

Accès aux soins d'urgence : pour les accidentés de la route au Liban : un monde à deux vitesses / Nagi Souaiby. — Extrait de : Annales de philosophie et des sciences humaines. — N° 23, t. 2 (2007), pp. 115-129.

Titre de couverture : Annales de philosophie et des sciences humaines

I. Sécurité routière — Liban. II. Premiers soins — Liban. III. Transport des malades et des blessés — Liban.

PER L1044 / FP208454P

**ACCÈS AUX SOINS D'URGENCE.
POUR LES ACCIDENTÉS DE LA ROUTE AU LIBAN.
UN MONDE À DEUX VITESSES**

DR NAGI SOUAIBY

*Chef de service des urgences, hôpital St Charles
Faculté de Médecine - USEK*

INTRODUCTION

La société civile, à tous les niveaux, prend de plus en plus conscience de l'importance de la sécurité routière, dont le coût social a longtemps été sous-estimé face à la place prépondérante que tient la mobilité dans le développement économique. Les instances internationales, notamment celles des Nations Unies, se préoccupent de plus en plus de ce problème. En effet, à l'échelle planétaire, environ 1.2 millions de décès sont causés annuellement par les accidents de la route.

C'est un véritable problème de santé publique dans de nombreux pays notamment dans les pays dits émergents comme le Liban.

Au Liban, les accidents de la route tuent 600 personnes et blessent plus de 5800 par an. Rien ne nous autorise à croire que la situation va s'améliorer. Au contraire, l'absence de mesures prises par les gouvernements successifs et l'évolution croissante du parc automobile risquent d'accroître ce nombre.

Les traumatismes liés aux accidents de la route représentent une des principales causes d'années potentielles de vie perdues, car les victimes sont souvent jeunes et actives. Un tiers des personnes tuées ont moins de 25 ans. Pour un mort sur la route, on compte environ 10 blessés graves qui garderont des séquelles ou resteront handicapés à vie. Au-delà des chiffres, il faut rappeler que chaque accident représente un drame dans l'existence de plusieurs personnes. Des études ont montré que des dépressions et autres problèmes de santé mentale se rencontrent plus fréquemment que dans le reste de la population chez les victimes de la route, mais aussi dans leur entourage propre. Ces accidents sont donc source de grandes souffrances qui peuvent se manifester des années même après la survenue du traumatisme.

La prise de conscience croissante de la gravité du problème par les gouvernements et les populations ne se manifeste pas avec la même ampleur dans le monde et ne conduit pas nécessairement à l'adoption des mesures nécessaires pour contrer ce fléau.

Pourtant, les causes structurelles de ce fléau qu'est l'insécurité routière sont connues. Nous citerons les plus importantes:

- La vitesse excessive,
- L'alcool au volant,
- L'état des routes,
- L'état des véhicules,
- La mauvaise formation des jeunes conducteurs,
- Le non respect des règles de sécurité routière,
- L'absence de répression,
- L'absence de prévention.

À ces causes, il faut ajouter le déficit flagrant dans la *prise en charge médicale des ces accidents notamment l'accès aux soins d'urgence et l'organisation de ces soins.*

Cette question de la prise en charge, financière et médicale, des accidentés de la route n'a pas l'air de passionner nos hommes politiques. Depuis toujours, nous ne faisons que dépenser de l'argent pour réaliser des études et des projets pour la mise en place d'une organisation des urgences ou d'un service d'aide médicale urgente à l'image du SAMU français. La quasi majorité de ces projets ne se sont jamais réalisés et s'entassent, prenant la poussière, dans les couloirs des ministères. Mais quand un projet aboutit et devient effectif, il est mis à mal

avec le premier changement ministériel, ne dérogeant pas à la tradition libanaise: tel projet pour tel ministre. Cette triste réalité s'applique aussi au problème de l'organisation des urgences médicales au Liban. Pourtant, cette véritable question de santé publique concerne toute la population sans distinction d'appartenance politique, religieuse ou autres susceptibles de créer des divergences. Il est étonnant voire inadmissible de constater l'absence d'une volonté politique en vue de garantir la sécurité médicale de base à tous les citoyens à savoir l'accès aux soins d'urgence. Dans ce monde médical à deux vitesses, les soins de pointe, donnés par des médecins jugés des plus compétents dans des hôpitaux ultra performants à l'échelle régionale et internationale, contrastent avec la misère et le désarroi de nombreuses familles incapables de faire soigner les leurs après un accident.

LA PROBLÉMATIQUE

Les différences dans le champ de la santé au Liban, entre les hôpitaux privés tout puissants et les hôpitaux publics qui ne sont que l'ombre d'eux-mêmes; entre une minorité de gens aisés capable de s'assurer pour leur santé et une majorité qui frôle le seuil de la pauvreté et qui est hantée, quotidiennement, par la survenue d'un accident ou d'une urgence médicale; ainsi que l'existence, depuis 2005, de la fameuse assurance automobile obligatoire censée couvrir les frais de tous les soins à l'occasion d'un accident de la route, nous offrent l'opportunité d'examiner de plus près les conditions d'admission des patients victimes d'accidents de la voie publique dans les hôpitaux et de tirer les conséquences positives ou négatives de cette vraie fausse assurance.

OBJECTIF

Cette étude a deux grands objectifs:

Le premier, simple, est de faire un « état des lieux » de l'organisation des soins d'urgence au Liban et d'analyser les expériences menées en la matière.

Le second est de plaider pour une nouvelle approche, celle d'une stratégie de coopération entre tous les « stakeholders » sur la prévention des accidents de la route d'une part et sur la prise en charge globale des traumatismes inhérents à ces accidents.

La promotion de la sécurité routière doit être au cœur de l'action politique de tout gouvernement. Au Liban, ce n'est pas seulement un monde à deux vitesses, c'est même une marche à l'envers dans ce sens où au lieu de développer la prévention primaire des accidents de la route, on se retrouve à affronter, impuissants, l'handicap résultant de ces accidents qui relève de la prévention

tertiaire et qui, de surcroît, coûte beaucoup plus cher à la collectivité, donc au citoyen.

1. ÉTAT DES LIEUX

Mes fonctions de médecin urgentiste et médecin légiste me placent dans une position avancée pour observer de très près le psychodrame d'un accidenté de la route. J'ai alors pensé que présenter l'état des lieux sous forme d'histoires réelles donnera plus de pertinence et où, beaucoup de lecteurs s'y retrouvent,

1.1 Trois histoires vécues

Parmi les nombreux cas de traumatismes de la route que je vis quotidiennement, j'en ai choisi trois, caractérisés, non pas tant par leur intérêt médical ou scientifique, mais parce qu'ils résument à eux seuls la situation dans laquelle nous vivons.

1.1.1 Le jeune avocat joueur de flûte

Il est 17h00 quand arrive aux urgences d'un grand hôpital de Beyrouth Maître Joseph N, un jeune avocat de 33 ans. Il vient d'être victime d'un accident de la route, heurté par un véhicule venant en sens inverse à toute vitesse, alors qu'il conduisait tranquillement sa voiture, ceinture bouclée et pensant déjà au dîner qu'il s'était promis avec sa fiancée dans un restaurant après une rude journée de travail.

Le conducteur de l'autre voiture prend la fuite. Me Joseph, muni de sa carte de crédit et possédant une assurance médicale personnelle solide, appelle lui même son cousin, médecin, qui n'aura aucun problème administratif à l'admettre dans cet hôpital réputé pour ses soins ultra performants. Quand j'arrive pour le voir, à sa demande, en tant que médecin légiste, il me déclare qu'il souhaite obtenir un certificat médico-légal initial (CMI) au cas où il conservera des séquelles. Mon collègue, le médecin urgentiste qui l'a accueilli, m'explique que Me Joseph souffre de douleurs costales, d'une légère dyspnée (difficulté à respirer) et d'une impotence du pouce droit, en somme rien de grave; que des clichés radiographiques du thorax, du gril costal et du pouce n'ont pas montré de lésions osseuses. Mais un petit doute persiste quant à l'existence d'une fissure minime au niveau de la quatrième côte droite. Le médecin urgentiste opte alors pour un complément d'examen. Le radiologue présent sur place 24h/24 pratique une échographie thoraco-abdominale à la recherche de lésions internes. Celle-ci s'avère normale et infirme la présence d'une lésion costale. Une autre échographie du pouce droit a montré une atteinte de quelques ligaments de la base du pouce sans aucune rupture tendineuse, ce

qui correspond à une lésion bénigne mais dont la guérison demande une dizaine de jours supplémentaires par rapport à une contusion simple. A ma question sur l'utilité des échographies puisque le traitement, avec ou sans ces examens, était le même, l'urgentiste, réputé pour sa compétence et son honnêteté, m'apprend que Me Joseph est un joueur de flûte et qu'il s'inquiétait pour l'état de son pouce et de sa respiration, deux fonctions essentielles pour cet amateur d'instrument à air. Il se demandait pour combien de temps il avait avant de pouvoir jouer de sa flûte à nouveau. De plus, l'usage rapide du pouce est aussi important pour lui dans son travail quotidien.

À 18h30, Me Joseph quitte le service des urgences avec les consignes de soins pour les jours à venir. Sa fiancée le rejoint au domicile de ses parents. Il en a pour une quinzaine de jours pour retrouver l'usage normal de son pouce et près d'un mois pour ne plus avoir du tout mal en respirant, ce qui l'autorisera à assouvir sa passion de flûtiste.

Normalement, Me Joseph devait être pris en charge pour ses lésions par l'assurance automobile obligatoire de la partie adverse. Assurance refusée d'emblée par l'hôpital en question sans savoir de quelle compagnie il s'agit. De plus, la procédure de mise en place de cette assurance n'aurait pas été possible, le conducteur de l'autre véhicule ayant pris la fuite. Cet astuce de « faire disparaître » l'assuré est souvent utilisé par les assureurs pour fuir leurs obligations.

Dans ce cas, il est évident que l'assurance privée, payée 10 à 15 fois plus que l'assurance auto obligatoire, par Me Joseph, lui a permis d'accéder à des soins de qualité qu'il n'aurait même pas eu dans un pays développé tel la France par exemple où l'on se serait contenté de faire des clichés radiographiques simples sans échographies, poussé en cela par les directives strictes des tiers payants, en l'occurrence la sécurité sociale, dans le but de limiter les dépenses de la santé.

À propos de dépenses de santé, elle représente, au Liban où la moitié de la population ne possède pas de couverture sanitaire, près de 12 % du P.I.B (produit intérieur brut). C'est autant qu'aux États-Unis, trois fois plus qu'en Grande Bretagne et une fois et demi de plus qu'en France. Seulement ces dépenses sont mal réparties et, surtout, sans rapport avec ce que la santé publique exige. En effet, plutôt que de privilégier la prévention primaire (dépistage et prévention des maladies chroniques et graves) et secondaire (prise en charge adéquate des urgences), on se résout à faire de la prévention tertiaire comme la prise en charge de certaines pathologies invalidantes à l'exemple de la chirurgie cardiaque. Ceci n'améliore en rien la santé de la population. Et même quand il s'agit de pathologies lourdes, les assureurs privés se désistent laissant le

patient face à sa maladie et à la merci du ministère de la santé distribuant lui les quotas de soins aux hôpitaux selon leur pouvoir d'influence politique et parfois contre toute logique. Il a fallu alors trouver un cadre réglementant la distribution des sommes allouées par le ministère de la santé d'où la fameuse accréditation des hôpitaux, démarche nécessaire certes, mais, il va sans dire que cette démarche n'a pas été toujours bien menée, mélangeant pêle-mêle grandes et petites institutions, centres spécialisés et hôpitaux généraux, etc. De plus, cette démarche ne prenait en compte que l'aspect normatif négligeant l'évaluation des pratiques professionnelles qui doit aller de pair avec l'accréditation. Il est bien d'avoir une machine d'anesthésie ou un scanner dernier cri. Mais cela ne doit pas suffire pour être accrédité.

Enfin, l'absence totale de contrôle des dépenses de la santé, la multiplicité des caisses de l'État et la logique purement commerciale des compagnies d'assurance privées font de notre médecine, plus que jamais, un monde à deux vitesses.

1.1.2 Le grand père « cassé »

Ce matin froid du mois de février, quand j'ai pris mes fonctions à 8h30 du matin dans le service des urgences, Mr Wadih Z, âgé de 83 ans, est déjà là depuis une demi-heure. A la suite d'un accident de la voie publique, les secouristes de la Croix Rouge l'ont conduit à l'hôpital le plus proche sans téléphoner au préalable, respectant ainsi les nouvelles consignes du ministère de la santé. Il est reçu par le médecin des urgences qui l'examine et pratique les examens nécessaires. M. Wadih souffre d'une fracture du col du fémur gauche (hanche) causé par un traumatisme direct contre le tableau de bord de sa voiture.

Sami, le jeune chauffeur de l'autre véhicule impliqué le suit à l'hôpital. Son bon sens civique est à signaler dans notre pays en déclin sur ce plan. L'assurance auto obligatoire de Sami n'a pas d'accord avec l'hôpital. C'est le début d'une longue très longue attente du grand père au service des urgences. Il a, entre temps, reçu des antalgiques et a été vu par l'orthopédiste de garde qui s'est joint à l'équipe des urgences s'efforçant de trouver une place dans un autre hôpital alors que le vieux Wadih patientait en silence sur un brancard, calmant parfois ses enfants quand ils s'emportaient contre le système.

Finalement, après avoir passé à la trappe tous les hôpitaux de la région, notre orthopédiste de garde a pu, grâce à ses contacts, trouver une place dans un autre hôpital dans lequel il exerce. Ce dernier a quand même exigé de la famille de M. Wadih d'avancer 1500\$ avant de l'admettre étant donné que sa responsabilité dans l'accident est estimée par l'expert à 50% et que, par conséquent, l'assurance auto obligatoire de Sami, ne couvrira que la moitié des frais de soins.

À 17h00, soit 9 heures après, grand père Wadih nous quittait, le sourire aux lèvres avec les remerciements pour avoir été près de lui tout ce temps. Il nous a même consolés pour le préjudice moral que nous avons supporté à sa place.

S'il est vrai que certains hôpitaux disposent d'équipes formées à l'urgence et de beaucoup d'humanisme, et même quand ils délivrent des soins dans un but non lucratif, il n'en demeure pas moins qu'ils sont incapables d'offrir des soins coûteux à tout le monde.

1.1.3 Quand les minutes comptent

M. Ali C, 50 ans, entrepreneur actif, père de cinq enfants, vient d'être pris en charge par les secouristes de la Croix Rouge Libanaise, après que son véhicule ait quitté la route et heurté un pilon électrique. Il est conscient mais souffre d'une douleur diffuse à l'abdomen. Son médecin joint au téléphone lui signifie qu'après contact avec l'hôpital où il exerce, il n'a pas réussi à lui trouver un lit disponible. Malgré l'avertissement du médecin, l'ambulance conduit le patient aux urgences de cet hôpital. Mais, sans qu'un médecin ne l'examine et sans savoir de quel type de soins ce patient relève, l'ambulance est refoulée avant que les secouristes ne descendent M. Ali, après une longue discussion avec la famille devant la caisse de l'hôpital. En route vers un autre hôpital, M. Ali devient dyspnéique et pâle, ses douleurs abdominales augmentent puis le cœur s'arrête. Malgré les manœuvres de réanimation entreprises par les secouristes, l'équipe des urgences du deuxième hôpital ne peut que constater le décès. C'est au titre de légiste et à la demande du Procureur de la république que je consulte le corps en vue de déterminer la cause exacte de la mort. L'autopsie révèle une hémorragie de la rate qui aurait pu être jugulée en cas de soins plus précoces.

À la suite de cet accident dramatique, les pouvoirs publics, notamment le ministère de la santé, ont décrété que les ambulanciers de la Croix Rouge ne devraient plus contacter les hôpitaux en cas d'urgence et se doivent de déposer le patient à l'hôpital le plus proche du lieu de l'accident, à charge de ce dernier d'assurer la prise en charge en urgence. Certes cette mesure paraît logique aux yeux des néophytes, mais nous verrons plus loin qu'elle n'est pas de nature à procurer les meilleurs soins aux blessés.

1.2 La langue des chiffres

Je ne m'attarderai pas dans ce paragraphe car les chiffres ne peuvent pas rendre compte du drame que vivent les familles des victimes d'accidents de la route et ne préjuge pas d'une solution. Mais force est de constater que si la santé n'a pas de prix pour tout individu, elle a un coût pour la société.

Notons d'abord que les urgences pré-hospitalières sont généralement prises en charge par la Croix Rouge Libanaise pour laquelle le ministère de la santé débourse 2.8 milliard de livres libanaises chaque année. Ce chiffre englobe la prise en charge des accidents et des urgences de toutes sortes ainsi que les frais de la banque du sang. Accessoirement, la défense civile participe à cette prise en charge paramédicale gardant un rôle essentiel dans les opérations de sauvetage.

Pour ce qui est de la démographie médicale, on constate au Liban que Beyrouth et le Mont Liban monopolisent 70% des soins hospitaliers et regroupent un nombre semblable de médecins. La part du Nord et du Sud est de 12% pour chaque Mohafazat, alors que la part de la Békaa, la plus grande des Mohafazat, n'est que de 7%.

Sur près de 12000 médecins inscrits sur les listes des deux ordres des médecins de Beyrouth et de Tripoli, 30 % sont des généralistes et 70% sont des spécialistes. Parmi ces derniers, on compte seulement 20 urgentistes, ce qui est très insuffisant pour les besoins du pays. Dans le même temps, certaines spécialités de pointe comme la neurochirurgie, par exemple, compte plus de 130 spécialistes, bien que le pays n'en ait besoin que d'une vingtaine.

La prise en charge des traumatismes des accidents de la route ne fait l'objet, jusqu'à nos jours, d'aucune évaluation quantitative ou qualitative. S'il est vrai que la Croix Rouge Libanaise avance des chiffres sur le nombre de blessés secourus, cela n'a qu'un but statistique sur son activité et ne préjuge en rien de la quantité de blessés graves gardant des séquelles ou de la qualité de la prise en charge pré-hospitalière ou hospitalière. De même, le nombre annuel des tués sur les routes, avancé par les forces de sécurité intérieure (372 pour 2006), ne tient compte que des tués sur le lieu de l'accident et non de ceux décédés après leur admission à l'hôpital (600 selon les sources du ministère de la santé publique).

1.3 Les projets

Bon nombre de projets de prise en charge des urgences sont restés inachevés.

En 1996, un projet de mise en place d'un SAMU au Liban a été préparé par la société française C2G et le SAMU 92 (région parisienne) à la demande du Ministère de la Santé Publique libanais. Ce projet a étudié et évalué:

- Les besoins en Urgences,
- Le coût d'investissement: estimé à 6 millions USD,
- Le coût de Fonctionnement: estimé à 6 millions USD/an,
- Les normes techniques des services d'urgence dans les hôpitaux,
- L'adoption des phases d'application,

- Les modalités de gestion du système.

Ce projet a été refusé pour son « coût élevé ». Il faut être dupe pour croire qu'un système de ce type qui coûte moins de deux dollars par habitant et par an, ait été jugé cher et coûteux. A titre de comparaison, le SAMU de Paris (2 million d'habitants la nuit, 5 million le jour) coûte 1 USD/habitant/an, après plus de 30 ans de fonctionnement. En fait, comme il a été mentionné plus haut, il suffit d'un changement ministériel pour qu'un projet, le plus ambitieux qu'il soit, tombe dans les oubliettes.

En 1998-1999, le Ministère de la Santé Publique libanais lance un projet pour la mise en place d'un plan d'urgence pour les régions du Sud et de la Békaa sud pour supporter l'action des résistants libanais dans la lutte pour libérer nos territoires occupés par Israël. Il s'en est suivi la création d'un comité représentant le MSP, l'armée libanaise, l'association sanitaire islamique, l'association Al Rissala, la Croix Rouge Libanaise et la Défense Civile. En 2000, la libération s'accomplit et le plan s'est arrêté là.

En 2002, le projet du « SAMU » du Liban Nord voit le jour. Il consiste dans la mise en place d'une médicalisation des urgences. Ce projet est financé par l'Italie et dirigé par la CRL avec support du MSP de 0.8 milliard LL. Un centre de formation très développé a été créé pour former les jeunes médecins et les secouristes à l'urgence. De plus, le matériel utilisé, notamment les ambulances, sont sophistiqués et dignes des grands SAMU européens les plus avancés. En 2006, le plan s'arrête sans explication plausible, le centre de formation a pris feu. La thèse de l'accident est avancée !

En 2005, un plan « d'urgence » pour la prise en charge des accidents de la voie publique (AVP) est mis au point par le MSP. Ce plan est soumis à l'avis des différents acteurs afin de définir le rôle de chacun:

- Ministère de l'intérieur
- Ministère des travaux publics
- ONG
- CRL
- OMS

1.4 L'assurance automobile obligatoire

La conséquence directe du plan AVP a été l'instauration de l'assurance automobile obligatoire. Tout le monde s'est dit soulagé mais la phase d'application n'a pas été suivie des effets escomptés.

1.4.1 Que couvre cette assurance?

Le prix de cette assurance est fixé par le ministère de la santé publique à 75000 LL par véhicule quel que soit ce véhicule. C'est là une première faille car cette prime censée couvrir les dommages corporels doit être proportionnelle à la grosseur du véhicule qui, elle, est proportionnelle à la gravité des dommages dans des conditions de circulation équivalentes. En effet, les dégâts provoqués par une petite cylindrée basse sont nettement moins graves que ceux provoqués par un gros 4x4, dans les mêmes conditions de circulation. Ceci est parfaitement démontré par des études faites à grande échelle.

Selon le MSP, cette prime est largement suffisante pour couvrir les frais de prise en charge des accidentés de la route. Sur près d'un million de véhicules circulant sur le territoire libanais - à noter que nous sommes numéro 1 mondial en nombre de véhicules par habitant en âge de conduire - cette prime représente 50 millions de dollars et le MSP de crier au scandale accusant les assureurs privés de détourner l'argent et de ne pas fournir les prestations de soins adéquats. D'un autre côté, « three road », une ONG suédoise, a estimé le coût de cette prise en charge à 700 millions de dollars. Cette différence paraît énorme aux yeux des néophytes. Mais si on se penche d'un peu plus près sur le problème, il faut considérer les frais des soins d'urgence en phase aigüe, puis les frais de la phase de rééducation et de réhabilitation en cas de séquelles. Si pour la première phase la somme de 50 millions de dollars paraît devoir suffire, elle est, selon toute logique, insuffisante pour couvrir la prise en charge des séquelles à long et court terme.

Alors qui croire le MSP ou les assureurs. Certes, il est difficile d'avancer le chiffre exact de ces frais, d'autant plus qu'aucune étude statistique n'a été menée de façon multicentrique sur ce point. Mais ma propre expérience de spécialiste en réparation juridique du dommage corporel, me pousse à affirmer que la prime actuelle de l'assurance obligatoire est largement en dessous de ce qu'elle devrait être. D'où une défaillance de la couverture par les assureurs qui emploient toutes les ruses pour limiter les frais de soins, allant parfois jusqu'à refuser de prendre en charge le patient comme on l'a expliqué plus haut.

En somme, cette assurance est censée couvrir les soins de toutes les lésions dues à l'accident à court et à long terme. Mais, pour les assureurs, qui suivent une logique commerciale, la prime actuelle d'assurance ne permet pas une telle prise en charge. C'est le citoyen qui paye de sa poche et surtout de sa santé quand son état financier ne lui permet pas d'assumer les frais.

L'incompréhension tient à ce que cette assurance obligatoire se calque sur la part de responsabilité de chaque véhicule impliqué dans l'accident. Par

conséquent, quand elle rembourse les soins, ce remboursement vient proportionnel au pourcentage de responsabilité de chaque conducteur dans le sinistre, assimilant ainsi le patient à une carrosserie. Nous verrons plus loin que cette prime d'assurance ne couvre pas le conducteur du véhicule assuré mais les passagers. Ces derniers n'ont donc pas à répondre de la responsabilité du conducteur.

1.4.2 Qui, cette assurance couvre-t-elle?

Pour le véhicule assuré, cette prime d'assurance ne couvre ni le conducteur, ni ses proches (époux, ascendants, descendants, frères et sœurs), ni ses employés. A part dans les taxis et les transports en commun, on se demande qui peuvent être les passagers d'un véhicule de tourisme à part les proches sus cités.

Cette prime sert donc à couvrir plutôt les passagers de l'autre véhicule impliqué dans l'accident. Mais, la prise en charge est absente lorsqu'il n'y a pas d'autres véhicules (voir plus haut le cas no 3), ou lorsque le conducteur de celui-ci prend la fuite ou qu'il est ivre ou etc... autant de causes pour que l'assureur refuse de couvrir les soins. Même quand le patient est pris en charge par l'assurance, il l'est à la hauteur du pourcentage de responsabilité du véhicule dans le sinistre. Dans le même temps, l'assureur se dépêche de faire signer au patient une attestation de non recours contre la compagnie d'assurance, exerçant par là un chantage forcé contre un blessé démuné qui signe tout ce qu'on lui propose pourvu qu'il soit admis à l'hôpital et soigné.

2. LES SOLUTIONS

Une bonne prise en charge des accidentés de la route passe par une coordination parfaite entre les différents acteurs de l'urgence tout au long de la chaîne de secours depuis le ramassage du blessé jusqu'à son admission dans la structure de soins appropriée. Cette étape médicale doit être accompagnée d'une prise en charge financière des soins d'urgence. Cette dernière serait au mieux assurée par l'État qui peut par la suite exercer un recours contre l'assureur. Cette méthode garantirait aux blessés des soins équitables et une prise en charge complète, du moins pour les soins d'urgence mettant en jeu le pronostic vital.

2.1 Les premiers secours

Au Liban, pour les soins primaires pré-hospitaliers, nous disposons des services de la Croix Rouge Libanaise qui sont unanimement appréciés. Mais force est de constater que le nombre de secouristes est insuffisant, surtout dans la journée, obligeant certains centres à n'assurer que le service de nuit. De plus, ces secouristes bien entraînés pour les urgences simples, manquent de moyens quand

il s'agit de problèmes compliqués. D'où la nécessité de renforcer les équipes en nombre et en formation. De même, il faut orienter les jeunes médecins à se spécialiser dans la médecine d'urgence offrant par là une médicalisation de l'avant qui viendra renforcer les équipes de la Croix Rouge.

2.2 Les services d'urgence

Pour ce qui est des urgences hospitalières, il n'est plus autorisé qu'un service d'accueil des urgences ne dispose pas d'une présence médicale 24h/24 et 7j/7. Malheureusement, dans près de 90 % des hôpitaux, les services d'urgence ne sont pas aux normes. Il incombe au ministère de la santé publique de procéder à une accréditation sérieuse et rigoureuse de ces services et de les agencer en réseau selon une carte sanitaire. La nouvelle vision du service des urgences se résume ainsi:

- Un service à part entière.
- Un service autonome.
- Un service stratégique.
- Un personnel hautement qualifié.
- Des soins adaptés à chaque cas.
- Des soins protocolés.
- Un travail d'équipe.

Les avantages d'un bon réseau de service d'urgence seraient alors:

- Une meilleure qualité des prestations.
- Une meilleure utilisation des actes d'exploration, d'imagerie ou d'analyse,
- Un contrôle des coûts des soins aux Urgences.
- Une augmentation de l'accessibilité de la population défavorisée aux soins.

2.3 L'assurance automobile obligatoire

Comme nous venons de le voir plus haut, cette assurance ne remplit pas l'objectif pour lequel elle a été créée. La prime de 75000 LL par véhicule devrait être plus élevée si l'on veut une couverture correcte des soins immédiats et des séquelles. De plus, cette prime doit être proportionnelle au risque de blessures par conséquent à la grosseur du véhicule. Le prix de cette prime sera fixé après réalisation d'études statistiques multicentriques auprès des assurances. Ce prix doit être modulable récompensant les bons conducteurs et pénalisant les mauvais à l'instar de ce qui se passe dans les pays développés.

D'un autre côté, le citoyen doit se sentir protégé en souscrivant cette prime. Il ne doit pas être assimilé à une carrosserie et ses soins ne doivent obéir à la règle du partage des responsabilités. Sa famille et ses proches doivent être couverts par cette assurance. Sinon, elle perd son sens.

2.4 Les recommandations de la Société Libanaise de Médecine d'Urgence (S.L.M.U)

Au cours de son premier congrès, en avril 2005, la SLMU a donné ses recommandations pour une meilleure organisation des urgences au Liban. Ces recommandations s'adressent en premier à l'État notamment au ministère de la santé publique, puis au syndicat des hôpitaux, à l'ordre des médecins, aux tiers payants et bien sûr à la SLMU.

2.4.1 Les recommandations au ministère de la santé publique

- La sécurité routière doit être une PRIORITE,
- Établir une carte sanitaire,
- Accréditer les services d'urgence et les organiser en réseau,
- Assurer une couverture automatique de tous les accidentés de la route sans distinction (problème des étrangers en situation irrégulière),
- Recourir ultérieurement contre les assureurs,
- Revoir le prix de l'assurance auto obligatoire ++,
- Mener une vraie politique nationale des urgences.

2.4.2 Les recommandations à l'Ordre des médecins

- Reconnaître la place de la médecine d'urgence et des médecins urgentistes,
- Coordonner avec le Ministère de l'éducation nationale, le MSP, les hôpitaux et les facultés de médecine pour développer cette spécialité,
- Participer à l'accréditation des hôpitaux et des services d'urgence,
- Développer la formation médicale continue (FMC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

2.4.3 Les recommandations au syndicat des hôpitaux

- Valoriser les services d'urgence,

- Respecter les directives de la commission d'accréditation des hôpitaux (90 % de nos services d'urgence sont hors normes),
- Médicaliser les urgences et œuvrer à la création de système de réseau de soins basé sur la complémentarité et non sur la concurrence.

2.4.4 Les recommandations au tiers payant

- Considérer les besoins de la population en matière de soins d'urgence,
- Donner la priorité à la sécurité et à la qualité des prestations,
- tout en contrôlant les coûts, publier les statistiques !
- Revoir les cotisations avec le MSP.

2.4.5 Les recommandations à la SLMU

- Unifier l'exercice et l'enseignement,
- Œuvrer à la reconnaissance de la spécialité,
- Élaborer des protocoles communs avec toutes les spécialités médicales,
- Initier la formation de base en soins d'urgence et en médecine d'urgence,
- Améliorer le savoir-faire du personnel médical et non médical,
- Participer à l'élaboration d'un plan national pour la prise en charge des urgences.

CONCLUSION

Il est vrai que la santé n'a pas de prix mais elle a un coût. Il est aussi vrai que ce coût dépend directement de la qualité de la prise en charge des soins d'urgence. Plus cette prise en charge est efficace, plus on réduit la morbidité et plus on est efficient.

Cette question de la prise en charge doit être une priorité de l'action gouvernementale. Nous ne pouvons qu'espérer que cette action retrouve son efficacité et que le Liban retrouve le chemin de la paix.

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes et les institutions qui nous ont donné des informations utiles:

1. D^r Bahig Arbid, Ministère de la Santé Publique.
2. M. Georges Kettaneh, Croix Rouge Libanaise.
3. D^r Antoine Zoghbi, Ancien Président de la Société Libanaise de Médecine d'urgence.
4. OMS.
5. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale en France: Journée parlementaire sur l'insécurité routière et ses conséquences médicales du 5 juin 2003.
6. Réseau francophone international en promotion de la sécurité et de la prévention des traumatismes.