moyens financiers».

**Remarque :** « *Le problème est qu'à l'heure actuelle, beaucoup de personnes achètent des billets à bas prix sur Internet où l'assurance rapatriement est minimaliste voire inexistante* ».

**MC P. Pétrognani :** « J'ai volontairement choisi des cas individuels dans ma présentation. Et mon expérience me prouve que mieux vaut être victime d'un accident collectif que d'un accident individuel. Chaque fois qu'une personne a été victime d'un accident de la voie publique, le rapatriement a posé problème. En revanche, lorsque, durant mon séjour, un avion s'est écrasé avec plusieurs chasseurs, il n'y a pas eu de problèmes. L'armée a mis ses moyens à disposition pour aller chercher les victimes puis ce furent les pompiers et les sociétés privées et enfin les avions médicalisés. Tout cela parce que l'événement avait été médiatisé et que personne n'a intérêt à ce que les choses se passent mal ».

**MCS B. Pats :** « Nous les militaires n'avons pas de problème de coût en ce qui concerne les avions. C'est-là un avantage indéniable. Actuellement, quand un militaire français part en opération extérieure (Opex), il a l'assurance que derrière lui, la logistique suit. En effet, il n'est plus question de laisser sur place pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines, le combattant moderne. Il faut tout faire pour le ramener au plus tôt vers la métropole. Cette politique prévaut aussi pour l'Etat ; pensons à l'attentat de Karachi, il y a quelques semaines, il était indispensable de rapatrier les ressortissants français blessés ou pas. Ainsi que l'on soit militaire ou civil, la problématique est celle de l'évaluation du besoin ; il faut raisonner par rapport à l'intérêt du ou des blessés, même s'il est légitime que chacun ait sa problématique de coût, de délai d'évacuation, etc. En matière d'évaluation du besoin, la première difficulté rencontrée est une difficulté de communication médicale. En effet, il faut connaître en temps réel, quel est l'intérêt du blessé ? Faut-il l'évacuer tout de suite, faut-il procéder à une évacuation locorégionale, à quelques centaines de kilomètres ou bien faut-il le laisser sur place ? Il s'agit avant tout d'un problème de communication médicale en temps réel avec les bons interlocuteurs. Connaissant les difficultés que l'on peut rencontrer pour joindre un médecin à l'hôpital en France, il est évident que ces difficultés vont être multipliées lorsque l'on se trouve à des milliers de kilomètres avec plusieurs heures de décalage horaire. La prise de décision est par conséquent liée à cette communication médicale en temps réel. Tout cela nécessite des moyens de communication performants ».

**Médecin militaire :** « On parlait auparavant de la nécessité de déterminer un ou deux centres de référence dans chaque pays. Le plus difficile est peut-être de trouver un référent, c'est-à-dire d'avoir un interlocuteur ayant une bonne connaissance de l'environnement médical du pays et capable de prendre des décisions avec la société d'assistance. Même si les choses s'améliorent au fil du temps, il est arrivé, dans le cas d'un infarctus du myocarde avec un patient en état de choc cardiogénique et assisté depuis des heures, que le cardiologue d'une société d'assistance nous demande par téléphone si l'électrocardiogramme a bien été fait, dans quelle dérivation, d'essayer un test de remplissage de 100 ml et de le rappeler dans deux heures ! Il est évident que de telles situations sont difficiles à gérer. Il est important qu'il y ait sur place des référents et pas seulement des centres de référence. Par exemple, à Dakar, il y a un SOS médecin qui peut servir de référent ».

**Dr F. Dubouloz :** « L'armée et le groupe Total-Elf-Fina sont des organisations très structurées et leurs personnels leur font confiance. Il en va tout autrement dans le cas des voyageurs, qu'ils se trouvent à l'étranger ou en France. Prenons le cas d'un Parisien en vacances à Briançon qui se casse la jambe. Son souhait est avant tout d'être soigné chez lui. Non pas parce qu'il n'a pas confiance dans les équipes de soins locales, mais parce qu'il sait qu'il va être immobilisé quinze jours et qu'en étant soigné chez lui, il bénéficiera de son environnement familial, et ce d'autant plus qu'il a payé une assurance rapatriement. Coexistent par conséquent deux analyses ; l'analyse médicale de la situation qui n'est pas difficile à faire mais peut être difficile à mettre en œuvre et l'analyse du contexte par le patient ou ses proches qui peut-être à l'origine de pressions supplémentaires ».

**Dr C. Jean :** « Une partie des frustrations ressenties sur place par les médecins vis-à-vis des sociétés d'assistance provient vraisemblablement d'une mauvaise compréhension du système et du « qui est qui ? ». Tout d'abord il ne faut pas confondre société d'assurance et société d'assistance. Les sociétés d'assurance assurent un risque financier. Les sociétés d'assistance sont des sociétés de services qui vendent un certain nombre de services médicaux dont l'évacuation et le rapatriement sanitaire font partie. Et les sociétés d'assistance sont des clientes des sociétés d'assurance. Ainsi, le patient qui met en jeu son contrat d'assurance bénéficiera de prestations pour lesquelles il a payé. Permettez-moi une comparaison, lorsque l'on achète un verre en plastique au supermarché, ce n'est pas la même chose que d'acheter un verre chez Baccara. De fait le touriste qui paye son assurance au tour operator pour un montant de trois dollars, sans peut-être même lire les clauses générales de son contrat, n'est pas couvert comme l'expatrié envoyé par une société qui, elle, paye une somme de huit cents dollars par personne à une société d'assurance. L'éventail des services sera donc différent dans les deux cas. Toutefois, si l'état de santé d'un voyageur à Dakar ou ailleurs nécessite l'envoi d'un avion ambulance jusqu'au centre d'excellence le plus proche que ce soit en Europe ou ailleurs, on enverra bien un avion ambulance. Mais si ce patient a été rapatrié de Rufisque jusqu'à Dakar pour un paludisme non compliqué et que l'on considère que son cas peut être traité de façon correcte sur place, la société d'assistance cesse la prise en charge car elle a rempli les conditions du contrat d'assurance. En revanche, l'entrepris privée paye pour que l'expatrié soit ramené à domicile par la société d'assistance. Il ne faut pas confondre société d'assistance et SAMU. On ne peut pas se substituer aux capacités médicales locales ».

**Question :** « *N'y a-t-il pas, dans ces conditions, un effort de sensibilisation à faire au niveau du grand public et notamment des jeunes qui cherchent à voyager à moindre coût ?* »

**Mr M. Letteron, assureur :** « Votre question est judicieuse, mais il faut savoir que l'assuré voyageur est comme monsieur Toutlemonde, c'est-à-dire qu'il va toujours rechigner à payer une assurance quelle qu'elle soit. Il est vrai, qu'avec trois dollars d'as-

assurance, le voyageur n'achète qu'une petite garantie de frais médicaux qui s'élève à vingt-cinq mille francs, ce qui est minimaliste en situation de frais réels. Alors que certains expatriés, par l'intermédiaire de produits pour les entreprises, dont le coût peut aller jusqu'à huit cents dollars par personne, sont mieux couverts que les assurés sociaux en France et bénéficient d'une couverture à 100 % des frais réels sans plafond. Nous, en tant que société d'assurance, notre métier est d'assurer ; la société d'assistance étant chargée de faire la prestation, nous nous chargeons de faire le reste car nous avons nos structures médicales. Les sociétés qui n'ont pas ces moyens proposent, pour la plupart, des plans de service d'une part et de prise en charge des frais médicaux d'autre part. Dans ces cas-là, les sociétés d'assistance qui sont des opérateurs pour le compte des sociétés d'assurance, vont gérer la couverture des frais médicaux. Et leur rôle est aussi de connaître les infrastructures, d'avoir un réseau et de faire du locorégional. Mais les sociétés d'assistance ont besoin de savoir qui prend en charge les frais, qui paye, qui s'engage. Et il est plus fréquent de trouver cette couverture chez les salariés des entreprises que chez les voyageurs. Les sociétés d'assistance agissent donc en fonction de cette couverture et lorsqu'elles n'ont pas d'argent à donner aux établissements de soins susceptibles d'accueillir le patient, ceux-ci refusent tout simplement l'accès à leurs structures de soins, comme cela existe en Asie, sur le continent américain, voire en France. Et la différence de prise en charge provient de la différence qui existe entre trois dollars et huit cents dollars ! La vraie sécurité des personnes, c'est évidemment la prestation de la société d'assistance, mais celle-ci n'agira qu'en fonction des moyens que le voyageur lui a donnés au départ. Et il faut savoir que le contrat classique du voyageur stipule que le patient sera remboursé, à son retour en France, après la prise en charge de la sécurité sociale et de l'organisme complémentaire éventuel, d'une somme allant jusqu'à 3 800 Euros (25 000 F), ce qui équivaut à une assurance sur-complémentaire. Autant dire que ce voyageur n'a rien, le contrat ne parle que de remboursement et ce n'est pas la sécurité sociale qui va envoyer une prise en charge à un hôpital qui se trouve à l'étranger. Un assureur qui propose des produits expatriés avec une couverture illimitée procure un confort indéniable à la société d'assistance qui va pouvoir exploiter les ressources de son réseau, transférer un patient non stabilisé d'un endroit dépourvu de ressources médicales vers un endroit bien médicalisé, voire effectuer un second transport. Les sociétés d'assistance sont, il est vrai, des organismes à but lucratif, mais elles sont pragmatiques et savent que, même si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. Toutefois, le médecin de la société d'assistance a une responsabilité qu'il exerce en tant que médecin ».

**Témoignage d'un médecin d'Europe assistance :** « Pour résumer, dans le contrat d'assistance figure une garantie rapatriement et ce quel que soit le contrat ; les sociétés d'assistance sont donc obligées de rapatrier les patients abonnés. Quant à la garantie «couverture des frais médicaux», elle varie d'un contrat à l'autre. Dans le contrat standard, le plafond va de 5 300 à 6 000 Euros (35 000 à 40 000 F). Avec la carte visa premier le plafond peut atteindre 150 000 Euros (1 Million de F). C'est là que se situe la problématique des régulateurs ; si le contrat comporte une bonne couverture de frais médicaux, on n'hésite pas à laisser le patient dans une structure médicale adaptée, alors que si la garantie frais médicaux n'est pas suffisante, on va le rapatrier le plus tôt possible avec un potentiel de risque plus élevé, notamment lorsque l'on a des pathologies lourdes comme, par exemple, un traumatisme crânien. A propos de la coordination entre experts, on peut dire que ceux-ci sont constitués du régulateur de la société d'assistance, du médecin référent qui s'occupe du patient et éventuellement d'un médecin spécialiste. Toutefois, la reconnaissance en tant qu'expert est relative et nous avons pris l'habitude quand nous traitons des patients américains de leur faire signer une décharge pour nous protéger sur le plan

médico-légal. Enfin, je voudrais dire que nous n'avons pas de problèmes de procédure pour le transport du sang que nous effectuons régulièrement. »

**Témoignage :** « Il est vrai que dans le Sud de la France, dans des villes comme Marseille, Nice ou Montpellier, il est possible d'obtenir du sang très rapidement. Toutefois, cette rapidité dépend d'un travail mené en amont ; il faut que les équipes soient répertoriées et nous passons des contrats et des conventions avec des centres de transfusion. Cette mise en confiance fait que les centres nous accordent une certaine «souplesse» au regard d'une législation de plus en plus contraignante au niveau des procédures. Et, il est vrai que les centres qui satisfont nos demandes dans l'urgence sont en dehors de la légalité ».

**Témoignage :** « A partir du moment où on peut donner au centre de transfusion la photocopie d'une détermination de groupe avec une identité que l'on transmet par fax, il n'y a pas de problème. En revanche, il serait inconcevable qu'un centre de transfusion délivre du sang à un individu dont il ne connaît ni le groupe sanguin, ni l'identité. Il est par conséquent impératif de connaître les personnes avec lesquelles on va travailler et d'établir des procédures. »

**Dr F. Dubouloz :** « La législation s'est considérablement compliquée depuis quatre ans. Il y a eu des oppositions momentanées car il fallait trouver les divers arguments pour pouvoir obtenir du sang mais à présent les choses ont évolué malgré l'extrême rigueur des procédures. Et même si la personne qui commande, celle qui réceptionne et celle, voire ceux qui transfusent sont soumises à des contraintes lourdes, il est relativement facile d'obtenir du sang.

Je voudrais rajouter que pour transporter un malade dans un avion privé entre Paris et Marseille, il faut compter un coût de 6 000 Euros (40 000 F). Et qu'une journée de réanimation dans un pays développé atteint 1 500 Euros (10 000 F) par jour. Il est vrai qu'au-delà des intérêts médicaux, interviennent les intérêts financiers ».

**Dr M. Diop :** « D'une part, je tiens à souligner que, quel que soit le type de contrat, lorsque nous avons besoin d'un avion, nous l'obtenons. D'autre part, par rapport au troisième cas rapporté par le MC P. Pétrognani, il faut savoir qu'à présent existe une procédure avec le MAE (ministère des Affaires Etrangères). Prenons le cas d'un accidenté de la voie publique dont on ne connaît pas l'identité. Dans un premier temps, le ministère recherche l'identité du patient, puis cherche à savoir s'il possède une assurance pour son domicile, sa voiture ; s'il a une carte bleue ou une assurance rapatriement et il est très rare qu'il n'ait pas contracté au moins une de ces assurances. Toutefois, dans la négative, le ministère recherche la famille et lui demande de payer les frais. Si le patient n'a pas de famille, le médecin qui s'occupe de lui va effectuer un bilan tandis qu'un devis est demandé à un médecin transporteur. Le bilan et le devis sont faxés au SAMU, à l'hôpital Necker, et au MAE. Le SAMU donne son accord sur le rapatriement et ses modalités et le MAE entérine le montant. Cette procédure, qui peut-être validée en 24 heures en cas d'urgence, existe apparemment depuis longtemps, mais n'est activée à Dakar que depuis un an. Et il y a une pratique d'un rapatriement par mois effectué dans ce cadre-là.

En ce qui concerne le deuxième cas exposé par le MC P. Pétrognani, je voudrais apporter quelques éléments de précision. À 15h00, nous avons été appelé pour effectuer un électrocardiogramme car le patient présentait une douleur thoracique. Un sus-décalage a été identifié et le médecin n'a pas lancé de thrombolyse pour cause d'asymétrie des pouds. Le patient, transféré en médicalisé sur Dakar, a passé une échographie qui a révélé un élargissement de 6 cm. Arrivé au centre cardiologique du nord, il bénéficia d'un remplacement de l'aorte ascendante avec réimplantation des coronaires et des carotides ; on lui a tout changé et ça a très bien marché. Mais,

au troisième jour, un problème de surveillance en réanimation, a entraîné un coma anoxique. Cela a beaucoup contrarié le chirurgien ! Le patient a été massé sans que les sutures ne lâchent. Maintenu une semaine de plus à l'hôpital, il n'a pas repris sur le plan cérébral.

Par ailleurs, je voudrais vous donner des informations sur les Français en vacances à Sali extraites de nos études statistiques corrélées aux nationalités. En ce qui concerne le transport des patients, la traumatologie avec les accidents sportifs et les accidents de la voie publique (AVP) représente 60 % des cas, le paludisme représente 1,3 % des cas et encore cela ne concerne que les résidents, puisqu'à Sali, des personnes ont la particularité de séjourner 6 mois consécutifs. Les infections représentent 3 %, la gastro-entérologie 12 %, la cardiologie 5 % et la neurologie 5 %. Au regard de ces chiffres, on s'aperçoit que le problème, c'est la traumatologie et la première cause de mortalité, c'est l'AVP et pas le paludisme. Il faut donc faire de la prévention, certes contre les risques dus au paludisme, mais surtout contre ceux qui sont encourus sur la route ou au cours de la pratique de sports extrêmes. À Dakar, sur la partie SMUR, en ce qui concerne les Français, nous avons 40 % d'AVP et 15 % de cardiologie.

Pour les petites pathologies avec visites à domicile dans les hôtels, à Sali, la gastro-entérologie représente 27 %. Le pic se situant entre le quatrième et le cinquième jour de séjour. Comme les hôtels n'ont pas, dans l'ensemble, de problèmes d'hygiène, exceptions faites des épidémies à shigelles ou à salmonelles, les touristes contractent des gastro-entérologies dans les restaurants, ce qui est corroboré par l'interrogatoire effectué lors de la visite médicale. Ensuite vient l'ORL. À Dakar, chez les résidents, l'ORL est à 24 %, la gastro-entérologie est à 22 %, l'infectieux à 10 %, la parasitologie à 2 %, la psychiatrie à 4 %.

**Jean-Marc Ségala, Conseil aux voyageurs :** « Il est important pour le voyageur de lire attentivement son contrat d'assurance et de se référer à la personne qui lui a vendu le voyage ».

**MG D. Baudon :** « La notion d'information sur le contrat d'assurance est certes très importante, mais il faut que parallèlement se développe la notion d'information sur les risques encourus par le voyageur, en particulier ceux qui sont liés à la traumatologie sportive et aux AVP ».

**Question :** « Les touristes ont la plupart du temps de mauvaises couvertures et n'en ont pas conscience d'autant plus qu'il est fréquent dans les médias de montrer des actions de secours spectaculaires. Je souhaiterais savoir quel prix il faut mettre ou plutôt accepter de mettre pour bénéficier d'une couverture correcte ? »

**Dr F. Dubouloz :** « Je crois que votre remarque peut aussi s'appliquer à des Français qui voyagent en France. Avoir un accident au Havre et être rapatrié sur Marseille peut revenir extrêmement cher. Il faut garder à l'esprit que l'on voyage très rapidement et très loin et que l'on sous-estime le coût d'un rapatriement ».

**Dr J. Rodier :** « Il faut bien distinguer, comme cela a été dit à plusieurs reprises, le touriste qui voyage pour son propre agrément et l'expatrié que l'on envoie travailler à l'étranger. Ce dernier est en droit de revendiquer ce qu'au sein du groupe nous appelons les « 3S » à savoir la sécurité, la santé, la scolarité. De grosses sociétés françaises dont je ne citerai pas les noms, couvrent très mal leurs personnels car cela est très onéreux. Chez nous, avant le départ, le salarié, ainsi que sa famille, effectue une visite médicale obligatoire. Cette visite comporte tout un volet informatif sur la destination, les risques potentiels et les moyens mis en œuvre pour lutter contre ceux-ci. Et il est vrai que nous les mettons particulièrement en garde contre les AVP, qui sont les principales causes de rapatriement grave, la prévention contre le paludisme étant, quant à elle, plutôt bien intégrée. Cette information est très importante et le touriste moyen n'en bénéficie pas ».

**MG D. Baudon :** « Dans l'armée française, lorsque le militaire est en opération extérieure, il lui est conseillé de prendre une assurance. En effet, en dehors des heures de service, s'il est victime d'un accident, ce sont les sociétés d'assurance qui vont prendre en charge l'assistance ».

**Dr J. Rodier :** « Je m'excuse d'insister, mais autant il est très facile d'acheter, via Internet un billet pour Tahiti, autant il sera difficile d'en revenir avec un problème grave. Et le touriste de base pense qu'il a résolu tous les problèmes de son voyage lors de l'achat de son billet. Il existe donc une discordance entre des personnes qui voyagent avec des couvertures correctes et ceux (souvent des jeunes entre 20 et 30 ans) qui voyagent avec des couvertures aux sommes dérisoires ».

**Mr M. Letteron :** « Comme P. Michaudel l'a dit, il ne faut pas confondre la société d'assistance et la partie « frais médicaux ». La logique des « assistants », c'est une logique de réseau ; si le patient est bien assuré, il est normal que l'assistant privilégie, si cela est plus pertinent, une solution locorégionale. Le voyageur, qui achète son billet à prix discount, n'a pas l'intention d'acheter la partie « frais médicaux » qui le couvrirait bien car cela lui coûterait aussi cher que le billet. Quel que soit le niveau d'information du voyageur, il est évident que le coût d'une garantie avec des frais médicaux très haut de gamme est prohibitif. Le problème est là. Dans de nombreux pays du monde, si la partie « frais médicaux » n'est pas suffisante, le patient restera malheureusement à la porte de l'hôpital ; ceci est vrai en Amérique du Nord, en Asie, etc. À l'inverse, on peut avoir une somme importante pour la couverture et ne pas avoir la possibilité d'activer des structures au moment voulu. Aujourd'hui, la plupart des organismes spécialisés qui vendent des produits d'assurance pour le voyageur ou l'expatrié sont capables, soit par des structures propres, soit par l'intermédiaire d'assistants, d'effectuer une prise en charge dans un établissement nuit et jour partout dans le monde. C'est une condition sine qua non : il faut avoir les moyens d'agir au bon moment ».

**Dr P. Michaudel :** « Il faut être également attentif aux clauses d'exclusion. Dans la plupart des contrats standard, la notion de préexistence d'une maladie est une clause d'exclusion systématique de couverture. Toutefois cette exclusion peut être rachetée ; dans ce cas-là le voyageur est couvert même pour cette maladie. De plus, les jeunes voyageurs entre 25 et 30 ans doivent savoir qu'il existe une clause d'exclusion systématique pour les problèmes de psychiatrie. Or, les problèmes psychiatriques sont imprévisibles et il arrive que de jeunes voyageurs fassent, par exemple, des décompensations (souvent réactionnelles) dans des pays où les structures d'accueil psychiatrique ne correspondent pas tout à fait à nos standards. Et l'état de ces personnes les empêchant d'être admises dans des avions commerciaux, il faut alors les rapatrier en avion spécial aux frais de leur famille. Les parents et les jeunes doivent donc être très prudents ».

**Dr C. Jean :** « Le parachutisme, de même que le delta plane ou la plongée sous-marine, sont des sports à risque. Pratiqués en dehors du cadre structuré d'un club, ces sports à risque nécessitent des assurances spécifiques car ils sont exclus des contrats d'assurance standard. Un jeune qui part en vacances et qui a tendance à pratiquer tous les sports extrêmes proposés ne sait pas toujours s'ils sont exclus du contrat d'assistance. Je peux vous citer l'exemple d'un Américain venu à Tallard (Hautes-Alpes) pour participer au championnat du monde de parachutisme et qui n'était pas couvert pour les sauts d'essai. Il s'est entraîné la veille et a eu malheureusement une grave accident. Sa famille a dû faire une souscription aux États-Unis et a eu le plus grand mal à le rapatrier dans la petite ville dont il était originaire ».

**Question :** « *Quelles difficultés rencontrez-vous pour l'obtention de places en civières dans les avions ?* »

**Dr C. Jean :** « Pour être provocateur, je dirais que nous sommes persona non grata dans les compagnies d'aviation. Ainsi, sommes-nous vécus comme des trublions dans la politique commerciale développée par Air France ».

**Dr M. Diop :** « Air France a mis en place une nouvelle procédure. Auparavant, si l'avion était plein, il était impossible d'obtenir une place pour une civière. À présent, c'est possible, mais les prix ont augmenté : ils sont passés de 4 600 Euros (30 000 F) à 6 900 Euros (45 000 F). Et si jamais l'avion est potentiellement plein (car il faut compter avec le surbooking) et qu'il faut débarquer six passagers pour mettre une civière, le prix de celle-ci peut alors grimper jusqu'à 11 500 Euros (75 000 F). Air France ne refuse plus les civières, mais leur prix a augmenté ».

**Dr C. Jean :** « Si les avions n'ont pas d'escalaire technique, la civière est installée au départ de Paris et trois places sont alors facturées pour le vol Paris/X, puis le vol X/Paris. Lorsqu'un commercial vend un produit très cher, c'est peut-être parce qu'il n'a pas envie de le vendre ! »

**Question :** « *Y a-t-il des contrats adaptés à des pays dans la mesure où des pays présentent davantage de risques que d'autres ?* ».

**Mr M. Letteron :** « Il est possible aujourd'hui d'acheter des produits standard individuels, par exemple pour l'Amérique du Nord, avec des garanties s'élevant de 15 000 à 30 000 Euros (1 à 2 millions de francs). Une petite précision, dans le langage des assureurs, le contrat voyageur n'excède pas quatre-vingts dix jours. Des produits similaires se développent pour l'Asie, etc. Mais encore une fois, c'est le billet discount qui pose problème. Si celui-ci est acheté avec une carte visa, des garanties « frais médicaux » existent, mais ce n'est pas toujours le cas ».

**Dr F. Dubouloz :** « Je tiens à préciser que les SAMU français qu'ils soient de Lille, de Marseille ou de Lyon ne sont d'aucun secours en cas de problème à l'étranger. Leur prestation se limite à la prise en charge des patients rapatriés jusque vers des établissements d'accueil ».

**MG D. Baudon :** « Quels sont les problèmes médico-légaux que vous rencontrez avec les voyageurs et les expatriés ? »

**Dr C. Jean :** « En tant que médecins transporteurs, nous avons très peu de procès. À ma connaissance, il n'y en a pas eu un en vingt ans. Il s'agit davantage de mise à disposition de moyens que de problèmes médico-légaux liés à l'acte médical. Il faut savoir qu'une société d'assistance est elle-même assurée car elle a une responsabilité civile professionnelle (choix du type d'avion, etc.). En tant que société de services, nous avons une assurance spécifique (comment répond-on au téléphone ? Quel type de matériel médical utilise-t-on ? Etc.). C'est la responsabilité professionnelle du médecin qui effectue le transport qui importe ». Le transporteur est maître de son « art » et il a le droit de refuser de transporter un malade. C'est un métier qui comporte des risques et il faut que le transporteur soit assuré. Mais, in fine, il ne nous est pas possible de couvrir l'acte médical ».

**Dr P. Michaudel :** « La responsabilité se situe à différents niveaux. Premier point : l'entreprise qui expatrie ses employés a une responsabilité légale. Les « assistants » subissent la pression que les entreprises subissent elles-mêmes de la part de leurs expatriés vis-à-vis d'un risque légal. Si d'aventure, un Américain est victime d'un paludisme non compliqué quelque part en Afrique de l'Ouest, il n'est pas rare que le top management à Houston nous appelle et nous demande d'envoyer un avion ambulance. Et cela parce que les entreprises subissent la pression de la part de leurs employés. Second point : la responsabilité de « l'assistant » commence dès lors qu'il

prend la décision d'engager des moyens à un moment donné pour évacuer un patient. Faut-il évacuer, oui ou non ? Si oui, comment ? Ensuite « l'assistant » a également une responsabilité au niveau du bon déroulement du transport. Nous n'avons jamais eu de procès jusqu'à présent. Je voudrais signaler toutefois une limite en ce qui concerne le rapatriement des Américains ; notre intervention s'arrête aux portes de l'avion, des équipes américaines prenant le relais pour l'accompagnement sur le territoire américain ».

**Témoignage :** « Nous sommes tenus à une obligation de moyens et pas de résultats, à l'instar de nos collègues Français. Le problème médico-légal est sous-jacent pour toutes les interventions concernant des Américains du Nord. Il n'est pas rare que des procès soient intentés afin de remettre en cause les modalités de prise en charge du patient dans le but d'obtenir un meilleur remboursement ou de payer moins cher le contrat. Cette attitude est typiquement américaine ».

**Dr Robert, médecin accompagnateur :** « La responsabilité du médecin transporteur commence lorsque l'on réévalue le patient. La pression de la famille est souvent due à un manque d'information et à une méconnaissance des délais d'évacuation. Si l'on prend le temps d'expliquer la procédure au malade et à sa famille, le rapatriement se déroule plus sereinement. Le problème de responsabilité se situe surtout au niveau des compagnies aériennes qui nous font souvent signer des décharges pour le malade. Lorsque celui-ci est infecté, les services hospitaliers délivrent des certificats de non-contagiosité, et à ce moment-là la responsabilité du médecin est engagée vis-à-vis de la compagnie aérienne et des autres passagers ».

**Dr M. Diop :** « En général les questions que posent les compagnies aériennes, sont : « Est-ce que le malade sent mauvais ? Est-ce qu'il risque d'infecter d'autres personnes ? L'odeur et le risque contagieux sont deux causes d'exclusion. Ainsi avec le coût des civières, des avions de plus en plus petits (Merlin, etc.) sont affrétés sur des distances intermédiaires. Je voudrais rajouter aux causes d'exclusion déjà mentionnées, l'hospitalisation depuis moins de six mois ».

**Médecin militaire :** « Il nous est arrivé de nous occuper d'une personne âgée qui faisait une croisière dont les pulsations cardiaques étaient à 40 pour cause de pace maker défectueux. La touriste et son mari s'étonnaient que l'on ne puisse pas trouver un pace maker à Dakar. Comme elle se rendait au Canada, nous avons trouvé une solution intermédiaire : lui poser un pace maker temporaire, ce qui était pour nous peu satisfaisant. Au regard des causes d'exclusion énoncées, je suis surpris que la touriste n'ait pas signalé son pace maker à la compagnie d'assurance... En fait, cela concerne uniquement les maladies non stabilisées. Je vous remercie de la précision ».

**Remarque :** « L'information pertinente à délivrer au patient ne peut se faire en moins de trente minutes, et encore faut-il que la personne soit capable de la comprendre ».

**Médecin africain :** « Les jeunes élèves infirmières ou les étudiants qui viennent chez nous pour des stages dits humanitaires nous posent des problèmes. En effet, nous avons eu deux cas d'exposition au sang par piqûre lors de soins à des malades. Ce fut la panique générale pour les jeunes, leur famille, les assurances ! La première victime a perdu le contrôle d'elle-même tant et si bien que la patiente dont elle s'occupait a fui, qu'il a fallu la retrouver pour connaître son statut viral pour commencer éventuellement une trithérapie sous quarante-huit heures. Je voudrais savoir s'il existe des couvertures particulières car ces problèmes sont pour nous ingérables ».

**MG D. Baudon :** « Je vais vous donner une réponse en tant que responsable d'une structure humanitaire. Dans les formations que nous délivrons aux personnes susceptibles de partir sur le terrain, nous nous efforçons de les préparer à évoluer dans un environnement nouveau. Et là, nous rejoignons la notion d'information

qui est en définitive sous-jacente à notre débat. Information certes sur les contrats d'assurance mais aussi information sur les risques que l'on peut rencontrer sur le terrain. Les personnes dont vous parlez doivent assumer les risques potentiels et connaître la conduite à tenir».

**Témoignage** : « En ce qui concerne la consultation voyageur, j'ai eu le cas d'une femme de soixante-dix ans qui avait dans son traitement quatre médicaments cardiotropes et qui partait au Pérou ! Bien souvent, les personnes sont sous-informées et les voyageurs vendent des séjours susceptibles de faire courir des risques aux touristes, comme c'était le cas pour cette dame qui devait atterrir à Lima ».

**MG D. Baudon** : « Le problème du conseil aux voyageurs serait aussi de favoriser à l'excès l'exigence des personnes. Elles pourraient alors reprocher de n'avoir pas été suffisamment informées lors de leur consultation ! Les voyageurs ont quant à eux une réticence (légitime) à l'information car ils craignent de décourager les touristes ».

**Dr M. Diop** : « Un autre syndrome est celui du préservatif qui éclate... C'est très sérieux. Nous avons fait un kit de trithérapie pour les cas qui se présentent et qui sont de plus en plus fréquents ».

**MG D. Baudon** : « Dans les structures militaires, le problème de la prise en charge des accidents d'exposition au sexe est parfaitement réglé. Il est vrai que l'éducation sanitaire bénéficie de moyens importants ».

**Dr P. Michaudel** : « Au cours de ce débat, nous avons évoqué le cas des voyageurs et des expatriés. Il faudrait rajouter un troisième groupe de voyageurs spécifiques constitué par les ONG. Les personnes envoyées sur le terrain sont relativement jeunes et il n'est pas rare qu'elles se retrouvent dans des situations où les risques sont nombreux : épidémies, guerres, etc. Nous sommes les « assistants » de MSF et il nous est arrivé d'avoir à rapatrier des personnels qui avaient séjourné dans des zones de fièvre hémorragique. Les ONG demandent aux « assistants » une prise en charge spécifique ».

**MC Mafart, IMTSSA** : « Par expérience personnelle, je peux dire qu'il existe une très grande diversité dans la mise en condition de départ des ONG. J'ai séjourné au Kosovo en 1999 où des centaines d'ONG étaient sur place. J'y ai vu des cas étonnants : un démineur (ONG Sud Africaine), avec un sida au stade 3 ; deux jeunes Français (2 ONG connues) ont fait des hépatites A faute de vaccination. Un d'entre eux, rentré quelques jours en France, a été autorisé à revenir sur le terrain alors qu'une prise de sang avait révélé un taux de transaminases à 300 avec un pic à 3000 quelques jours plus tard. Dans chacun de ces cas, il n'était pas facile d'avoir un interlocuteur et j'ai dû me débrouiller tout seul. Il existe donc une grande diversité d'ONG, les unes très structurées sur le plan médical et les autres beaucoup moins ».

**Dr P. Michaudel** : « Il est vrai que les ONG ont connu un phénomène de mode ! Beaucoup se sont créées lors des événements du Kosovo. D'une manière générale, les ONG structurées qui ont de l'expérience couvrent bien leurs personnels lorsqu'ils sont expatriés ».

**Témoignage** : « Je suis partie plusieurs fois avec MSF, au Rwanda entre autres, et je n'ai jamais eu d'examen médical avant de partir. D'autant plus que j'ai toujours été prévenue la veille de mon départ lors des missions d'urgence ».

**Dr P. Michaudel** : « La préparation des personnels dans certaines ONG est exceptionnelle et bien supérieure à celle de sociétés privées. Je voudrais citer le cas de MSF qui, en cas de suspicion de contact avec une personne potentiellement atteinte de fièvre hémorragique, demande l'envoi d'un avion ambulance... La problématique de la prise en charge des fièvres hémorragiques est extrêmement compliquée. La nationalité du patient entre en compte, si

c'est un Français, l'Allemagne ne le recevra pas (même si c'est un avion ambulance qui part d'Allemagne). Si c'est un Japonais, les difficultés pour le rapatrier en avion ambulance depuis l'Afrique sont énormes. Il existe également des difficultés de logistique dues à l'obtention de la part des états des autorisations de survol et d'atterrissage, surtout lors du transport d'un malade potentiellement porteur d'une fièvre hémorragique. Le problème de la rapidité du diagnostic se pose également. Les laboratoires sont nombreux en Europe à pouvoir effectuer ce style d'analyse, mais peu sont capables de le faire en quelques heures. La logistique est par conséquent très lourde ; les autorités sanitaires, les SAMU sont impliqués mais le nombre des compagnies d'aviation privées qui acceptent de transporter ce type de patient se réduit. C'est donc à « l'assistant » de préparer en amont les procédures et les contacts de façon à répondre au mieux à ce type de demande ».

**MC J.P. Carpentier** : « je souhaiterais que nous donnions la parole à nos amis africains afin qu'ils témoignent de leur expérience dans la prise en charge d'un voyageur ou d'un expatrié dans des environnements médicaux quelquefois précaires ».

**MG D. Baudon** : « Il a été évoqué la possibilité, à Cotonou, de la mise en place dans certaines structures de salles bien équipées, subventionnées par des compagnies d'assurance. Cela ne pose-t-il pas un problème d'éthique ? »

**Témoignage d'un médecin anesthésiste réanimateur béninois** : « Compte tenu de la réalité sur place, il s'agit d'être pragmatique. Nous sommes obligés d'isoler le malade expatrié qui nécessite des soins lourds. Le problème est que ces structures doivent pouvoir être utilisées pour nos compatriotes. Si un ministre est hospitalisé, il est difficile de l'accueillir dans la salle de réanimation standard telle qu'elle est chez nous. Mais ce qui est problématique, c'est le malade qui se trouve à huit cents kilomètres de Cotonou comme ce fut le cas récemment pour une Américaine dans le coma. Or les antennes locales ne disposent pas des mêmes compétences que l'antenne de Cotonou. Nous avons huit médecins anesthésistes au CHU et il faut savoir qu'au Bénin, nous sommes en tout et pour tout dix médecins anesthésistes réanimateurs et que nous exerçons dans un rayon de trente kilomètres. Les autres hôpitaux du pays n'ont pas de médecins anesthésistes réanimateurs. Nous disposons actuellement d'une petite salle équipée d'un respirateur, d'un défibrillateur, d'un oxymètre de pouls. Ce qui est exceptionnel. Lorsqu'un Béninois est soigné dans cette salle, la facture est de 20000 F CFA par jour. Lorsqu'il s'agit d'un expatrié assuré, elle est de 75 000 F CFA par jour. Ce qui comparativement à la France n'est pas très cher pour une unité de soins intensifs. L'équipement d'une salle mérite donc réflexion sans faire bien évidemment de l'apartheid médical ».

**MG D. Baudon** : « Dans le cas de la patiente américaine, est-ce que vous prenez vous-même contact avec les compagnies d'assurance ? Cherchez-vous à savoir si les personnes sont assurées pour être évacuées ? »

**Réponse du médecin anesthésiste réanimateur béninois** : « C'est très souvent le malade qui nous dit lui-même s'il bénéficie d'une assurance. De plus, le téléphone coûte cher et c'est lui qui se charge de contacter sa famille ou son assurance, lesquels nous contactent à leur tour ».

**Dr M. Diop** : « Normalement c'est au patient ou à sa famille que revient de contacter la compagnie d'assurance. Le médecin n'a pas à le faire, sauf évidemment s'il n'a pas le choix. Le plus souvent, nous sommes contactés par la compagnie d'assistance qui nous signale qu'un patient se trouve à tel endroit. Nous avons également des correspondants dans les différents pays et les différentes régions capables d'effectuer un bilan. En fait, le médecin sur place stabilise puis un hélicoptère ou un avion est envoyé pour amener le patient dans un centre plus important ».



**Médecin camerounaise** : « En général, ce sont les médecins des ambassades qui interviennent. Par exemple à Yaoundé, les Français sont pris en charge par un médecin de l'ambassade qui est systématiquement appelé pour faire le premier bilan et qui saisit ensuite les services médicaux publics. En ce qui concerne les services de réanimation, peu fonctionnent. À l'hôpital général de Yaoundé, il n'y a que quelques rares respirateurs en état de marche. Les patients sont donc maintenus avec les moyens dont nous disposons. Et lorsqu'un cas spécifique se présente comme ce fut le cas pour un patient atteint d'un paludisme grave nécessitant une dialyse, il faut pouvoir le transférer sur la structure ad hoc afin de le stabiliser avant le rapatriement. Chez nous aussi, c'est le client qui signale la nature de l'assurance et, s'il n'est pas couvert, c'est l'ambassade qui s'occupe des formalités ».

**Médecin gabonais (Libreville)** : « Le Gabon dispose de structures hospitalières, surtout privées, qui sont plutôt bien équipées. À ce propos, la clinique Elf à Port-Gentil n'a rien à envier à certaines cliniques parisiennes. Si le SAMU n'est pas très développé et le réseau routier pas très bon, en revanche notre réseau aérien est excellent et nous permet de rapatrier très rapidement les malades sur Libreville, puis dans leur pays d'origine. Ainsi le bon maillage aérien nous fait éviter les problèmes d'évacuation au Gabon. Toutefois, je tiens à remercier les Français résidents sur le territoire gabonais pour leur solidarité ».

**Médecin camerounaise** : « Je profite de ma présence à ce débat pour solliciter les éventuelles propositions de quelques un d'entre vous. En effet, l'équipement de salles d'urgence est une nécessité et je désirerais connaître vos avis sur le sujet ».

**Médecin tchadien** : « Le Tchad qui a connu la guerre est actuellement mal équipé sur le plan sanitaire. Avec la manne pétrolière, Esso a créé une clinique à N'djamena dans laquelle la plupart des expatriés sont pris en charge. L'opération Epervier menée par les Français permet de prendre en charge les malades expatriés qui nécessitent une hospitalisation. De plus, un centre médico-social accueille les Français en consultation. C'est à partir de ce centre qu'ils sont orientés vers la métropole. Nous espérons que les retombées de l'exploitation pétrolière, notamment avec le projet de pipeline Tchad Cameroun, permettront au Tchad de développer les structures sanitaires ».

**Témoignage** : « SOS International coordonne la partie médicale de ce projet de pipeline entre le Tchad et le Cameroun. Il est vrai qu'il y a là une opportunité de mettre les structures locales au niveau de celles qui sont offertes aux expatriés ».

**Médecin à l'ambassade de France à Lagos, Nigeria, de 97 à 98** : « Avant de contribuer à la création du grand SAMU, nous avons mené une expérience de mini SAMU limitée à la communauté française puis étendue à la communauté diplomatique lorsque les ambassades ont été basées sur Lagos. L'expérience s'est appuyée sur une collaboration entre le secteur public et le secteur privé. Le SAMU comportait le médecin de l'ambassade de France et le réseau de cliniques privées agréées par l'ensemble des sociétés d'assistance. Depuis trois mois à Lagos, il y existe une tentative de joint Venture entre le secteur public et le secteur privé pour le partage des moyens de transport offerts par le SAMU public et des moyens de l'ensemble des structures cliniques. L'idée est de couvrir une zone de risques géographiques en cas d'accidents pour pouvoir prendre en charge les patients, les identifier et les envoyer sur les centres de référence ou les référents potentiels. Le recouvrement des coûts est l'objet d'agréments entre cliniques privées et structures publiques afin que le système mis en place profite au développement du secteur public par l'intermédiaire des cliniques privées prestataires de service. Cette expérience a obtenu des résultats intéressants ».

**Médecin africain** : « Mon expérience me permet de dire qu'il existe une défiance des touristes, qu'ils soient français, américains ou autres vis-à-vis du médecin africain. Les étrangers ont une exigence sur

la qualité de l'équipement médical mais aussi sur la qualité du personnel soignant, et il est difficile d'exercer avec ce genre de préjugés ».

**Réponse** : « C'est la même chose en France surtout en ce qui concerne les Américains. Toutefois, le patient est rassuré lorsqu'un échange a lieu entre le médecin qui l'a pris en charge et un médecin de son pays d'origine. Toute suspicion est alors écartée ».

**MG D. Baudon** : « La défiance est, me semble-t-il, surtout vis-à-vis du matériel. Que va-t-il se passer s'il y a une complication ? Une femme enceinte française sera parfaitement d'accord pour accoucher à l'étranger dans la mesure où tout se passe bien. Mais si par malchance, un besoin de réanimation pédiatrique survient, par précaution, un rapatriement sera effectué. Je peux vous dire que j'ai vécu des situations similaires à la votre avec des Américains qui refusaient les ordonnances que je leur avais prescrites ! »

**Dr F. Dubouloz** : « Je me souviens d'une fracture du fémur, prise en charge dans un petit hôpital d'une sous-préfecture en France, chez un patient avec un tableau qui pouvait évoquer un début d'embolie graisseuse. Il nous a été demandé de le transférer sur Paris dans le service d'un professeur éminent. Nous avons refusé. Chaque patient qui se retrouve dans un hôpital périphérique a tendance à vouloir être rapproché de chez lui ».

**Dr P. Michaudel** : « En cas de problème, le choc culturel peut provoquer de la peur et c'est à nous, médecin « assistant » de rassurer le patient afin de lui expliquer la réalité de la situation. Le cas classique est celui de l'appendicite où les patients ne veulent pas être opérés sur place. Il est alors très difficile de les persuader de ne pas le faire ».

**Dr Robert** : « Je voudrais rajouter qu'il existe un autre type de motif au refus d'intervention sur place. Il s'agit des patients atteints de pathologies chirurgicales compliquées préexistantes et qui ont un chirurgien attiré (ce que savent d'ailleurs les compagnies d'assistance) ».

**Dr M. Diop** : « L'effet « couleur de peau » agit indéniablement sur le comportement des étrangers. Toutefois, les mentalités évoluent, surtout chez les expatriés. C'est visible au niveau des accouchements, puisqu'il est de plus en plus fréquent que les expatriées accouchent au Sénégal alors qu'auparavant, elles rentraient en France systématiquement ».

**MG D. Baudon** : « En France, dans les services de réanimation et d'urgences, nous avons un grand nombre de médecins étrangers qui n'ont pas tous la même couleur de peau et cela ne pose aucun problème. Car, ce qui compte avant tout, c'est la qualité du plateau technique. Et il ne faut pas confondre la compétence du médecin avec la qualité du plateau technique dont il peut disposer ».

**Témoignage** : « Je vais être provocateur. Je suis très content de la réaction de ce médecin africain. Après tout, le touriste n'est pas obligé de voyager en Afrique. Il existe, selon moi, des personnes qui sont incapables de voyager et de s'adapter à une dimension culturelle différente de la leur. Le risque fait partie du voyage et si des incidents surviennent, il faut pouvoir les assumer ».

**Dr F. Dubouloz** : « Tout ceci est vrai, mais les voyages vendus, comme nous l'avons déjà dit, sont de moins en moins chers et de plus en plus lointains. Les touristes avec des assurances minimalistes et non préparés à des situations d'urgence voyagent dans des conditions précaires, sans assumer leur responsabilité ».

**Médecin militaire** : « Lors des OPEX le risque de décompensation psychiatrique n'est pas négligeable et nous menons tout un travail d'hygiène mentale préventive sur le terrain qui est très important. Qu'en est-il au niveau des rapatriements des voyageurs et des expatriés ? »

**Dr P. Michaudel** : « D'une manière générale, le rapatriement pour cause psychiatrique est la quatrième cause de rapatriement pour les sociétés d'assistance. C'est une cause significative du retour prématuré des expatriés sur leur pays d'origine. En ce qui concerne les ONG, les problèmes de réaction au stress sont en forte

évolution (c'est également vrai pour les expatriés). Le rapatriement sanitaire n'est plus systématique, on lui préfère le débriefing, au moins dans un premier temps. Au niveau des ONG, nous avons remarqué des décompensations chez les personnes jeunes, post-adolescentes, qui partent avec des motivations idéologiques. En effet, les conditions de vie auxquelles ces jeunes vont être confrontés (sans préparation) sont très souvent précaires et réactionnelles peuvent alors se produire. Ce qui nous surprend, c'est le taux de pathologies psychiatriques sous-jacentes préexistantes qui en fait se sont déclarées à l'occasion d'un séjour à l'étranger. Ainsi, nous rassurons les parents, mais nous leur conseillons de se diriger vers des structures spécialisées afin de vérifier l'existence ou pas de problèmes plus sérieux».

**MG D. Baudon** : «En tant que directeur d'une structure qui fait de la formation en santé humanitaire, je peux vous dire que nous nous intéressons de plus en plus à ce syndrome de stress post-traumatique. Les personnels des ONG effectuent le plus souvent des séjours de courte durée. Et il y a certainement une sous-estimation des cas, car la décompensation se fait au retour. Dans tous nos cursus figure à présent une formation à la prise en charge, au débriefing, etc. MSF, avec qui nous travaillons, forme les personnels, tout du moins les responsables, aux séances de débriefing qui leur donnent la capacité d'identifier des personnes devant bénéficier rapidement de soins psychiatriques. Si je comprends ce qui a été dit précédemment, les problèmes psychiatriques ne sont pas pris en charge au niveau des évacuations. C'est bien cela ?

**Dr M. Diop** : «Oui, s'il n'existe pas d'antécédents de moins de six mois en termes d'hospitalisation. Sinon, il y a prise en charge. Signalons qu'Europe assistance est en train de développer la prise en charge systématique».

**Témoignage** : «En ce qui concerne les exclusions au contrat d'assistance, la définition est «tout motif d'hospitalisation dans les six mois antérieurs au voyage, quel que soit ce motif». Ainsi une personne qui aurait eu un infarctus du myocarde deux ans auparavant serait prise en charge en cas de complications durant son séjour. Pour les problèmes psychiatriques, c'est la même chose. En cas d'hospitalisation, une négociation a lieu avec la compagnie d'assurance et le rapatriement ne pose pas vraiment problème».

**Dr P. Michaudel** : «Une anecdote sur les cas psychiatriques. Le voyage peut être une fuite, mais il peut être aussi thérapeutique. Le patient qui voyage sur prescription médicale, pour cause de dépression par exemple, et qui voit son syndrome s'aggraver car le voyage est trop prématuré, ne comprend pas toujours l'application de la clause d'exclusion puisqu'il voyage sur avis médical» !

**Question** : «*Quid du secret médical lors de l'intervention de société d'assistance ?*»

**Dr C. Jean** : «Les médecins sont tenus au secret médical. Et des pays comme l'Allemagne sont très stricts sur ce plan ; il est pratiquement impossible d'obtenir un bilan médical par téléphone, des rapports de confiance doivent donc s'établir. Il est vrai que le partage du secret médical est hors norme. Il faudrait que le patient autorise le docteur X à donner des renseignements téléphoniques au docteur Y parfaitement étiqueté. Mais la jurisprudence autorise le dialogue entre confrères pour l'obtention des renseignements médicaux nécessaires».

**Dr M. Diop** : «Pour terminer, je voudrais vous exposer un cas particulier. Un accident survient à 9h30 et nous recevons un appel à 10h20 explicitant qu'à sept cents kilomètres de Dakar, un camion s'est renversé avec dix huit personnes à bord. Nous joignons le chef d'un campement voisin du lieu de l'accident afin qu'il effectue un premier bilan. *A priori*, il y a deux personnes dans le coma, une personne avec les membres arrachés et des personnes blessées plus ou moins gravement. À ce moment-là se pose le problème des moyens ; si l'on affrète un petit avion, le groupe va être scindé à cause des rotations, ce qui est catastrophique dans ce type de cas. Il est décidé de faire appel au Comfor de l'armée française afin de pouvoir disposer d'un transal. L'accord est donné en vingt minutes et ce, je tiens à le dire, sans avoir précisé la nationalité des blessés. Nous rejoignons l'aéroport et nous chargeons deux lots catastrophe pour vingt personnes (celui de l'armée et le nôtre). Durant le vol, l'armée propose de gérer l'intervention sur place. À l'arrivée, un 4X4 dodge ayant convoyé les deux premiers blessés, nous laissons sur place un médecin et un infirmier et les lots de l'armée. Puis nous nous rendons jusqu'au dispensaire local qui sert de PMA1 et dans lequel le médecin d'une petite localité voisine (Tambacunda) attend notre arrivée. S'y trouvent le chauffeur du car avec une tétraplégie, une dame avec une double fracture ouverte, son mari décédé (on faisait semblant de le perfuser pour ne pas aggraver la situation), une jeune fille avec une double fracture et un arrachement au niveau du pied. À l'extérieur, un PMA2 et un PMA3 accueillent les accidentés plus légers. Grâce au réseau téléphonique, nous avons pu faire passer les bilans à la compagnie d'assistance. De plus les fiches en trois volets nous donnaient l'identification du patient, le tri initial et le bilan avant évacuation. Le voyage vers le transal à vingt kilomètres, s'est effectué avec des 4X4. Dans l'avion, les blessés les plus gravement atteints ont été placés en dessous, ceux qui risquaient le moins de vomir en haut et les éclopés se sont assis sur les côtés. Une aide psychologique a été apportée à chaque patient durant le transport et nous avons demandé la présence de psychiâtres dès l'atterrissage. La personne décédée était dissimulée derrière un rideau et a été débarquée en dernier.

Dans le cas que je viens de décrire, la coopération entre l'armée et le privé a été parfaite et ce en dépit du fait qu'aucun entraînement n'avait précédé l'accident. Chacun a respecté l'autre. En outre la collaboration fut parfaite avec les autorités locales (gendarmérie) et les personnels soignants de l'hôpital Principal de Dakar (anesthésistes, chirurgiens, psychiatres, infirmières).

**MG D. Baudon** : «Nous allons nous quitter sur ce bel exemple de collaboration. Je retiendrai de ce débat la notion d'information des voyageurs et des expatriés».

**Dr F. Dubouloz** : «Il est vrai que le développement des moyens locaux est remarquable mais un déséquilibre persiste car concomitamment on assiste à un développement des voyages à bas prix. Un article sorti, il y a quelques mois dans «la Recherche», portait sur les limites de la sécurité. Il prenait comme exemple les accidents aériens (cet article était antérieur au 11 septembre 2001) et soulignait que les personnes voyagent de plus en plus loin tout en souhaitant être de mieux en mieux couvertes. Or, c'est ce qui pousse d'une certaine manière les compagnies d'assurance à limiter un certain nombre de leurs prestations car elles sont elles-mêmes responsables. Je vous laisse méditer ces faits». ■