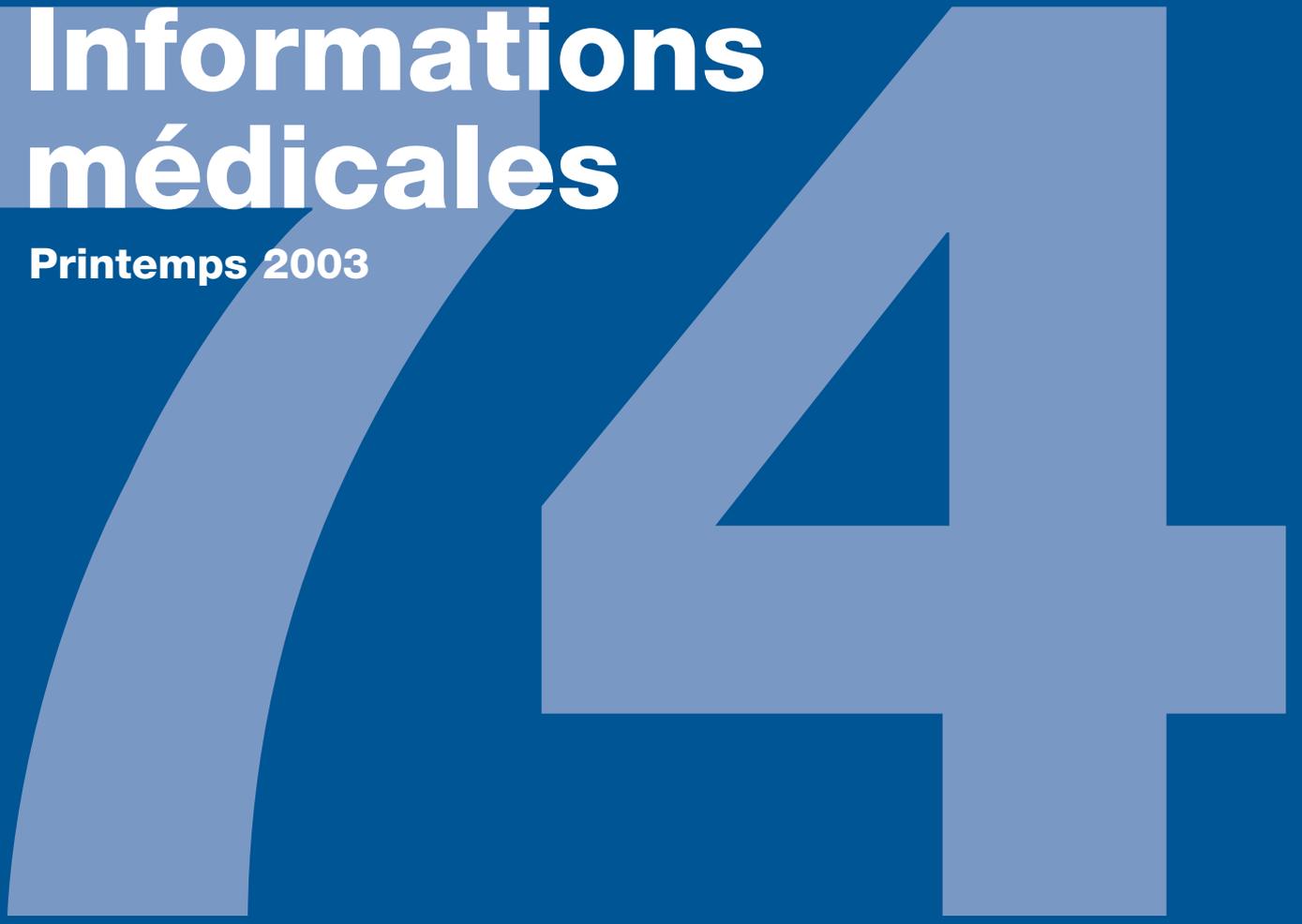


Informations médicales

Printemps 2003



suva

Mieux qu'une assurance

Publié par les médecins
de la Caisse nationale suisse
d'assurance en cas d'accidents

Rédaction:
Médecin-chef de la Suva
6002 Lucerne, Case postale
Téléphone 041 419 51 11

ISSN 1423-3169

Référence: 74-2869.f

Index

Avant-propos	3
Une médecine d'assurance en évolution Christian Ludwig	5
Les assurances sociales sous un seul toit Peter Omlin	8
La migration, un défi de société – ou la compétence transculturelle et de nouvelles perspectives! Ruth-Gaby Vermot-Mangold	13
A propos de la situation de médecin expert entre l'assurance et les assurés Ulrike Hofmann-Richter	23
Kafka et l'assurance-accidents Erich Bär	38
Prévention en médecine du travail dans les tunnels des NLFA Irène Kunz, Marcel Jost, Hanspeter Rast, Martin Vogel	46
Valeurs biologiques tolérables (VBT): changements Marcel Jost, Claudia Pletscher	58
Indemnité pour perte d'intégrité en cas de perte des organes sexuels ou de la capacité de reproduction Erich Bär	69
A propos du lien de causalité naturelle de séquelles psychiques d'accident d'un point de vue psychiatrique Ulrike Hoffmann-Richter	72

Diagnostic et traitement du traumatisme cranio-cervical par accélération (ou coup du lapin) à la phase aiguë	97
■ Introduction Hans Martin Strebel	97
■ Recommandations d'un groupe de travail suisse Hans Martin Strebel, Thierry Ettlin, Jean Marie Annoni, Miguel Caravatti, Stefan Jan, Carlo Gianella, Matthias Keidel, Urs Saner, Hans Schwarz	98
■ Fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical Thierry Ettlin, Bruno Soltermann	111
■ Commentaire relatif au questionnaire servant à documenter la première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical Bruno Soltermann	116
www.suva.ch/medecine-du-travail	118
Felix Ineichen, Marcel Jost, Laszlo Matéfi, Bruno Müller, Hanspeter Rast, Beat Röllin	
Protection de la peau en ligne	120
Hanspeter Rast	
Prophylaxie postexposition du VIH? – www.hivpep.ch!	122
Marcel Jost, Carlo Colombo, Josef Jost, Lucas Sponagel, Thomas Wägli	
Mutations	124
Annexes	130

Avant-propos

Chers confrères,

Dans ces Communications médicales, nous vous informons sur la réorientation de la médecine des assurances à la Suva. Ce changement était nécessaire pour que le service puisse, par ses prestations de conseil médical, soutenir efficacement le nouveau programme de gestion des cas de la Suva. Les spécialistes de la Suva vont prendre une part accrue à la coordination des soins médicaux. Deux articles viennent illustrer cette mutation, l'un ayant trait à la situation des médecins des assurances et à la conception qu'ils ont de leur profession, l'autre portant sur Franz Kafka, qui a travaillé dans un établissement d'assurances contre les accidents encore marqué par la bureaucratie.

Les spécialistes de la médecine des assurances doivent encourager et soutenir la recherche de programmes thérapeutiques adaptés à des troubles de la santé spécifiques. Certains médecins de la Suva ont donc participé à l'établissement de recommandations correspondantes pour le traitement de patients victimes d'une distorsion cervicale. Nous reproduisons ici les publications issues de ces travaux.

Un quart des personnes accidentées de la Suva sont d'origine étrangère. Nous constatons souvent que la convalescence de ces assurés ne suit pas l'évolution habituelle et que leur réintégration dans le processus de travail est parfois très difficile. Ne procédons-nous pas de la bonne manière? L'année dernière, dans le cadre d'un atelier, nous avons approfondi cette thématique et nous sommes demandé si notre approche était la bonne. Avec des spécialistes et la participation de Ruth-Gabi Vermot-Mangold, ethnologue et conseillère nationale engagée dans le domaine de l'immigration, nous avons cherché à savoir comment nous pouvions avoir une meilleure compréhension et assurer un suivi plus efficace des personnes de culture différente. Comme vous pourrez le constater à la lecture du plaidoyer de Ruth-Gabi Vermot-Mangold, les discussions entre les médecins de la Suva concernés n'ont pas manqué d'animation! Pour le suivi des personnes d'origine étrangère, nous préparons actuellement des mesures de soutien spécifiques dont font notamment partie des services de traducteurs ou des médiateurs culturels. Ces derniers joueront un rôle d'intermédiaire entre les différentes mœurs et formes d'existence et contribueront à clarifier à temps les malentendus relatifs

à un trouble de la santé et à son traitement par exemple. Une intervision a également été créée pour permettre l'échange des expériences des médecins de la Suva en matière de suivi des personnes étrangères et encourager leurs compétences transculturelles et leur professionnalisme en ce domaine.

Vous trouverez dans ces Communications médicales une introduction à la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), en vigueur depuis début 2003. Nous vous présentons également un nouveau tableau pour l'estimation de l'atteinte à l'intégrité en cas de perte de la capacité de reproduction.

Bonne lecture!

Dr. med. Christian. A. Ludwig, M.H.A.
Chefarzt Suva
christian.ludwig@suva.ch

Une médecine d'assurance en évolution

Christian A. Ludwig

Les médecins d'assurance s'occupent des relations entre la personne accidentée ou malade, les compagnies d'assurance et les fournisseurs de prestations médicales. A la Suva, cette fonction de médiateur médical a une longue tradition. Grâce à son service médical qui compte outre des spécialistes de la médecine des accidents et de la réhabilitation aussi des spécialistes de la médecine préventive et du travail, les prestations de la Suva convainquent de tout temps aussi du point de vue médical. Afin d'améliorer la prise en charge des patientes et des patients présentant des problèmes complexes, la Suva s'engage de manière accrue dans la gestion des cas et élabore dans ce but le programme «new case management». Des gestionnaires de cas spécialement formés s'occupent de tels patients d'une manière globale, en réservant une attention particulière aux conditions psychosociales environnantes. Le but est d'offrir ou de procurer le soutien nécessaire correspondant aux besoins du patient dans l'intérêt d'une réintégration réussie. Avec ce programme, la Suva s'engage sur de nouvelles pistes dans le domaine de la médecine d'assurance suisse. Des expériences de programmes de case management à l'étranger ont mis en évidence qu'un accompagnement intensif du cas est absolument indiqué, afin de soutenir de manière efficace la réintégration: comme on a pu le démontrer lors d'évaluations scientifiques de programmes de gestion de cas, une prise en charge active et adaptée permet de reconnaître plus rapidement les problèmes et d'arriver à une solution que lorsque le cas évolue de manière classique. Les case managers sont bien sûr dépendants du soutien médical dès que certains devoirs requièrent une approche médicale. Ici se dessinent les prestations de la médecine d'assurance. Les médecins de la Suva collaborent au niveau de la planification, de la mise en pratique et de l'évaluation du suivi médical et sont à disposition pour conseiller les personnes concernées en cas de besoin.

Ces nouvelles exigences déterminent des changements d'organisation dans le domaine médical de la Suva. Dans le cadre d'un projet de développement d'une nouvelle structure organisationnelle de la durée d'une année, le département de la médecine des accidents et le service médical d'arrondissement de la Suva ont été regroupés et nouvellement structurés dans le processus «médecine d'assurance». Les médecins d'arrondissement font partie du service médical des agences. Ceux-ci opèrent dans les agences Suva comme des conseillers indépendants des «case team», conduits par les case managers. Les devoirs émer-

geant durant la prise en charge des patients seront affrontés ensemble dans ces groupes. La prise en charge du point de vue de la médecine d'assurance incombe aux médecins d'arrondissement, tout en collaborant étroitement avec les médecins traitants et d'autres personnes spécialisées. En cas de questions particulières, ils examinent comme spécialistes les personnes atteintes de problèmes de santé et procèdent aux évaluations relevant de la médecine des assurances. Des médecins spécialistes de différentes disciplines (chirurgie, orthopédie, neurologie, ophtalmologie, etc.) appartiennent au centre de compétence de la médecine des assurances. Ils soutiennent les médecins d'arrondissement d'un point de vue spécialisé et font office de service d'informations en faveur des assurés, des gestionnaires de cas, du personnel médical et de tout autre personne le requérant. Des assurés sont aussi examinés et évalués de manière interdisciplinaire, avec au besoin l'apport des médecins du travail. En ce qui concerne la prise en charge dans le cadre de la psychiatrie d'assurance, des efforts sont en cours afin de pouvoir l'offrir non seulement comme jusqu'à maintenant dans le centre de compétence à Lucerne, mais aussi en partie dans certaines agences. Grâce à la présence de psychiatres sur place, l'on veut s'assurer que les patientes et les patients souffrant de problèmes d'ordre psychique puissent être identifiés à temps et orientés immédiatement vers des mesures thérapeutiques adéquates. Un essai pilote dans ce sens est en cours actuellement dans l'agence de Bâle et devrait donner de plus amples renseignements sur le potentiel de telles interventions précoces.

Les médecins d'assurance travaillent en étroite collaboration avec les cliniques de réhabilitation de la Suva à Bellikon et à Sion. Celles-ci sont en mesure de soumettre les patients si nécessaire aussi à des investigations approfondies, en conditions ambulatoires ou stationnaires, et de les traiter. Aux domaines médicaux appartiennent du reste un service médical du personnel, des laboratoires médicaux et un service de radiologie. Les services médicaux sont assistés d'un secrétariat ainsi que par des services d'état-major. Pour ses secteurs centraux au siège principal de la Suva à Lucerne, la médecine d'assurance a introduit un système de gestion moderne et l'a fait certifier selon les normes ISO 9001:2000.

Le domaine d'intervention des médecins d'assurance évolue et s'élargit. Si traditionnellement les médecins avaient un rôle plutôt de contrôle, par exemple pour évaluer des prestations ou pour faire des expertises, dans le futur leur fonction de conseillers prospectifs passera au premier plan. Pour maîtriser avec succès les nouveaux défis, ces spécialistes devront être mis en mesure d'appliquer les méthodes et les instruments d'un système de controlling médical global. Dans cette optique, ils auront dans le futur davantage à s'occuper de questions de «Disease Management». Cela peut par exemple signifier qu'ils évalueront systématiquement les résultats thérapeutiques avec des médecins spécialistes de différentes disciplines et provenant de diverses institutions, et aideront ainsi à ce que les connaissances acquises grâce à de telles recherches puissent aboutir à de nouvelles recommandations thérapeutiques. Pour de tels impératifs, des connais-

sances méthodiques relevant du domaine de l'analyse des bénéfices ou de l'épidémiologie clinique sont indispensables. Le programme de formation pour les médecins de la Suva a déjà été adapté et notablement élargi en conséquence.

De hautes exigences quant à leur compétence professionnelle, leur objectivité et leur impartialité sont requises des médecins d'assurance. Même en tant qu'employés d'une société d'assurance, tous ces médecins restent liés aux principes éthiques de leur profession. Les collaborateurs de la médecine d'assurance sont conscients de leur responsabilité envers les différents clients et partenaires et s'efforcent de contribuer par leur action à une amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients.

Adresse de l'auteur:

Suva
Dr. med. Christian A. Ludwig, M.H.A.
Facharzt FMH für Innere Medizin
Chefarzt
Postfach
6002 Luzern

Les assurances sociales sous un seul toit

Peter Omlin

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003. Cette nouvelle loi-cadre restructure la base légale du domaine des assurances sociales. Elle définit les notions de manière uniforme, standardise la procédure et harmonise les prestations des différentes branches des assurances sociales. Le droit régissant les activités dans le domaine médical et les tarifs n'est pas concerné par la LPGA.

Le système suisse des assurances sociales a suivi un développement historique. Avec ses dix branches d'assurance, il s'avère être une référence incontournable. Mais vu que sa création s'est étalée sur des décennies, ce système est très complexe et peu cohérent; chaque disposition porte le sceau de son époque. De ce fait, la coordination est insuffisante; les diverses réglementations posent souvent de gros problèmes, tant aux particuliers qui sont à la recherche d'une information qu'aux spécialistes du droit. Le manque d'une norme recouvrant l'ensemble de la matière fait l'objet de critiques depuis des années.

Une nouvelle loi de coordination

Se fondant sur le projet de la Société suisse de droit des assurances, la conseillère aux Etats Josi Meier déposa en 1985 une initiative parlementaire demandant de créer une loi fédérale sur une partie générale du droit des assurances sociales. Consécutivement à une procédure législative d'une quinzaine d'années, le Parlement a adopté la loi le 6 octobre 2000; celle-ci est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

Dans sa forme actuelle, la LPGA¹⁾ constitue un compromis politique. Différentes questions politiquement controversées n'ont pas été prises en considération dans la coordination. La prévoyance professionnelle reste la seule assurance sociale qui a été exclue du domaine d'application de la LPGA. De même, des réglementations dans le domaine du droit médical et des tarifs, qui avaient été prévues à l'origine, ont finalement été abandonnées. Même si les objectifs les plus élevés n'ont pas été atteints, la LPGA représente pour la première fois une coordination

¹⁾ La LPGA, comme toutes les autres assurances sociales, peut être consultée sur Internet sous www.admin.ch/ch/f/rs/rs.html

entre les assurances sociales et peut être considérée comme une étape décisive dans l'histoire du droit des assurances sociales de notre pays²⁾.

Les objectifs de la LPGA

Le but de la LPGA est de coordonner le droit fédéral des assurances sociales³⁾. Cet objectif doit être réalisé

- en définissant de façon uniforme les principes et les notions;
- en simplifiant les normes de procédure;
- en harmonisant les prestations des diverses assurances sociales;
- en réglant le droit de recours envers les tiers.

En conséquence de quoi, la nouvelle loi-cadre a été élaborée et structurée en 84 articles. La LPGA vise donc à harmoniser la procédure. Une coordination matérielle n'est réalisée que dans les grandes lignes. Par conséquent, il n'y a pour l'assuré que peu de modifications concernant ses droits aux prestations et son obligation de cotiser.

Rapports LPGA – lois spéciales

La LPGA est un modèle de référence, un système modulaire. Les lois spéciales régissant les différentes assurances sociales n'ont plus qu'à déterminer si et dans quelle mesure la LPGA est applicable. Ainsi, par exemple, la loi sur l'assurance-accidents (LAA) stipule que les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA ne déroge expressément à la LPGA – par exemple en ce qui concerne les réductions – et elle exclut la LPGA pour les domaines du droit régissant les activités dans le domaine médical et les tarifs, l'enregistrement des assureurs-accidents et la procédure régissant les contestations pécuniaires entre assureurs⁴⁾. Ce système de références permet de prendre des dispositions spécifiques au domaine de chacune des branches des assurances sociales.

²⁾ Pour les détails concernant la genèse, les objectifs et les innovations, voir notamment le numéro spécial de la revue «Sécurité sociale» CHSS 5/2002 (www.bsv.admin.ch/publikat/chss/f/2002/chss0205i.htm).

³⁾ Cet objectif est expressément formulé dans l'art. 1 LPGA.

⁴⁾ Art. 1 LAA. Des dispositions de renvoi semblables se trouvent par ex. dans la LAVS, la LAI, la LAMal et la LAM.

Notions uniformes

La LPGA définit les notions qui sont importantes pour toutes les branches des assurances sociales. Ce qu'il faut entendre par maladie et accident, incapacité de travail et incapacité de gain ou invalidité, on ne le trouve plus comme jadis dispersé et parfois en parallèle dans les lois spéciales, mais dans la LPGA⁵⁾. Là où jusqu'ici n'existait aucune définition légale – par exemple pour l'incapacité de travail et l'incapacité de gain – la LPGA reprend les définitions développées par la jurisprudence et la pratique. Les définitions légales correspondent, abstraction faite des modifications rédactionnelles, au droit actuel, respectivement à la jurisprudence et à la pratique en cours. Par conséquent, il n'y a aucune modification sur le fond, étant donné qu'il n'était pas dans l'intention du législateur de redéfinir le contenu de ces notions.

Procédure

Les dispositions de procédure constituent un élément capital de la LPGA⁶⁾. La procédure est désormais uniformisée pour tous les organes des diverses assurances sociales. Les dispositions s'appuient sur la norme légale existante ou reprennent les principes développés par la jurisprudence. Un progrès important doit être mis en évidence: l'uniformisation des délais et l'extension de la procédure d'opposition à toutes les branches des assurances sociales. Les autres points dignes d'être mentionnés sont l'obligation de fournir des renseignements et des conseils, celle de garder le secret et l'assistance judiciaire gratuite.

Les conditions d'un recours à une expertise⁷⁾ sont aussi réglées dans les grandes lignes. Si l'assureur désire recourir aux services d'un expert, il doit donner son nom aux parties. Ces dernières peuvent le récuser pour des raisons pertinentes (par exemple présomption de partialité) et présenter des contre-propositions. Elles peuvent aussi s'exprimer sur l'énoncé des propositions et poser des questions complémentaires.

Coordination

En outre, la LPGA améliore la coordination entre les diverses branches des assurances sociales⁸⁾. Elle contient des dispositions détaillées concernant la coordination des prestations relatives au traitement et autres prestations en nature

⁵⁾ Chapitre 2, art. 3 ss. Sont définies les notions suivantes: maladie, accident, maternité, incapacité de travail et de gain, invalidité, impotence, salarié, employeur, personnes exerçant une activité lucrative indépendante, domicile et résidence habituelle.

⁶⁾ Chapitre 4, art. 27 ss.

⁷⁾ Art. 44 LPGA

⁸⁾ Chapitre 5, art. 63 ss: Coordination des prestations et subrogation.

telles que les moyens auxiliaires ou les mesures de réadaptation, ainsi que les rentes. Il est par exemple stipulé que le traitement est à la charge exclusive d'une seule assurance sociale. Selon le principe de la priorité, dans le cas d'un traitement, l'assurance-accidents est tenue d'allouer des prestations avant l'assurance-maladie. Quant aux rentes, elles continuent d'être octroyées par les différentes assurances sociales et se cumulent, sous réserve de surindemnisation. L'interdiction de celle-ci est, pour la première fois, expressément stipulée par la loi.

S'il y a doute sur l'assureur social tenu de fournir les prestations, la loi prévoit une prise en charge provisoire des prestations et en détermine l'ordre⁹⁾. Lorsque, par exemple, il n'est pas clairement établi si un cas est dû aux conséquences d'un accident, il appartient à l'assurance-maladie de prendre provisoirement en charge les frais de traitement et les indemnités journalières. Le cas échéant, l'assureur-accidents devra rembourser les avances qui ont été versées pour son compte.

Outre la coordination des branches des assurances sociales, la LPGA régleme aussi le rapport entre les assurances sociales et la responsabilité civile. Elle récapitule les principales dispositions relatives au recours et apporte certaines modifications ou précisions. Les dispositions permettent à chaque assureur social d'exercer son droit de recours envers un tiers responsable.

Répercussions sur l'assurance-accidents

La nouvelle loi n'apporte pas de modifications fondamentales dans le domaine de l'assurance-accidents. Elle s'applique en parallèle avec la LAA, qui a été adaptée sur de nombreux points. Pour l'assurance-accidents, de nombreuses notions comme l'accident, l'incapacité de travail et l'invalidité ne subissent aucune modification quant au fond. Dorénavant, l'accident est défini dans l'art. 4 LPGA. Même si le texte ne correspond pas totalement à l'ancienne définition du premier alinéa de l'art. 9, OLAA, qui a été abrogé, la frontière entre l'assurance-accidents et l'assurance-maladie n'est pas tracée différemment. Pour l'essentiel, l'étendue des prestations et l'obligation de cotiser restent identiques. Depuis 1984 déjà, l'assurance-accidents connaît la procédure d'opposition. Celle-ci est étendue à toutes les branches des assurances sociales. La coordination actuelle entre les rentes de l'assurance-accidents et de l'AVS/AI n'est pas touchée. En dérogation aux dispositions de la LPGA, le système des rentes complémentaires reste en vigueur; comme jusqu'ici, la rente complémentaire correspond à la différence entre 90 % du gain assuré et la rente de l'AVS/AI, mais elle ne peut pas dépasser le montant prévu par la LAA pour une invalidité totale ou partielle. En dérogation à la LPGA qui, pratiquement, n'autorise les réductions que si l'assuré a provoqué le sinistre intentionnellement ou en commettant un crime ou un délit¹⁰⁾, les indemnités jour-

⁹⁾ Art. 70 s. LPGA.

¹⁰⁾ Cf art. 21 LPGA

nalières de l'assurance-accidents sont, comme jusqu'ici, réduites pendant deux ans au maximum si l'assuré a commis une faute grave. De plus, en cas de dangers extraordinaires ou d'entreprises téméraires, les prestations en espèces continuent d'être réduites et, dans des cas extrêmes, toutes les prestations peuvent même être refusées.

On trouve cependant quelques innovations dans différents domaines. A condition que la personne assurée se soit conformée à son devoir de collaborer, les assurances sociales, et par conséquent l'assurance-accidents, sont tenues de verser un intérêt moratoire sur les prestations d'assurance. Cet intérêt est dû à l'échéance d'un délai de 24 mois après la naissance du droit aux prestations, et son taux est de 5 % par an. Dorénavant, un seuil est fixé à la surindemnisation. En plus du gain présumable perdu, il faut tenir également compte des frais supplémentaires occasionnés par l'accident et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches, ce qui signifie une amélioration de la situation des assurés. Pour l'employeur et son personnel, la suppression du privilège en matière de responsabilité civile est importante. Alors qu'avec l'ancienne législation, l'employeur n'était responsable d'un accident professionnel de son employé que s'il avait provoqué l'accident intentionnellement ou par une négligence grave, la LPGA supprime ce privilège; dorénavant, l'employeur peut être tenu responsable de chaque faute. En revanche, le privilège de recours est maintenu, ce qui signifie que l'assureur-accidents ne peut se retourner contre l'employeur que si celui-ci a provoqué l'accident intentionnellement ou par négligence grave.

Celui qui se pose des questions en relation avec l'assurance-accidents devra dorénavant consulter deux lois. Selon le problème posé, il trouvera la réponse dans la LAA ou dans la LPGA. S'il connaît la mécanique législative et le classement des domaines de la partie générale (notions, procédure, coordination), il s'y retrouvera (plus) facilement.

Adresse de l'auteur:

Suva
Dr. iur. Peter Omlin
Rechtsanwalt
Assistent der Geschäftsleitung
Postfach
6002 Luzern

La migration, un défi de société – ou la compétence transculturelle et de nouvelles perspectives!

Ruth-Gaby Vermot-Mangold

Je tiens à vous féliciter de traiter, en tant que médecins, le thème de la migration dans le cadre de cette rencontre, un thème négligé, controversé et aussi très politique. Aborder les questions concernant la migration et les patients et patientes avec un passé migratoire, et mener des discussions sur les actions appropriées font en fait partie – je n'en doute pas – des tâches quotidiennes de tous les médecins. Et également des médecins qui sont chargés des tâches spécifiques en matière d'assurance.

Nous sommes tous confrontés dans nos domaines professionnels à des personnages autochtones ou étrangers montrant un comportement difficile et un fort potentiel d'agressivité. Ils sont à l'origine de problèmes, mais ce n'est qu'une minorité. Dans mon exposé, je vais me consacrer à toutes les autres personnes, très nombreuses, qui souhaitent sérieusement pouvoir accéder à nos systèmes de santé, d'assurance et de vie, mais qui se heurtent à de nombreuses barrières ou qui, par ignorance, les dressent elles-mêmes.

Qui sont ces migrantes et ces migrants? Les complications commencent déjà là, car la notion de migrant est souvent associée aux étrangères et étrangers vivant en Suisse avec diverses autorisations de séjour. Je parle ici des réfugiés, des demandeurs d'asile, les sans-papiers, qui ont été accueillis temporairement, qui ne peuvent pas être renvoyés dans leurs pays d'origine et qui ont un statut très précaire, ainsi que des travailleurs migrants en général, qui possèdent un contrat de travail. Ils appartiennent – en raison de leurs expériences de fuite et/ou de migration, mais aussi en raison de leur situation quotidienne souvent difficile en tant qu'étrangers – aux groupes de population très fragiles et vulnérables, qui nécessitent une attention particulière par rapport à la maladie et la santé. Dans votre cabinet médical, vous recevez beaucoup de patients ayant vécu, en matière de migration, les expériences les plus diverses. Avec l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes entre l'UE et la Suisse, la situation migratoire des citoyens de l'UE sera facilitée, mais celle des personnes venant des pays tiers deviendra plus difficile. En raison de ces dispositions plus strictes de la nouvelle loi sur les étrangers, nous trouverons davantage de personnes illégales venant de ces pays en Suisse. Le droit international public, la Constitution fédérale, le Pacte social européen et la Convention européenne des droits de l'homme stipulent toutefois que ces personnes ont des droits fondamentaux, et la santé en fait partie.

La migration – des événements inhumains

Des personnes qui sont menacées, torturées, maltraitées, qui ont pris la fuite ou qui migrent pour des raisons économiques doivent avoir une constitution physique et psychique robuste, pour pouvoir surmonter les drames de la fuite sans dommages. Beaucoup de ces migrants sont plusieurs fois victimes. Ils sont escroqués par des passeurs, dépouillés ou cachés dans des containers et des bateaux, entassés dans des camions et transportés à travers le monde dans des conditions inhumaines. Ils doivent se séparer de leurs proches et perdent souvent tous leurs biens – seule la peur, la résignation ou la colère les accompagne. Ceux qui migrent pour des raisons économiques sans contrat de travail – c.-à-d. illégalement, ne se trouvent pas dans une meilleure situation. Ils doivent souvent payer des sommes considérables en prenant le risque de franchir les frontières en parfaite illégalité et d'être refoulés immédiatement. Un exemple de ma récente mission en Moldavie m'a montré à quel point l'espoir d'avoir un travail et un salaire peut entraîner des histoires dramatiques. En Turquie, un jeune homme, un parmi tant d'autres, a vendu illégalement ses reins – à un réseau criminel organisé par des médecins et des intermédiaires – et versé une partie des 3000 dollars obtenus à ses frères pour qu'ils puissent payer un passeur devant les amener en Allemagne.

Une très faible tolérance

La tolérance pour les demandeurs d'asile et les migrants est aujourd'hui très faible en Suisse et en Europe. Ces hommes et femmes sont de moins en moins soutenus, et personne ne veut réellement les accueillir. Ils sont gênants et considérés dans toute l'Europe comme une marchandise de contrebande indésirable et difficile à gérer. Des exceptions sont évidemment faites pour des raisons tout à fait intéressées – les agriculteurs pour les travaux saisonniers, les hôpitaux pour les services de nettoyage, les entreprises pour les emplois de manœuvre, certains hommes pour leur plaisir et le tourisme pour ses clients et clientes – car pourquoi renoncer à une main d'œuvre bon marché. Par ailleurs, ce travail au noir pitoyable, très mal rémunéré, rend ces milliers de sans-papiers dans le besoin – principalement des femmes – corvéables à merci. Les demandeurs d'asile qui obtiennent le statut de réfugié – environ dix pour cent des demandeurs – ne sont pas plus estimés ou aidés par la population. Ils sont tous logés à la même enseigne, car la complexité de la politique d'asile et migratoire est difficile à communiquer. La méfiance envers les étrangers peut être attisée dans la population par des slogans populistes et l'évocation permanente des abus – qui existent malheureusement sans aucun doute. Le résultat serré de la votation sur l'initiative de l'UDC contre les abus dans le droit d'asile a révélé le peu de liberté d'action pour concevoir avec clairvoyance une cohabitation entre les Suisses et les étrangers, et à quel point la tolérance active était faible.

Un regard sur des situations de vie

Une grande partie de la population migrante vit sous le seuil du minimum vital. Cela concerne également beaucoup de migrants qui travaillent, mais dont le salaire ne suffit pas pour subvenir aux besoins quotidiens. Ce sont également vos clients. Il existe une autre partie, notamment ceux qui vivent en Suisse depuis longtemps, qui sont intégrés par le travail, le logement et la scolarisation des enfants, et ne sont considérés comme étrangers que dans un certain contexte. D'autres par contre sont dépendants de l'assistance publique, ne sont pas autorisés à travailler et n'arrivent souvent pas à se tirer d'affaire dans ces conditions. Ils n'ont pas d'occupation et sont condamnés à passer leurs journées, sans argent – mais dans une Suisse pleine de tentations de consommation. Le sentiment d'être inutile rend malade! D'autres encore sont analphabètes, se heurtent à des barrières linguistiques insurmontables, ont leur réseau relationnel – s'il existe – uniquement dans leur propre groupe et souffrent du déracinement, de la séparation et d'un sentiment de déception. Beaucoup d'entre eux ont peur de ne pas avoir d'avenir, se sentent désemparés, sont confrontés à des problèmes de compréhension sur le plan culturel et ont souvent déjà perdu leur identité et leur force vitale pendant la fuite. L'espoir d'un regroupement familial rapide, qui pourrait offrir une plus grande sécurité au niveau émotionnel, ne se réalise pas souvent. A ce propos, la nouvelle loi sur les étrangers, qui est discutée actuellement, devrait entraîner pour une partie des personnes concernées, espérons-le, une réglementation plus humaine.

Le placement de ces personnes peut être critiqué du moins en partie. Beaucoup d'enfants ne sont pas scolarisés par les communes – contrairement à la Convention relative aux droits de l'enfant qui a été ratifiée par la Suisse – comme le révèle une récente enquête. Si les propres enseignants ne logent pas dans les centres de transit, les enfants ne suivent aucun cours pendant des mois. Les adolescents, qui voyagent tout seuls, appartiennent en outre aux groupes particulièrement problématiques. Ils ne sont pas suffisamment assistés, sont livrés à eux-mêmes et, au lieu d'habiter avec leur famille ou des jeunes du même âge, ils partagent un logement avec des hommes adultes qui, en raison de leur propre situation de vie incertaine, ne peuvent guère s'en occuper. Les possibilités de suivre des cours, de faire un apprentissage ou de travailler dans une entreprise sont très limitées pour ces jeunes, car la loi ne leur permet pas d'avoir un travail ou une occupation. Le principe du rapide retour au pays les empêche de s'intégrer véritablement.

Beaucoup de jeunes se laissent facilement entraîner et deviennent de petits dealers dans le milieu de la drogue. Leur existence est partagée entre la prison et la détention en vue de refoulement. La santé psychique de ces jeunes n'intéresse guère. Lors d'un Hearing international du Conseil de l'Europe à Budapest, des jeunes ayant des expériences de fuite et de migration ont parlé de ce qu'ils ont vécu dans leur pays d'immigration et des limites infranchissables qui leur ont été

imposées. Une jeune Afghane de 17 ans s'est exprimée ainsi: «Nous sommes des réfugiés, mais nous sommes aussi des êtres humains et des jeunes. Nous aimerions simplement avoir le droit de vivre notre jeunesse, d'être curieux et entreprenants – nous aimerions avoir un avenir!».

De nouvelles normes, d'autres valeurs

Le dénominateur commun de beaucoup de demandeurs d'asile et de migrants est la confrontation, une fois en Suisse, à des systèmes de normes et de valeurs complètement différents. Leurs propres stratégies de survie traditionnelles, basées sur l'appartenance et le contrôle social, n'y résistent plus. La conséquence devient perceptible chez les jeunes, en particulier chez les jeunes femmes, qui se partagent entre deux mondes, le monde extérieur permissif et le monde intérieur restrictif qui reste attaché aux normes du pays d'origine. Ce système, véritable passage spirituel entre deux cultures, exige beaucoup d'énergie. Ce phénomène peut provoquer des tensions pouvant dégénérer au sein de la famille, comme cela a été le cas à Köniz BE où un père d'origine turque a tué sa fille, si des aides ne sont pas proposées à temps par les écoles, les autorités ou le système de santé. Les nouvelles exigences méconnues traumatisent ou entraînent une résistance. Le manque de perspectives et de sécurité conduit à des réactions exagérées qui débouchent sur la violence, les agressions ou le retrait dans la solitude.

Il est évident que les situations ne sont pas vécues de la même manière et aussi difficilement par tous. Selon l'âge, l'origine, le sentiment de sa propre valeur et la chance offerte dans le nouveau pays – les personnes évoluent très différemment. Pourtant, beaucoup de migrants développent aujourd'hui – également par la pression due au fait de ne pas être remarqué physiquement – une disposition à compenser leurs peurs existentielles et leurs sentiments d'insécurité par la maladie ou le recours à des drogues légales ou illégales. Le groupement bernois d'aide en matière de dépendance Contact Réseau, accueille en majorité et toujours plus fréquemment des jeunes migrants. L'augmentation des étrangers héroïnomanes avec un statut précaire est alarmante. L'institution a conçu en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) un projet spécial sur la migration et la dépendance.

La situation est différente pour les migrants qui ont un statut reconnu, un travail et l'autorisation d'établissement. Ils restent toutefois encore des migrants, bien que leur situation de vie soit semblable à celle des Suisses moyens, avec des satisfactions et des problèmes similaires. C'est justement là aussi – quand les vieilles peurs et les soi-disant agressions protectrices sont réactivées par des situations de crise – que surviennent de nombreux malentendus lors des contacts avec les autorités et les médecins. C'est justement dans ces cas-là qu'il faut une forme intelligente de compétence transculturelle si l'on veut éviter que d'anciens troubles en relation avec des prestations d'assurance reviennent à la surface.

Des barrières d'accès ou la fuite dans la maladie

L'Organisation mondiale de la santé OMS définit la santé comme un concept positif qui met l'accent aussi bien sur l'importance des ressources sociales et individuelles pour la santé que sur les capacités physiques. D'après l'OMS, les conditions fondamentales et les moments constitutifs de la santé sont tout aussi dépendants de la paix, d'un habitat adapté, de la formation, de l'alimentation, d'un système écologique stable, d'une utilisation judicieuse des ressources naturelles disponibles, de la justice sociale et de l'égalité des chances pour la qualité de vie. L'amélioration de l'état de santé est donc forcément associée à ces conditions impératives. L'absence d'un ou de plusieurs aspects aggraverait inévitablement l'état de santé.

Cette définition est évidemment valable aussi pour la population migrante en Europe et en Suisse. Les conditions-cadre sont souvent tellement lourdes qu'elles ont un effet négatif sur les réfugiés et les migrants. Ils «souffrent d'un manque chronique des éléments essentiels pour une vie saine», mentionne l'OMS dans son rapport alarmant. Elle signale que les personnes avec un passé migratoire ont souvent des difficultés pour accéder aux offres de la santé publique. Toute l'infrastructure disponible aujourd'hui en matière de santé: les policliniques ouvertes, les informations dans les pharmacies et les drogueries, les innombrables petits hôpitaux et cabinets médicaux, ainsi que les institutions sanitaires et les offres de conseils, n'est pas suffisamment utilisée par ces personnes. Les barrières d'accès sont multiples: la communication est tronquée ou n'a pas lieu, les lieux («je ne peux quand même pas entrer dans cette belle maison avec mes chaussures sales»), la méfiance bien ancrée et antérieure à la migration envers les organes officiels, mais aussi les différents concepts de pudeur conditionnés au niveau personnel et culturel. A ce propos, on peut citer l'exemple de cette femme maltraitée du Bangladesh, qui avait le dos couvert de cicatrices, mais qui ne voulait pas les montrer par pudeur et par peur d'éventuelles conséquences. L'accès aux offres de santé et d'intégration peut aussi être empêché par l'absence de référence à l'histoire migratoire ou le manque de coopération avec la famille. Cela ne concerne pas seulement les nouveaux arrivants, nous avons reçu les mêmes informations également de personnes qui vivent en Suisse depuis longtemps avec un permis d'établissement permanent.

Divers résultats de recherche ont montré que, parallèlement aux informations ciblées, des mesures spécifiques supplémentaires sont nécessaires pour favoriser l'accès de la population migratoire au système de santé. Le travail de consultation des médecins en fait partie. Si les visites à domicile ne sont pas au goût du jour et exigent du temps, elles sont pourtant utiles et informatives. Les différentes offres de conseils, de traitement, de soins et d'assistance doivent être transparentes et interactives. Qu'importe les circonstances, on doit respecter la prise en charge des soins par les proches – même si elle est gênante, car ils agissent souvent selon leur ancienne mission culturelle, c'est-à-dire être à tout prix res-

ponsable des membres de la famille qui sont malades. En plus des offres dans la langue maternelle, les prestations des médiateurs linguistiques et culturels sont d'une grande importance. La documentation devrait être disponible dans de nombreuses langues, et des réunions d'information et de médiation sont nécessaires. Un tel réseau d'accès est important pour les patients avec une expérience migratoire, mais aussi pour les médecins traitants et pour le personnel soignant. Les migrants et les réfugiés qui ont été particulièrement traumatisés ont en outre besoin de soins exceptionnels, car leur traumatisme n'a pas seulement lieu dans leur pays d'origine. On sait aujourd'hui que les traumatismes peuvent être ravivés en fonction de l'assistance, du traitement ou des conditions de vie des personnes concernées.

Un tel accès, bien organisé, aux différents organismes d'assistance pour les migrants doit être pris en charge par la société. Il permet d'économiser des coûts sur le plan humain et matériel à long terme et donne un sentiment de sécurité et d'acceptation réelle. De ce fait, il est extrêmement fâcheux de constater que les offices fédéraux des étrangers et des réfugiés, par peur de la droite politique en Suisse, imposent des économies toujours plus strictes en matière d'intégration, d'aide matérielle et de santé, tout en sachant que des personnes ne bénéficiant pas suffisamment du système de santé, des personnes sans dignité, qui ne sont pas reconnues, s'intègrent beaucoup moins bien dans notre société.

La compétence transculturelle

Les barrières d'accès ne peuvent pas être simplement supprimées par des aides matérielles et psychologiques. Nous-mêmes, en tant que Suissesses et Suisses, et vous, en tant que médecins de la Suva, pouvons y contribuer. Ceux qui s'occupent professionnellement de migrants ont impérativement besoin d'avoir une compétence transculturelle, c.-à-d. «la faculté notamment de prendre en considération les mondes individuels des migrants, de les observer et de les comprendre dans leur situation particulière et dans divers contextes, et d'en déduire un mode d'action adapté». Ces professionnels doivent donc posséder une bonne part d'intelligence transculturelle et de créativité, car chaque occupation avec des réfugiés et des migrants signifie en même temps intégration dans la société, le système de santé, la famille et dans un propre environnement social. L'intégration ne veut pas dire changer des hommes en consommateurs sympathiques, en travailleurs productifs, en assurés conciliants, en locataires tranquilles, en utilisateurs décents du réseau routier ou en patriotes convaincus, l'intégration est davantage un travail réciproque difficile avec des succès, des déceptions et des développements. L'intégration n'est réussie que si nous sommes disposés à toujours renégocier les règles de la cohabitation avec les migrants. Observons à présent les divers éléments de la compétence transculturelle.

La clé culturelle

La relation professionnelle avec les migrants, le plus souvent sans problèmes, est toutefois associée de temps en temps à des difficultés de compréhension et de communication. On est bloqué par les problèmes linguistiques, on n'arrive pas à interpréter le visage contracté par la douleur d'une patiente, on se trouve en face d'une malade et de nombreux membres de la famille qui veulent être présents pendant la consultation, on sent les fausses odeurs, etc. On s'essaye – sans aides et seul avec le désir de vouloir comprendre – à la clé culturelle. On espère qu'elle permettra de mieux comprendre et l'on se rend compte que l'origine des personnes de même culture n'implique pas forcément des comportements identiques. Dans les efforts pour être juste, on acquiert des connaissances supplémentaires sur des cultures ou sur une culture particulière par des voyages, des lectures ou par ce qu'on a entendu dire. Puis, un jour, il faut admettre qu'on est tombé dans les vieux clichés: les Turcs sont comme cela, les Africaines sont différentes, les Tamouls ainsi et les Indiennes tout autrement... On échoue et l'on se réfugie dans nos propres représentations qui ne font que confirmer les clichés: les femmes irakiennes sont comme cela ... les Italiens du Sud ainsi ... les femmes turques ainsi et les Albanais tout à fait différents. En fin de compte, ces représentations collectionnées mentalement ne nous mènent pas plus loin. Au contraire, ils cimentent les préjugés, car ce sont souvent les idées toutes faites qui font échouer une intégration, un suivi médical efficace, une rencontre humaine.

Lorsque nous nous occupons de personnes issues de milieux étrangers, nous devons d'abord nous débarrasser des idées reçues. Il y a quelques années, les deux ethnologues Rätshel et Kalpaka ont écrit dans leur livre «Von der Schwierigkeit nicht rassistisch zu sein» (traduction «De la difficulté à ne pas être raciste»): la culture – ou ce que l'on qualifie de culture – n'est pas quelque chose que l'on peut déformer à volonté pour s'en draper ou se protéger, la culture n'est pas un concept statique pour cataloguer les gens et les mettre dans un cadre rigide pour toute la vie. La culture est davantage une matière première à exploiter et à utiliser au cours de l'existence, à travers des expériences et des événements. Les migrants apportent leurs multiples matières premières culturelles. Leur culture et la nôtre génèrent, lorsqu'elles se rencontrent et se confrontent, de nouveaux codes et de nouvelles complications, mais de toute évidence aussi de nouvelles perspectives et des enrichissements. Nous devons donc nous consacrer à ce processus de longue haleine dans un monde de médecins, marqué par la course contre la montre, les contrariétés dissimulées, le contrôle du temps de travail, l'assurance qualité exigeante et des relations superficielles dans un contexte humain.

En clair, cela veut dire que nous devons éviter les culturalisations bon marché, être attentifs et nous adapter aux «surprises» conditionnées par la famille ou la personnalité. C'est-à-dire s'approprier les connaissances complexes relatives à l'autre culture sans les mettre en avant comme bagage culturel. Une bonne dose

d'autoréflexion sur nos propres tendances racistes est également indispensable. La compétence transculturelle exige toujours le changement de perspectives: se mettre à la place de l'étranger, être en fuite et se méfier du nouvel environnement inconnu. Une attitude respectueuse envers le patient et la faculté de développer des liens avec des personnes venant de mondes différents sont essentielles. Si nous le faisons dans un quotidien stressant et limité par le temps, nous provoquons des incompréhensions réciproques, des agressions ou des comportements bizarres. A ce propos, on peut citer l'histoire de cet homme qui raconte à un rythme effréné tous ses problèmes au médecin traitant surpris. En faisant ses courses, ce dernier rencontre le patient qui lui parle alors tout à fait normalement. Interrogé à ce sujet à la consultation suivante, le patient explique qu'il avait entendu dire que les médecins n'avaient pas beaucoup de temps. Une forme de communication plus agréable, et par là même plus appropriée, s'est alors établie entre les deux hommes.

Clé sociale, clé de la couche sociale, clé des sexes

Il existe aussi la clé sociale, qui peut aider à acquérir la compétence transculturelle. Ses aspects principaux sont les conditions sociales et les règles de cohabitation qui nous permettent d'évoluer avec aisance, contre lesquelles nous nous rebellons ou avec lesquelles nous nous arrangeons inconsciemment. Les règles sont le résultat d'un processus conceptuel à long terme et qui n'est jamais terminé. Elles sont toutefois étrangères aux étrangers dans leur connexion et leur complexité. Elles déclenchent de l'anxiété, du dépit, une adaptation exagérée ou de l'insécurité et conduisent à des crises ou des déchéances. De leur côté, les étrangers se sentent obligés de s'accrocher aux principes et aux expériences qui assuraient la sécurité dans l'ancien environnement connu et rassurant. Cet environnement où l'on savait comment et quoi acheter, comment saluer les gens, où l'on comprenait ce que voulait la caissière, où l'on avait le droit de se faufiler avec élégance dans le trafic, où l'on connaissait le goût des fruits et où l'on savait quel cadeau de remerciement offrir au médecin. En arrivant, de nombreuses personnes pensent encore partager les anciennes valeurs culturelles avec leurs compatriotes qui ont migré depuis longtemps. La déception est grande lorsqu'ils découvrent que ces derniers ont déjà intégré les nouvelles exigences de la société et que ce ne sont guère des alliés ayant les mêmes doutes. Cette découverte accentue le sentiment d'être un apatride, surtout dans une situation très instable et de grande insécurité. Elle entraîne un isolement et des craintes qui peuvent rendre malade. Nos propres règles ne sont pas en béton, on doit pouvoir les remettre en question ou les changer dans une certaine mesure, car c'est la seule façon de développer pour nous et avec les autres une société viable et vivante.

La clé sociale est étroitement liée à la clé de la couche sociale. L'origine, l'histoire personnelle, le statut social et l'éducation que les immigrants apportent sur le nouveau marché social doivent être mieux perçus et inclus dans le processus

d'intégration. Avoir un niveau de formation élevé ne veut pas dire automatiquement être prêt ou apte à l'intégration ou être plus proche ou moins proche de la perception de sa propre culture. Etre une personne sans formation, ou dépourvue du bagage scolaire habituel, ne signifie pas prendre un nouveau départ avec moins de chances. Utiliser la clé de la couche sociale veut simplement dire qu'il faut observer, demander, offrir de façon différenciée et prendre en compte l'être humain. Et cela ne concerne pas seulement les étrangers, car la clé de la couche sociale est également nécessaire pour les Suisses. A vrai dire, une telle entreprise est souvent difficile à réaliser dans le stress de la vie quotidienne qui n'offre plus la quiétude nécessaire.

La clé des sexes est à mon avis particulièrement importante parmi ces multiples clés pour comprendre le monde dans lequel nous vivons et celui dans lequel vivent les étrangers. Les femmes et les hommes vivent la fuite et la migration, mais aussi l'«adaptation au nouveau pays», de façon très différente. Les blessures de la fuite et de la migration se révèlent très profondes et restrictives chez les femmes – qui sont fréquemment victimes de la violence et d'exploitation sexuelle. Le grand nombre de femmes dont la solitude dramatique provoque souvent la maladie montre qu'elles ont besoin d'un accompagnement professionnel spécifique par un processus de rétablissement et d'intégration. Celui-ci doit apporter la stabilité, la sécurité et des compétences de décisions. La plupart du temps, les femmes ne réclament une assistance médicale que dans l'extrême urgence, elles essaient de s'aider en puisant dans leurs propres forces. Il faut dire aussi que les femmes – selon leur origine – ne sont pas libres d'utiliser les offres sanitaires. Le contrôle exercé principalement par les membres masculins de la famille, selon des principes traditionnels concernant les obligations et les droits des femmes, est souvent un obstacle.

Les femmes victimes de trafic d'êtres humains, qui tombent dans la prostitution ou sont placées comme femmes de ménage esclaves, ont besoin d'une attention particulière. Elles n'ont pas le choix. Le législateur tarde à créer une réglementation qui leur accorde la protection nécessaire au niveau juridique, matériel, social et sanitaire et la garantie de pouvoir porter plainte contre leurs adversaires. La traite des femmes et les crimes contre les femmes ne sont toujours pas qualifiés de graves. Un rapport publié récemment par l'Office fédéral de la police sur le trafic des êtres humains et ses conséquences montre que la protection sociale, sanitaire mais aussi juridique avant tout doit être améliorée. La concrétisation est toutefois très lente et hésitante.

Conclusions

Dans le cadre de l'assurance et d'un système de santé problématique, vous avez la tâche, en tant que médecins, de prendre en compte les divers concepts de santé et de maladie concernant les migrants et de leur permettre l'accès et l'utilisation de la santé publique et des assurances. La mention correspondante se trouve également sous la définition de l'égalité des chances dans la Constitution fédérale.

En conséquence, la santé des migrants doit être du ressort de la société, mais aussi une affaire de chef. A cet effet, vous avez besoin du soutien politique et du pouvoir de définir, en ce qui concerne la santé des étrangers, les offres nécessaires et la manière de les communiquer. Pour cela, il vous faut suffisamment de moyens, de nouvelles compétences et des formations adéquates sur le plan professionnel. Tandis que le personnel soignant acquiert les connaissances sur la compétence transculturelle depuis des années dans le cadre d'une formation intensive, de nombreux médecins restent attachés à leurs anciennes méthodes de communication souvent inadaptées sur le plan relationnel.

Vous avez également besoin du réseau formé par les anciennes (italiennes, portugaises) et les nouvelles (tamoules, iraniennes, etc.) communautés de population migratoire. Elles ont une certaine influence vers l'intérieur et l'extérieur et sont prises en considération par les autorités. Ce sont des organisations partenaires qui ont une grande expérience et qui s'engagent pour les besoins de leurs populations en Suisse. Leur autorité et leur immense savoir culturel sont à disposition.

Pour conclure: en plus des moyens, des formations et des réseaux, il faut savoir que «l'ouverture transculturelle ne commence pas dans le cabinet médical, ni pendant l'examen, mais dans la tête, par la réflexion – ou par une réflexion avant-gardiste, peut-être aussi par une réflexion non-conformiste: ce sont des façons de penser auxquelles on accorde trop peu de temps au quotidien dans l'exercice de l'activité professionnelle, administrative et scientifique». (Filzinger 1995).

Je vous souhaite une irrésistible envie de réfléchir dans tous les sens à cet égard!

Adresse de l'auteur:

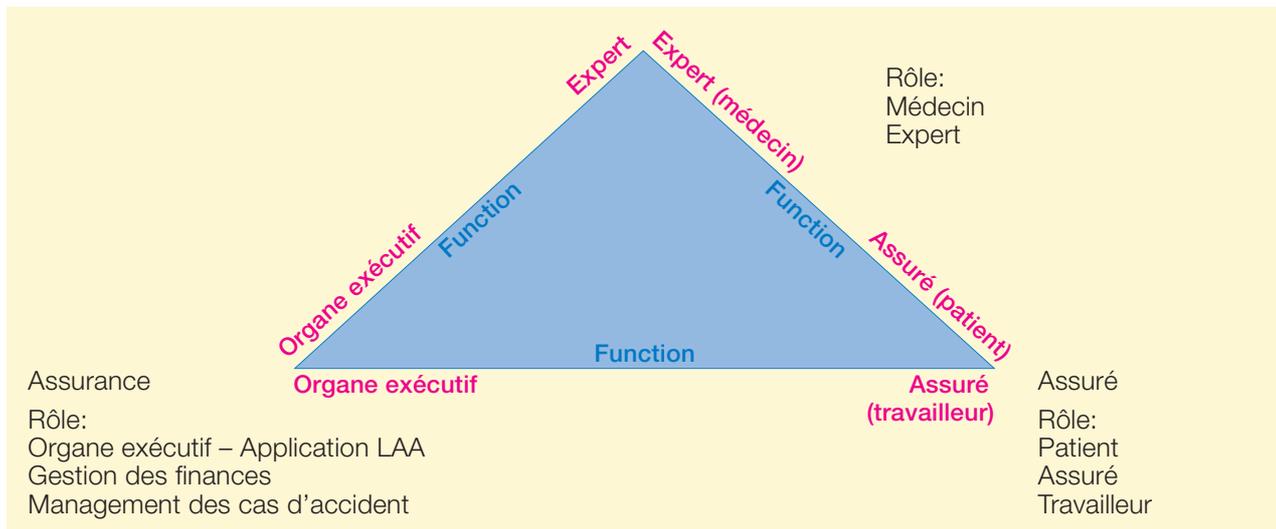
Dr. phil. Ruth-Gaby Vermot-Mangold
Nationalrätin und Mitglied des Europarates
Büro Hekate
Maulbeerstrasse 14
3011 Bern
hekate@bluewin.ch

A propos de la situation du médecin expert entre l'assurance et les assurés

Ulrike Hoffmann-Richter

«Aucun ordre social ne peut en toute certitude répondre aux attentes et garantir une liberté de contester et un consensus permanent. Toutes les attentes comportementales ne peuvent être satisfaites. Les déceptions sont inévitables et doivent donc être surmontées. Il s'agit d'un problème de forme qui est résolu non pas par une action consciente vers l'objectif, mais davantage par une adaptation discrète aux attentes au moyen d'une explication qui donne un sens aux déceptions, principalement par la conduite sociale de la sphère des sentiments et des possibilités d'expression des sentiments... Dans les grandes organisations, des stéréotypes hostiles de groupes ou de professions, qui apparaissent comme le résultat de longues années d'expériences, sont souvent chargés de cette fonction explicative. Les juristes, les enseignants, les techniciens, les statisticiens et les fonctionnaires ont les uns et les autres une réputation particulière qui est citée pour expliquer leur comportement et pour justifier en même temps des contre-mesures agressives.» (Niklas Luhmann, Funktionen und Folgen formaler Organisation, 1964/1995, pp. 251-253)

Les grandes institutions ont tendance à décevoir les attentes, nous apprend Luhmann. Une explication s'impose à nous. On la cherche dans les préjugés (négatifs) contre certains groupes professionnels qui en sont rendus responsables. Ils sont «fautifs» lorsqu'une situation prend une mauvaise tournure. Ces dernières années, cela concernait aussi les médecins de la Suva. Cependant, de tels «stéréotypes professionnels hostiles», comme projection de ce qui ne va pas, n'apaisent que momentanément. Seules des informations sur les tâches, les fonctionnements et la compréhension des processus organisationnels des grandes institutions peuvent apporter des solutions à long terme. Cet article est consacré à un processus partiel des processus institutionnels – l'expertise médicale. Il décrit les tâches des médecins dont le rôle premier n'est pas de traiter les patients, mais d'établir des diagnostics. Le centre de compétence «médecine des assurances» de la Suva en est un exemple. La situation, le rôle, la fonction, les devoirs, les conditions et les limites des acteurs impliqués sont examinés plus en détail à partir de trois perspectives. L'étude se concentre sur la relation triangulaire du médecin expert entre assurance et assurés qui fait partie de la relation principale assurance, patient/proches et médecin/hôpital/soins au centre de laquelle se trouve l'asséculoogie. (Le rôle et les fonctions de l'asséculoogie sont présentés dans cette publication dans le résumé de Christian Ludwig). Le



Fonctions et relations.

but de l'étude est de décrire les contradictions de l'activité des médecins experts. Le point de départ des réflexions suivantes est donc la relation triangulaire expert – assuré – assurance.

Le médecin en tant qu'expert

Dans la vie courante, l'activité médicale est associée à la thérapeutique. La tâche du médecin traitant (ce qu'il doit faire) n'est pas considérée comme un problème: il est occupé la majeure partie de son temps à trouver les moyens (ce qu'il peut faire). Il doit effectuer des examens et établir un diagnostic ou même des diagnostics provisoires. Selon les résultats, il décide quel est le traitement approprié et possible. L'aspect principal de l'activité médicale est de déterminer pourquoi une personne souffre et par quel moyen on peut y faire face. L'expertise n'est pas considérée comme un processus d'éclaircissement focalisé, mais comme une activité secondaire ou une activité de remplacement, bien que les examens, l'établissement des diagnostics et l'appréciation en soient les principales tâches. En réalité, le travail des médecins experts n'est pas connu et doit être expliqué. Les médecins experts partagent jusqu'à un certain degré les mêmes préoccupations quotidiennes d'une activité médicale. Leur rôle n'est pas défini de manière incontestable.

Rôle

Les experts sont avant tout des médecins: le principe premier de *nil nocere* – ne pas causer de dommages – est également valable pour l'activité d'expert. L'objectif essentiel du diagnostic fondamental est d'aider. Le deuxième avis, l'observation de l'évolution et la fixation du procédé thérapeutique ultérieur doivent

servir du mieux possible à la guérison, au rétablissement, à la réadaptation et à l'amélioration de la qualité de vie. La rencontre personnelle avec le patient est la condition idéale, comme dans toute autre relation médecin-patient. L'empathie joue un rôle déterminant ici. L'aspect dominant de cette activité est toutefois décalé par rapport à la mission médicale classique: du traitement au diagnostic. Le mandat est l'institution au service de la loi sur l'assurance-accidents (LAA).

La réflexion sur le rôle d'expert n'est pas seulement nécessaire en raison du transfert de l'activité vers le diagnostic: l'activité d'expert, dans le cadre de la Suva en tant qu'institution de droit public, exige de se soumettre une nouvelle fois à l'âge adulte à un processus de socialisation. Il ne s'agit pas simplement de changer de clinique, de cabinet ou d'institution, mais de se positionner autrement dans une institution totalement différente et de faire son travail en collaboration avec des groupes professionnels presque exclusivement non médicaux.

Fonctions et devoirs

La fonction de l'expert est de procéder à l'examen d'expertise médicale spécialisée ainsi qu'à l'appréciation d'une part, et à l'expertise d'autre part. Cela signifie que les devoirs envers l'assurance et les assurés ne sont pas identiques. D'ailleurs, dans la relation triangulaire, les rapports entre les autres acteurs impliqués ne sont pas non plus exactement les mêmes. Une plus grande distance envers le patient/l'assuré est apparue en raison de l'absence de traitement médical. Par contre, la prise de conscience de faire partie du système de santé publique devient plus évidente: il appartient en effet au médecin expert de définir des orientations. Cela concerne le traitement en général et dans certains cas l'intervention précoce ou l'évolution à long terme, mais aussi la capacité de travail, l'exigibilité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Même si la décision, à l'exception du traitement, n'est pas vraiment du ressort du médecin, celui-ci en fournit néanmoins les bases essentielles.

Le devoir de l'expert médical n'est pas seulement de faire des constatations, d'établir un diagnostic et de procéder à une appréciation générale, mais de traduire ces données en notions normatives sur le plan juridique. A ma connaissance, cette problématique n'a été discutée jusqu'à présent que dans le contexte d'expertises médicales au Tribunal pénal. Je connais des exposés publiés à ce sujet dans des manuels psychiatriques de médecine légale (Rasch 1999, Nedopil 2000, Venzlaff/Förster 2000). La situation de l'expert dans un contexte de droit social et de droit en matière d'assurance n'a guère été prise en considération jusqu'à présent. Dans le contexte de droit pénal, le médecin expert est considéré devant le tribunal comme un «assistant»: il doit fournir les données nécessaires dont le tribunal tiendra compte pour donner son jugement. Le travail de traduction est donc du ressort du médecin. Il doit réfléchir à la façon de distinguer la réflexion médicale de la réflexion juridique, mais aussi d'établir la diffé-

rence entre notion de maladie sur le plan médical et sur le plan juridique, car les deux notions ne sont absolument pas identiques. La médecine est une science humaine ou même une science empirique qui ne peut recourir aux bases de la science physique et naturelle que dans très peu de cas, tandis que la jurisprudence est une science normative.

Le traitement comme objectif de l'activité médicale étant aussi une évidence entre confrères, le travail d'expert a longtemps été méprisé. Cette dévalorisation par les confrères est due en partie à une absence de réflexion, mais également à un manque d'information sur cette activité. Par ailleurs, elle est également liée au refus des compétences du médecin expert: c'est lui qui prend les décisions concernant les mesures thérapeutiques. Il connaît les spécialistes reconnus pour les opérations particulières et autres mesures thérapeutiques, mais aussi des aspects sur lesquels on est beaucoup plus réservé. Car le médecin expert examine et assiste les patients pendant leur réadaptation et contrôle indirectement la qualité du traitement dispensé par des confrères. En cas de doute, il doit prendre position quant à l'existence d'une erreur de traitement. Ce qui veut dire que sa position n'est pas dénuée d'importance ou d'influence aussi bien pour les assurés que pour les confrères.

Les changements dans le système de santé suscitent également une certaine agitation. Dans le cadre du traitement hospitalier et ambulatoire, de l'autonomie ou du lien avec un réseau institutionnel, de l'explosion des coûts et de l'indemnisation des coûts, beaucoup d'éléments sont encore imprévisibles. Selon toute probabilité, les fonctions telles que celles des médecins de la Suva ne seront pas supprimées, mais deviendront plus significatives et plus influentes.

Conditions

La relation classique médecin-patient est idéalement une relation de confiance. Le médecin s'engage pour son patient. Il le fait par empathie. Sa personnalité joue un grand rôle durant le traitement et dans le succès de celui-ci. A ce propos, Balint parle de la «drogue médecin» (1964). Il désigne par «flash» (1973) les rencontres personnelles possibles durant une brève consultation, qui peuvent déclencher des changements. On exige souvent de cette relation qu'elle soit symétrique. Or, elle ne l'est pas et ne peut pas l'être. Mais la forme dans laquelle cette asymétrie est prise en compte est déterminante, par exemple dans la mesure où le médecin accorde au patient un espace pour parler, en l'écoutant et en lui donnant la possibilité de poser des questions et d'exprimer des demandes. Les raisons qui amènent l'expert et l'assuré à établir des liens peuvent également être considérées comme une relation. Elle peut être décrite comme relation expert-assuré ou expert-client. L'empathie et un minimum de confiance sont également indispensables. La personnalité du médecin ne joue pas un rôle moins important. L'asymétrie est renforcée. Le fait que la relation a peu de temps pour

se développer et montrer son efficacité est déterminant. L'objectif de la relation est différent: établir un diagnostic approfondi et, le cas échéant, fixer des mesures thérapeutiques ou prendre des décisions techniques d'assurance, mais il ne concerne pas le traitement en soi.

La condition préalable d'une expertise sérieuse est une connaissance fondée en médecine générale et spécialisée, une expérience clinique étendue, la formation continue et la faculté de faire la distinction entre le surcroît de connaissances et la pratique durable de certaines capacités. Ainsi, la disposition d'être à l'écoute et de s'ouvrir à la personne en face de soi ne peut pas s'apprendre en une seule fois. Par ailleurs, les attentes préliminaires et les projections de l'assuré, les attentes préliminaires exprimées dans le dossier par d'autres acteurs impliqués et les attentes préliminaires propres doivent être perçues, et leurs effets doivent être reconnus et pris en considération. En psychanalyse classique, on parle de transfert et de contre-transfert (Freud 1910; voir également l'étude de l'auteur sur la causalité naturelle dans cette publication pp.70-94). Il en va de même pour la façon de gérer les divergences qui apparaissent entre l'attitude du médecin dans la situation d'expertise et la fonction d'expert. Les collisions d'intérêts sont plus grandes.

Cette relation se complique aussi par le fait que les médecins de la Suva sont liés à une institution marquée par l'administration. Tandis que les médecins se socialisent dans un établissement médical dans lequel ils occupent dès le départ une fonction dirigeante en tant que groupe professionnel et qu'ils suivent un parcours professionnel pour devenir chef de l'établissement en fin de carrière – c.-à-d. que cette possibilité est prise en compte pour sa propre carrière – ils ne représentent qu'une minorité à la Suva. La structure est marquée par des préposés et des juristes, et non pas par des médecins ou d'autres professions médicales. Dans l'actuelle structure de la Suva, la fonction d'expert correspond à un processus de support. Il est donc d'autant plus important de connaître les caractéristiques générales de l'organisation bureaucratique, le fonctionnement du système social et les problèmes individuels dans les grandes institutions afin de sonder les possibilités, les limites et les difficultés de sa propre activité.

Limites

Le médecin expert est conscient dans son travail quotidien de la responsabilité partagée concernant les finances du système de santé. C'est également ce que reprochent les assurés en particulier et le public en général aux médecins de la Suva: attitude stricte, refus des demandes, ils ne seraient plus de vrais médecins, mais des bureaucrates médicaux. De ce fait, on en arrive parfois à des situations menaçantes pendant l'examen, à des plaintes par le biais d'avocats et à des insultes par les médias. En sociologie, on parle de «profession à risques». C'est-à-dire que les menaces ainsi que les plaintes font partie du risque profes-

sionnel de l'expert. Il est donc important que la socialisation secondaire soit réussie: la prise de conscience de la fonction et des devoirs vis-à-vis des assurés et de l'assurance ne doit pas être omniprésente dans les efforts quotidiens. Si la socialisation n'a pas réussi ou si elle n'a pas eu lieu, la situation d'expertise devient un champ de bataille de justifications, de projections et de malentendus. Le médecin expert en tant qu'individu isolé ne peut pas faire face à l'assuré. Il doit être conscient d'un arrière-plan non dénué de revendications et de son rôle complexe. Il doit s'attendre à une bonne dose de méfiance, d'anxiété et de représentations sociales négatives de la part de l'assuré. Les processus de transfert et de contre-transfert ne sont pas plus faciles comparé à la situation thérapeutique, ils sont différents. La première tâche consiste donc à créer le climat de confiance nécessaire à l'examen approfondi.

Etant donné les tensions, l'expert peut être tenté de se décharger en prenant parti: dans cette relation avec le patient, le médecin expert s'expose au risque de «satisfaire les attentes de l'assurance» ou de se lier avec le patient quasiment «contre» l'assurance et de ne pas tenir compte des collisions d'intérêts de l'assuré. Or, la prise de parti empêche de réaliser la mission exigée avec compétence.

Les assurés

En se rendant au siège de la Suva, l'assuré ressent souvent un sentiment d'infériorité: l'invitation officielle, le bâtiment immense et imposant l'intimident. Ils lui donnent l'impression d'être face à une institution impalpable. Ce sentiment suscite différentes réactions – de la crainte à se présenter en tant que personne, en passant par la résolution d'exiger son droit, jusqu'à la conviction intime que les cotisations versées pendant des années justifient une indemnisation.

Rôle

L'assuré ne rencontre pas l'expert pour une seule et unique raison: tout d'abord, chaque personne se trouve dans une situation exceptionnelle après un accident, même si celui-ci a été de faible importance. Si l'accident a été grave, accompagné de lésions présentant un risque vital ou de lésions durables pour l'intégrité physique et psychique ultérieure, alors la situation de crise est manifeste. Jusqu'ici, le rôle de l'assuré correspond dans l'ensemble au rôle classique du patient. Mais la routine quotidienne peut aussi être interrompue lors d'accidents bagatelles, soit par la voiture devant être remorquée au garage, soit par les objectifs professionnels compromis, soit par la vie familiale perturbée, soit par des blessures légères, mais qui entraînent par exemple des douleurs ou une mobilité limitée ne permettant pas de faire face aux exigences de la vie courante. Il n'est pas rare que les accidents surviennent dans une situation de vie stressante. Ou que la situation

de vie devienne perceptible dans son contenu conflictuel par une résistance physique amoindrie. Cela signifie qu'un ou plusieurs éléments de la vie actuelle du patient sont remis en question régulièrement et non à titre exceptionnel. Il peut s'agir en premier lieu ou secondairement de la formation ou de la profession, du mariage ou du partenariat. Cela peut concerner d'autres relations importantes, et il n'est pas rare qu'il s'agisse de la planification de la vie ou des loisirs, en particulier lorsqu'elle est nécessaire à l'équilibre de la vie quotidienne.

Le rôle du patient s'associe au rôle de l'assuré ou des assurés. Ils ne sont pas seulement malades, ils sont membres d'une assurance et ont droit à des prestations d'assurance. Ils peuvent s'appuyer sur la loi sur l'assurance-accidents et, en cas de besoin, avoir recours à un juriste pour faire valoir leur droit. De ce fait, la lésion et ses conséquences sont transférées du cadre médical et quotidien vers un cadre juridique. Les règles du jeu ne sont plus identiques. Il s'agit d'un autre «jeu».

Fonctions et devoirs

Depuis Kafka (cf. Klaus Wagenbach 2002, Klaus Hermsdorf 2002; Hans-Gerd Koch 2002 et l'article de E. Bär sur «Les fabriques de Kafka» dans cette publication), les positions dans ce jeu ont changé. Le travailleur, le salarié et la salariée ne sont plus initialement dans une position d'infériorité. Ils ne risquent plus leur vie sans protection. Ils ne sont plus mal assurés. La responsabilité solidaire n'est pas un vain mot. Il n'est plus question seulement de survie, mais de meilleures conditions de survie dans le cadre de l'assurance-accidents par rapport à l'assurance maladie ou même à l'assurance sociale. La «prévoyance publique» a modifié notre vision des risques et des accidents: ils représentent le prix à payer par la société pour sa prospérité (Ewald 1993). L'idée que les accidents, les lésions et les handicaps fassent partie de la vie n'est plus acceptée comme une évidence. Ce signe de sécurité sociale et culturelle comporte aussi des inconvénients.

A l'époque où il y avait dans la médecine encore beaucoup plus de maladies et d'atteintes corporelles de longue durée, la sociologie médicale se penchait sur les situations de crise, la maîtrise de la crise et les passages de statut, qui prenaient aussi en compte les maladies et des accidents graves (p. ex. Davis 1963; Glaser/ Strauss 1971). Mais les thèmes centraux de la médecine se sont modifiés entre-temps et d'autre part, les questions relatives aux crises existentielles, aux life events et la recherche sur les life events ont migré vers la psychologie. Elles forment un domaine spécialisé de la psychologie clinique et ne figurent plus que très rarement dans la littérature scientifique médicale reconnue, de même que dans la littérature psychiatrique. Cela signifie qu'elles ne sont pas forcément accessibles aux médecins et qu'elles doivent être recherchées activement. La contestation selon laquelle la thématique serait devenue le centre d'intérêt avec le trouble de stress post-traumatique ne tient pas compte de ce changement.

L'utilisation inflationniste du diagnostic de trouble de stress post-traumatique indique justement que les événements incisifs de la vie et les crises existentielles ne sont plus considérés comme faisant partie de la vie, ils ne peuvent plus être surmontés comme un élément du destin personnel. Ils sont devenus intolérables et très importants. Il va de soi qu'il n'est pas question ici des expériences traumatisantes graves. Le devoir des assurés est de s'informer sur les possibilités de traitement et de réadaptation et sur les moyens de contribuer eux-mêmes de façon active à la guérison. Ils sont tenus explicitement par la LAA de collaborer au processus de guérison et de réadaptation. A ce titre, il n'est pas facile de faire une distinction entre le rôle de patient et le rôle d'assuré. Ainsi, l'assurance est en mesure de payer par exemple un traitement, un séjour en clinique de réadaptation, mais ne pourra par aucune forme d'indemnité remédier aux douleurs ou aux expériences de vie amoindrie. Il peut être utile dans ce cas de se rattacher au fait de savoir que la vie comporte des dangers, car aucune assurance n'est capable de garantir qu'un être humain puisse traverser son existence de façon indemne.

Conditions

Pour s'acquitter de leurs devoirs, il est indispensable que les assurés soient suffisamment informés. Ils doivent avoir la possibilité d'assumer la participation active qui est exigée d'eux. Le médecin traitant, les proches, le préposé, l'expert, mais aussi les représentants légaux apportent le soutien et la complaisance nécessaires. Pour pouvoir faire la distinction entre le rôle de patient et le rôle d'assuré, il faut savoir ce que l'on peut attendre de chacun des acteurs impliqués et ce que les assurés doivent prendre en charge eux-mêmes.

Limites

Les limites résultent du champ conflictuel entre le rôle de patient impliquant la dispense des obligations vis-à-vis de l'employeur et de la famille et de la régression provisoire nécessaire d'une part et les chances de réadaptation et le rôle d'assuré (avec le droit de prendre des initiatives) d'autre part. La collision d'intérêts pour l'assuré réside dans le fait qu'il souhaiterait en premier lieu être libéré des troubles et que, dans cette perspective, il va accueillir favorablement un examen approfondi et une expertise. Par ailleurs, des changements sont déjà intervenus dans sa vie en raison des atteintes et d'autres conséquences sociales de l'accident. Très souvent, l'ancienne existence ne peut être poursuivie comme avant. Et chaque nouveau début exige de l'initiative, de la motivation et de l'énergie. Cette situation comporte le danger d'intérêts secondaires. La résignation, la passivité, la chronicité, mais également le désespoir conduisent à abandonner la responsabilité partagée concernant l'évolution ultérieure et d'accepter cette situation comme une forme de vie. Ou alors les voies administratives encouragent la

tendance vers une demande d'incapacité de travail complète (ou une capacité de travail limitée planifiée). L'escroquerie en matière d'assurance plane au-dessus de l'expertise depuis que les assurances sociales existent. Elle a longtemps réussi à modifier le regard porté sur les troubles réels, mais a pu être mise à l'écart entre-temps. Elle existe, mais ce n'est pas le problème essentiel.

L'assurance

La Suva est l'institution qui doit appliquer la LAA – elle en est l'organe exécutif. L'histoire des 120 dernières années montre à quel point sa tâche est déterminante pour la sécurité des travailleurs. Elle est devenue une évidence entre-temps, ce qui n'empêche pas de la considérer comme étant une instance importante et puissante, dont l'imperceptibilité suscite de trop nombreuses interprétations fantaisistes, de fausses attentes (aussi bien exagérées que trop faibles) et des subordinations.

Rôle

En tant qu'organe exécutif, il incombe à la Suva de gérer les conséquences des accidents telles que les lésions, les handicaps et les atteintes. Elle a une fonction importante et influente dans le système de santé suisse. Elle donne l'exemple dans les domaines de la prévention, de la réadaptation et de l'indemnisation. Et elle offre des prestations d'assurance de première classe. Pour les travailleurs des secteurs à risques assurés obligatoirement à la Suva, cela représente une contre-prestation reconnue par la société pour les risques encourus par les employés des entreprises. Cet aspect de l'offre est parfois relégué au second plan derrière l'image d'une Suva sûre d'elle.

Fonctions et devoirs

L'application de la LAA comprend l'accompagnement thérapeutique et la réadaptation, l'indemnisation des conséquences de l'accident, les rentes et la prévention. En tant qu'organe exécutif de la LAA et en tant qu'assurance de tous les secteurs à risques de la Suisse, il est nécessaire d'être une institution administrative qui fonctionne. La mission ne s'est pas simplifiée avec un système de santé qui devient toujours plus confus.

Conditions

Pour répondre à ces exigences, il faut en premier lieu une institution qui fonctionne avec une infrastructure appropriée, des collaborateurs compétents et des tâches précises pour les différents groupes professionnels et les services dans le cadre de l'activité interdisciplinaire. L'idée commune associe les fonctions et les conditions citées avec des institutions administratives de l'Etat ou des institutions bureaucratiques. Les mots «bureaucratie» et «administration» sont devenus entre-temps des termes péjoratifs. La signification sociologique de ces termes n'est plus très courante. Max Weber décrit le type idéal de la bureaucratie comme suit: une hiérarchie administrative et autoritaire réglée, avec une instance et une répartition fixe des compétences et du travail, dont l'action et le comportement sont assujettis aux règles et aux normes avec des prises de décisions formellement impersonnelles. En principe, l'administration et la personne ainsi que les membres de l'organisation sont séparées des moyens administratifs et des moyens d'acquisition. La communication écrite se trouve au premier plan. Les postes sont occupés en fonction de la qualification professionnelle et la carrière est préétablie. Les instructions reçues doivent être exécutées sans tenir compte du point de vue personnel (Weber 1964; Bossetzky/ Heinrich 1994).

Depuis Max Weber, cette image statique a été remplacée par des théories dynamiques. Non seulement les entreprises privées, mais aussi les institutions de droit public sont dirigées selon des méthodes de gestion d'entreprise. La base théorique est la théorie du système. Dans une de ses publications antérieures, Niklas Luhmann s'est penché sur les «fonctions et les conséquences des organisations formelles» (1964). Les systèmes sociaux ont «...la fonction d'enregistrement et de réduction de la complexité. Ils servent d'intermédiaires entre l'extrême complexité du monde et la très faible capacité de l'homme à assimiler son vécu de façon consciente, une capacité qui ne peut guère se modifier pour des raisons anthropologiques» (1967, S. 619; Bossetzky Heinrich 1994, p. 48). Cela concerne aussi les institutions de droit public. Elles réagissent à la complexité de la société et permettent la programmation des décisions à l'aide de la différenciation du système et de la généralisation des attentes comportementales. Luhmann considère également que dans ce contexte, le pouvoir est une possibilité de choisir par une propre décision une alternative pour d'autres et de réduire ainsi la complexité. Selon lui, la confiance engendre plus de possibilités d'expérimentation et d'action. La complexité du système social s'accroît elle aussi et par voie de conséquence, le nombre de possibilités qui s'accordent avec sa structure, car la confiance comporte une forme plus efficace de réduction de la complexité. (Luhmann 1973, Bossetzky Heinrich 1994, p. 50).

L'organisme complexe d'une grande institution peut certes être décrite par son organisation formelle. Mais il est tout aussi important de tenir compte des structures informelles, du réseau relationnel et du réseau de communication qui sont utilisés idéalement pour le développement ultérieur de l'institution. Une entreprise

est décrite comme un système dynamique qui s'organise en processus sur la base d'une hiérarchie plate. Cela permet d'adapter les objectifs stratégiques et opérationnels à l'évolution des besoins (Ulrich 1970). La Suva est également devenue un système dynamique. Elle est une entreprise indépendante de droit public, à but non lucratif, axée sur des objectifs avec une structure de processus, qui, dans le cadre de la LAA, s'adapte aux besoins des différents groupes de clients. La structure doit empêcher des applications rigides résultant du principe d'égalité devant la loi. Mais on ne peut pas éviter toutes les tensions entre la requête liée à la participation personnelle au malheur, la manière de traiter son prochain et l'exigence du principe d'égalité. Ces tensions apparaissent lors de la rencontre personnelle entre le préposé et l'assuré ou l'expert et l'assuré.

Limites

Le management des atteintes à la santé et de leurs conséquences – le management du malheur et de la détresse – est lié à la rencontre avec les personnes concernées. La collaboration est la première condition nécessaire du succès. Elle implique les victimes elles-mêmes, les proches, les médecins de famille, les hôpitaux, les autres assurances et les employeurs. L'application de la LAA est d'autre part limitée par des réactions adverses des parties impliquées. Cela concerne l'autonomisation des intérêts financiers non seulement du côté des assurés, mais aussi de l'assurance; l'autonomisation des intérêts politiques ou d'autres possibilités d'influence. Troisièmement, les processus de la dynamique institutionnelle jouent un rôle. Ainsi, l'exagération du principe d'égalité devant la loi est un exemple de la «conformité exagérée» aux principes des organisations formelles, comme le décrit Merton (1968): la nécessité, par des décisions toujours identiques, d'un comportement conforme peut revêtir en tant que telle une importance exagérée et conduire à la pusillanimité, au conservatisme et à l'application à outrance des règlements. Il ne faut pas oublier par ailleurs que seuls des sentiments positifs – les sympathies, les contacts amicaux, la disposition à collaborer entre les collaborateurs, l'empathie pour les assurés, la compréhension pour la situation des assurés – entraînent une plus grande complexité, donc une plus grande variabilité des possibilités de décisions, et non des sentiments négatifs tels que l'hostilité, les peurs, les irritations, etc. Les sentiments négatifs sont toutefois les plus probables dans les situations problématiques. Et les accidents sont problématiques pour les assurés.

La complexité du devoir se reflète dans le déroulement des processus institutionnels. Les institutions peuvent devenir tellement complexes que les processus internes en viennent à stagner. Ainsi, la complexité institutionnelle, qui justement doit servir à réduire la complexité pour les assurés, peut prendre des dimensions qui aggravent la compréhension entre les différentes fonctions. Elle est d'autant plus pesante que différents groupes professionnels et fonctions d'une part, et en particulier les différentes tâches à divers niveaux hiérarchiques d'autre part, for-

ment déjà une zone de tension à l'intérieur de l'organisation. On peut mentionner simplement que les fonctions inférieures et moyennes de la gestion administrative servent aux processus imposés, tandis que les fonctions supérieures servent en premier lieu au contact avec l'extérieur et à la communication politique des tâches entre l'intérieur et l'extérieur.

Les connaissances de base sur la mission globale de l'institution et sur sa complexité doivent être acquises par tous les collaborateurs. Se situer soi-même ainsi que sa propre activité dans les structures et le domaine de compétences fait partie du processus de socialisation. Diverses formes de maîtrise de la socialisation et de l'intégration dans l'institution sont décrites. Le «type technocrate professionnel» est classiquement opposé au «type critique émancipé» (Bossetzky Heinrich 1994/71). Par ailleurs, de nombreux aspects d'intégration réussie ou échouée sont décrits. Font partie des aspects d'intégration réussie la problématique de la modification de l'identité professionnelle au cours de l'intégration dans l'institution; la compréhension de l'activité administrative en tant que fonction d'arbitrage entre les intérêts particuliers, les groupes et les classes; l'intégration, mais aussi la confrontation avec le groupe auquel on appartient dans l'entreprise, la façon de gérer la pression du groupe, la flexibilité dans les rôles interactifs et les rapports avec le pouvoir. Les aspects compromettant l'intégration décrits par Bossetzky et Heinrich sont les conflits et les contrariétés dans les organisations, l'opposition aux changements, l'indifférence et le manque d'identification avec le rôle.

En considérant l'activité médicale à la Suva sous l'aspect d'une mission au sein de l'institution formelle, une donnée médicale – ou précisément un caractère médical discutable – est enregistrée à travers l'acte d'examen dans une catégorie pouvant faire l'objet d'une décision sur le plan administratif. C'est à ce niveau qu'apparaît aussi l'un des potentiels de conflit vers l'intérieur – notamment lorsqu'il n'est pas possible pour le médecin de classer les constatations dans les catégories alternatives prévues.

Les contradictions de l'activité d'expertise

Le tableau suivant donne un aperçu des devoirs, des conditions et des limites des acteurs impliqués:

	Expert	Assurance	Assuré
Devoirs	<ul style="list-style-type: none"> • Transfert des priorités de l'activité médicale classique du traitement vers le diagnostic et le conseil, l'établissement du pronostic Expertise – • c.-à-d. travail de traduction 	<ul style="list-style-type: none"> • Application de la LAA • Accompagnement thérapeutique, • event.expertise/ second opinion • Réinsertion/ réadaptation • Indemnisation • Rentes • Prévention 	<ul style="list-style-type: none"> • Informer • Collaborer au processus de rétablissement et de réadaptation
Conditions	<ul style="list-style-type: none"> • Pendant l'examen: relation de confiance (minimale) • Connaissances étendues • expérience clinique • formation continue • socialisation secondaire • «pratique» 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborateurs compétents • Infrastructure • Communication et collaboration interdisciplinaires (avec domaines d'activités clairement définis) 	<ul style="list-style-type: none"> • Informations suffisantes • Possibilités de participation active • Distinction entre rôle de patient et rôle d'assuré
Limites	<ul style="list-style-type: none"> • Echec de la socialisation secondaire • Parti pris • Projections • Absence de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> • Rejet institutionnel du malheur • Autonomisation des intérêts financiers • Autonomisation des intérêts politique et des possibilités d'influence 	<ul style="list-style-type: none"> • Régression • Chronicité • Autonomisation des intérêts des assurés • Escroquerie

Devoirs, conditions et limites des acteurs impliqués.

Dans les institutions bureaucratiques, le pouvoir et la compétence décisionnelle ne sont pas répartis en fonction de la compétence professionnelle. Cela se confirme de façon sensible pour les médecins de la Suva car, dans l'exercice de leur activité, ils rencontrent personnellement l'assuré et devraient communiquer et discuter les résultats à la fin de l'examen. Leurs résultats ne sont toutefois pas identiques avec la décision administrative consécutive. Par ailleurs, la rencontre avec l'assuré révèle une contradiction entre l'exercice de la fonction en tant qu'employé de la Suva, donc «abstraction faite de la personne», et le fait de s'engager du moins jusqu'à un certain degré dans cette rencontre, qui exige un minimum de confiance et un climat d'empathie dans le but d'obtenir des résultats fiables. A cela s'ajoute le fait que seule une telle rencontre permet de mettre en œuvre de façon efficace les conseils thérapeutiques et, dans un cas favorable, de fixer des objectifs de réintégration et d'éliminer les malentendus.

Dans l'activité psychiatrique médico-légale, cette contradiction est considérée comme l'un des pièges tendus aux experts médicaux (psychiatres): ils doivent en premier lieu apporter des informations spécialisées devant le tribunal, et puis procéder à une évaluation qui est impossible en raison de l'état actuel des connaissances médicales. Autant il est important dans ce contexte, de faire ce travail de traduction aussi précisément que possible et de prendre position aussi clairement que possible sur les alternatives des catégories juridiques, autant il est problématique de combler les lacunes des connaissances par sa propre expérience existentielle. En tant que médecins, nous sommes poussés à remplir la lacune entre les connaissances médicales et les catégories juridiques avec notre propre vécu. Nous évoluons alors dans le domaine de l'estimation qui sera imprégnée de nos propres suppositions et de notre propre philosophie de vie. Les appréciations divergentes dans les expertises en sont le résultat.

Le phénomène des appréciations divergentes est considéré différemment du point de vue juridique. La jurisprudence est une science normative. Les interprétations sont autorisées dans le cadre juridique imposé. L'art de la jurisprudence consiste justement à se servir de la marge de manœuvre offerte par ces interprétations, à savoir la considération du pour et du contre en matière de droit. La partialité, le parti pris pour ou contre quelqu'un, pour ou contre une institution ou une chose, est inséparable ici de la façon de voir le problème. Mais, comme nous avons tous en principe appris à réfléchir dans notre propre domaine professionnel, les juristes estiment en premier lieu que ce qui est valable pour les décisions juridiques, doit également l'être pour les appréciations médicales: notamment qu'une prise de position médicale est aussi un parti pris. Nous adoptons cette attitude lorsque nous remplissons une lacune par notre propre expérience de vie. Les juristes expérimentés le savent. Dans de nombreuses situations difficiles, on oublie l'importance fondamentale du travail de traduction. Je considère qu'il est de notre devoir de le rappeler autant que possible.

Les contradictions subsistent. Par conséquent, elles restent aussi la préoccupation des experts ou encore le point de convergence entre l'activité clinique véritable, la fonction d'expert, l'attention personnelle envers les besoins de l'assuré et l'attitude à l'égard du système de santé. Les fausses attentes des acteurs impliqués – de l'expert lui-même, de l'assuré, de l'administration, des juristes ainsi que du public – entraînent des déceptions. Mais on n'est pas obligé d'en rester là, si les devoirs et les possibilités peuvent faire l'objet d'une réflexion et être utilisés. La tâche de l'expert est de prendre position sur les questions posées après avoir fait une anamnèse et un examen approfondis sur la base de l'état actuel des connaissances dans sa spécialité. Il n'est pas de son devoir de donner une réponse exhaustive claire et précise dans chaque cas. Le but de l'expertise est de réduire le doute existant et non d'éliminer les incertitudes par la discussion.

Références bibliographiques

- Balint M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. E. Klett V. Stuttgart 4. Aufl. 1976; Orig. The Doctor, his Patient and the Illness, London 1964
- Balint E; Norell JS (Ed.s): Fünf Minuten pro Patient. Eine Studie über die Interaktionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Suhrkamp Frankfurt 1975; Orig. Six Minutes for the Patient: interaction in general practice consultation London 1973
- Bosetzky H; Heinrich P: Mensch und Organisation. Kohlhammer Stuttgart, 5. Aufl. 1994
- Davis F: Passage Through Crisis. Polio Victims and Their Families. Transaction Publishers New Brunswick/London 1991; Orig. 1963
- Freud S: Die zukünftigen Chancen der Psychoanalytischen Therapie (1910). Studienausgabe. Ergänzungsband: Schriften zur Behandlungstechnik 1975, 121-132
- Glaser, BG, Strauss A (Ed.s): Status Passage. Routledge London 1971
- Hermisdorf K: Franz Kafka und die Arbeiter-Unfallversicherungs-Anstalt. In: Koch HG; Wagenbach K (Hg.): Kafkas Fabriken. Marbacher Magazin 100: 2002, 41-78
- Hoffmann-Richter U: A propos du lien de causalité naturelle de séquelles psychiques d'accident d'un point de vue psychiatrique, pp. 72-96 de ce volume
- Koch HG: Dichtung und Arbeit. Interferenzen in den Texten Franz Kafkas. In: Koch/Wagenbach a.a.o., 139-156
- Luhmann N: Funktionen und Folgen formaler Organisationen. Duncker und Humblot Berlin, 4. Aufl. 1995; Orig. 1964
- Merton RK: Bürokratische Struktur und Persönlichkeit. In: Mayntz R (Hg.): Bürokratische Organisation. Köln/Berlin 1968, 265-276
- Nedopil N: Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Thieme Verlag Stuttgart, 2. Aufl.2000
- Rasch W: Forensische Psychiatrie. Kohlhammer Verlag Stuttgart 2. Aufl. 1999
- Ulrich H: Die Unternehmung als produktives soziales System. Paul Haupt Verlag Bern 1970
- Venzlaff U; Foerster K: Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. Urban und Fischer München, 3. Aufl. 2000
- Wagenbach K: Kafkas Fabriken. In: Koch/Wagenbach a.a.o., 4-40
- Weber M: Wirtschaft und Gesellschaft. Studienausgabe Bd. 2 Köln/Berlin 1964

Adresse de l'auteur:

Suva
Dr. med. Ulrike Hoffmann-Richter
Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie
Versicherungsmedizin
Postfach
6002 Luzern

Kafka et l'assurance-accidents

Erich Bär

Une exposition richement documentée sur les «fabriques de Kafka (1)», qui a eu lieu à Marbach sur le Neckar, a permis de corriger des traits essentiels de l'image traditionnelle que l'on se fait de Kafka. Il n'était pas un écrivain solitaire et timide qui observait de sa fenêtre ce qui se passait dans la rue (2). Il était au contraire intégré comme juriste compétent et apprécié de ses pairs dans l'assurance-accidents de l'époque et il avait, au fil de sa carrière, gravi différents échelons dans cette administration. De plus, il vivait au milieu du monde des ouvriers d'usine dans le «Manchester de Bohême». Il s'intéressait hautement à toutes les innovations techniques. Il avait anticipé de nombreux concepts et eu des visions sur l'assurance-accidents qui se sont concrétisées plus tard.

L'organisme [«die Anstalt»] de l'assurance

En Allemagne, la loi sur l'assurance-accidents pour les travailleurs de l'industrie a reçu l'aval du parlement le 6 juillet 1884. Dans l'Empire austro-hongrois, l'empereur François-Joseph a, le 26 septembre 1885, dans son discours du trône, annoncé la création d'une «loi sur l'assurance-accidents des travailleurs» correspondant au modèle allemand qui est entrée en vigueur en 1889, après avoir été formellement décrétée par l'empereur le 28 décembre 1887. Sept organismes chargés de la mise sur pied de l'assurance-accidents des travailleurs [abrégée AUVA] (3) ont alors commencé leurs activités ayant comme siège respectif Vienne, Prague, Salzbourg, Graz, Brünn, Lemberg et Trieste. Parmi ces sept organismes d'assurance, le plus important était celui du royaume de Bohême, avec son siège à Prague.

A l'encontre de la situation en Allemagne, où les corporations professionnelles étaient responsables de l'assurance-accidents, c'était le principe de territorialité qui s'appliquait dans la double monarchie austro-hongroise. Les organismes d'assurance responsables des régions particulières étaient autonomes; ils éli-saient eux-mêmes leur direction, assujettie au droit public et sous contrôle de l'état, sans être cependant une administration étatique (4). Ni les chefs d'entre-prise ni les travailleurs n'avaient de siège à la direction. Etait affiliée aux orga-nismes d'assurance chaque entreprise qui comptait plus de 20 employés dans laquelle l'énergie était fournie par des machines. Comme la structure des entre-

prises était fort différente tout comme variaient les risques auxquels étaient soumis leurs employés, 14 classes de risque avaient été créées dans lesquelles ces entreprises étaient réparties par le biais de règlements d'une complexité croissante. Comme on le verra plus tard, Kafka devait devenir le maître inégalé dans la répartition des entreprises dans les différentes classes de risque; l'envers de la médaille de cette activité en furent des conflits juridiques intenses.

Tout d'abord, l'organisme d'assurance de Prague qui comptait 230 employés fut pratiquement subjugué par l'industrialisation qui s'était développée de façon débridée en Bohême. Cet organisme – à l'encontre de la situation en Suisse – assurait également les domaines agricoles. Si le nombre des seuls établissements commerciaux s'élevait à 48'915 en 1890, il passait en 1902 à 162'872 et en 1908 [année où Kafka débutait son activité dans l'assurance-accidents] à 203'536. De ce fait, l'organisme d'assurance se trouva 2 décennies à peine après sa fondation dans une situation problématique, qui laissait cependant ouverte la porte à l'espérance (4) – dans la mesure où cet état requérait la mise en œuvre de mesures d'assainissement et l'aide de personnes disposant d'un esprit de pionnier (4), parmi lesquels se range Kafka. La hauteur du déficit culmina en 1903 à 25 millions de couronnes, quoique à cette époque, les prestations d'assurance en espèces aient été extrêmement modestes si on les compare à celles versées à l'heure actuelle. Le dédommagement forfaitaire moyen s'élevait à 1'000 couronnes, somme qui correspondait au revenu annuel d'un ouvrier [1 kg de viande de bœuf coûtait 1.95 couronnes] (7). Klaus Hermidorf a parfaitement résumé la situation présente à cette époque: «L'assurance sociale évoluait également en Autriche-Hongrie et si on la considère selon nos normes actuelles, son organisation, ses lois, ses règlements nous semblent être quasiment préhistoriques, voire aussi éloignés de notre conception que l'était le Pôle Sud que l'on venait de découvrir pour les gens de cette époque.»

On serait tenté ici de faire des comparaisons entre la CNA [l'actuelle Suva] qui avait débuté ses activités le 1^{er} avril 1918 soit près de 3 décennies plus tard et l'AUVA. Cependant, cette étude émargerait du cadre de ce propos. Il aurait été en particulier fort intéressant d'étudier la question de savoir ce qu'avait repris [ou copié] les Suisses et ce qui avait constitué les nouveautés du système d'assurance helvétique.

Le juriste de l'assurance

Franz Kafka, docteur en droit [né le 3 juillet 1883 dans la vieille ville de Prague] a été durant 14 ans [de 1908 à 1922] employé de l'AUVA à Prague. Il y travaillait tous les jours de 8 heures à 14 heures à ladite «fréquence simple», ce qui lui permettait hormis de toucher son gagne-pain d'avoir suffisamment de temps pour se consacrer à son travail d'écrivain. Cependant, il ne pouvait opérer une nette césure entre ces travaux d'écriture administrative et ceux d'écriture romanesque; ainsi, Kafka écrivait dans une lettre à quel point l'épuisait le travail particulièrement exécrable qu'il devait accomplir dans un horrible bureau et notait qu'il devait fréquemment, dans l'intérêt de l'organisme d'assurance, faire des heures supplémentaires sans être pour autant payé. Une phrase de Kafka prononcée lorsqu'il travaillait encore pour les Assicurazioni Generali est passée à la postérité: «C'est la dernière minute de travail qui sert de tremplin à la joie des employés.»

Dans sa vie quotidienne au bureau, Kafka avait à étudier les dossiers soumis et à formuler à leur sujet des commentaires juridiques. A sa fiancée Felice Bauer, il racontait à quel point les dossiers, qui s'amoncelaient en piles, en tas, en montagnes, étaient devenus l'objet de cauchemars dans son existence (4). En décembre 1912 il écrivait: «Quand je suis assis face à ma triste table de bureau – je suis certain qu'elle doit être plusieurs fois de la taille de la tienne sinon elle ne pourrait faire place à ce désordre monumental j'éprouve l'envie de renverser les tables, de briser les vitrines des armoires, d'insulter mon chef, mais – parce que finalement me manque la force d'exécuter ces décisions momentanées – je n'en fais rien...»(4). Ce n'est qu'après avoir été victime dans le courant de l'été 1917 d'une hémorragie pulmonaire [provoquée par une tuberculose ouverte des poumons] qu'il n'éprouve plus son bureau comme étant un lieu de profonde désolation dans lequel le travail l'harcèle au plus profond et au meilleur de sa personne. Après sa maladie aiguë, il retrouve un certain apaisement dans son travail auprès de l'organisme d'assurance-accidents.

Kafka avait préparé sa carrière future de juriste spécialiste en assurances au courant du printemps de l'année 1908 [du 3 février au 20 mai] en suivant un cours de l'assurance pour travailleurs donné à l'Académie commerciale de Prague. Les chargés de cours étaient ses futurs supérieurs. Il débuta son travail comme fonctionnaire-auxiliaire le 30 juillet 1908, devint ensuite fonctionnaire-attitré lorsqu'il fut nommé au titre de fonctionnaire chargé de l'élaboration de concepts. En 1913, il devint vice-secrétaire, en 1920 secrétaire de l'organisme d'assurance, puis en 1922 secrétaire en chef et remplaçant du chef du département. Le 1^{er} juillet 1922, il dut prendre une retraite prématurée à la suite d'une expertise pratiquée par le médecin-conseil de l'assurance du fait de son affection pulmonaire. Kafka avait son bureau au quatrième étage de l'immeuble fastueux que l'assurance occupait au Poric 7; Il y accédait depuis son appartement après une courte marche.



Franz Kafka (Reproduction avec l'aimable permission de Klaus Wagenbach).

En outre, généralement les jeudis, il effectuait de nombreux déplacements professionnels dans les districts du nord et de l'ouest de la Bohême qui lui étaient attribués. Dans ce contexte, il était confronté aux problèmes liés au respect des ordonnances et aux exigences de la fabrication et pris en tenaille entre le front séparant les ouvriers et des entrepreneurs (6). Ses voyages lui avaient permis d'accroître ses connaissances sur la situation de la classe ouvrière. Il se sentait fréquemment écartelé entre sa fascination envers «l'accident comme reflet d'une situation normale» et la sympathie qu'il éprouvait face au sort individuel de l'homme victime d'un accident.

Kafka avait défini l'AUVA comme étant l'intermédiaire entre les intérêts des travailleurs [protection du plus grand nombre possible de travailleurs, dédommagement accordé pour le plus grand nombre possible d'accidentés] et ceux des employeurs [primes d'assurance les plus faibles possible grâce à une juste répartition basée sur un nombre le plus élevé possible d'employés assurés].

Sa connaissance des fabriques ne lui était pas seulement utile lorsqu'il devait éclaircir des accidents particuliers ou dédommager leurs victimes mais également lorsqu'il devait enseigner le thème [juridique] de la prévention des accidents dans les entreprises. Toutefois, l'AUVA de l'époque ne disposait d'aucune autorité pour imposer des mesures de sécurité au travail. Ceci poussait Kafka à s'engager d'autant plus dans une activité de promotion et de persuasion auprès des chefs d'entreprises. De plus, l'assureur n'avait pas le droit de visiter les entreprises. Dès lors, il devait se contenter des rapports rédigés par des inspecteurs professionnels et ne pouvait faire sa propre enquête en cas d'accident.

En outre, Kafka avait à assumer des tâches de juriste comportant la rédaction d'avis juridiques et le traitement de recours formulés par des entreprises contre leur classement dans des catégories de risques particuliers. De plus, il rédigeait lui-même des recours grâce auxquels il obtenait fréquemment gain de cause: à titre d'exemple, on peut citer le recours adressé à un ministère dans lequel il souhaitait imposer le placement d'une fabrique de sangles dans une classe de risque supérieure, correcte à ses yeux (4), (7). Enfin, il était également engagé dans la conduite de procès dont il sortait gagnant généralement. Il n'est dès lors pas surprenant que les supérieurs de Kafka l'aient très apprécié, le taxant de «travailleur extrêmement assidu disposant d'un talent exceptionnel et d'un sens du devoir extraordinaire.» Ceci lui avait valu le surnom ironique de «pupille de l'administration» (7) dans l'organisme d'assurance. Il ne se sentait pas motivé à rédiger des travaux scientifiques qui auraient eu trait aux assurances. Il remarquait à ce propos que «...aussi longtemps que ça ne me passionne pas, je ne réussirai pas à le faire...». Enfin, on doit signaler que Kafka n'était parfois pas avare de critiques envers les tribunaux: ainsi, il avait taxé une décision controversée de la Cour de justice administrative «de dangereux enchevêtrement des rapports de justice».

Le «Manchester de Bohème»

Le phénomène de l'industrialisation qui avait pris son essor vers la moitié du 19^{ème} siècle s'était déchaîné au début du 20^{ème} siècle. Non seulement, les entreprises traditionnelles de filature et de draperie s'étaient développées très rapidement, mais également d'autres usines et fabriques de constructions métalliques voire même des fabriques de voitures. On pouvait distinguer des cheminées d'usines dans tout le nord de Tetschen-Bodenbach et à l'ouest jusqu'en arrière de la chaîne de montagnes du Lausitz sis dans la région de Reichenberg sur la Neisse. A Goblentz où existaient déjà des «grattes-ciel américains», les fabriques de verres disposaient de vastes «remises», dans lesquelles travaillaient quelques centaines d'ouvriers, et également de leur propre centrale électrique. A cette même époque débutait en Bohème la fabrication d'automobiles. En 1905, la maison Laurin et Klement à Jungbunzlau [qui cédera plus tard la place aux usines Škoda] produisait sa première petite automobile. En 1908, elle avait déjà conçu 6 différents modèles à 4 cylindres (5). On peut considérer le château du comte Class à Friedland à titre de symbole de l'œuvre globale de Kafka: au pied de la colline où se situe le château s'étendait la fabrique de draps fins Siegmund alors que sur la colline elle-même trône le symbole du roman «Le Château» (8), (11). C'était surtout les travailleurs dans les carrières et dans l'industrie de transformation du bois qui étaient exposés au risque d'être victimes d'un accident. Aux entreprises de transformation du bois, Kafka avait proposé dans un article accompagné d'illustrations l'utilisation d'une dégauchisseuse comportant un dispositif de sécurité et une lame circulaire. De plus, il avait été un des premiers à recommander vivement le port de lunettes de protection au travail. A son ami Max Brod, il décrivait la situation globale dans le monde du travail qu'il côtoyait de la façon suivante (6): «Dans les 4 districts que j'ai en charge, les gens tombent des échafaudages ou alors dans des machines comme s'ils étaient ivres; toutes les poutres se retournent, chaque talus s'effondre, toutes les échelles glissent; ce que l'on a porté en haut, tombe et l'on trébuche sur ce que l'on a déposé par terre. Et l'on éprouve des maux de tête lorsqu'on pense à toutes les jeunes filles qui dans les fabriques de porcelaine chutent sans cesse dans les escaliers lorsqu'elles transportent des piles de vaisselles.»

En liaison avec la prévention des accidents Kafka s'intéressait fort à toutes les nouveautés techniques telles que les automobiles, les bicyclettes, les machines à écrire, les appareils de photographie et les grammophones. Témoin de son affection pour l'automobile est le fait que l'AUVA, qui ne répondait que des cas d'accidents de travail, avait néanmoins conçu à son initiative une assurance à l'attention des fabriques d'automobiles qui ne couvrait qu'une seule personne, à savoir le détenteur et le conducteur du véhicule à moteur. Par ce biais, Kafka devint le premier expert en assurance-automobile de Bohème. Il rendait fréquemment visite à un excellent médecin de campagne, le Dr Siegfried Löwy à Triesch en Mähren. Le motif de ses visites n'était pas seulement la profonde sympathie qu'il éprouvait pour cet oncle préféré mais également le plaisir ressenti à faire

des randonnées dans cette région avec sa motocyclette. Son oncle, dont il a dressé le portrait dans son ouvrage en prose «Le Médecin de campagne» (10) lui a également fourni de précieuses informations médicales sur le type, la gravité et les conséquences de diverses lésions accidentelles.

L'allemand de chancellerie dans la Kaiser und König Monarchie

On ne peut méconnaître l'influence qu'a exercée la langue allemande, claire comme du cristal et sans ambages, utilisée dans les chancelleries – en d'autres termes le langage technique juridique – sur l'écriture romanesque de Kafka. En 1910, Kafka terminait un rapport rendant compte du résultat d'une enquête faite par questionnaires en écrivant: «L'organisme auquel on se doit d'accorder l'expression de sa plus humble et dévouée considération se permettra de rapporter l'expérience qu'elle a acquise dans le courant de l'année prochaine.» Qui pourrait déceler avec certitude si le texte suivant est issu d'un rapport traitant d'une carrière ou du dernier chapitre du roman «Le Procès» (12)? «Tout profane doit percevoir le danger vital que représente le travail dans cette carrière. Les pierres tombent sans interruption; on perçoit constamment l'écho provoqué par la collision des rocailles.» Le terme de «profane» le suggère: la phrase est issue d'un rapport annuel de l'organisme d'assurance-accidents.

Il faut également considérer quel était le contexte particulier de la langue allemande à Prague aux alentours de l'année 1900. A cette époque, les germanophones ne constituaient qu'une minorité sociale, comprenant 7 % de la population pragoise. Karl Wagenbrach écrit à ce propos: «Cet allemand de Prague que de nombreux habitants estimaient insurpassable [vu sa qualité] devint de plus en plus au fil du temps un idiome subventionné par l'Etat du fait que la pression à son égard provoquée par la diminution du nombre de gens qui le maîtrisaient s'accroissait. Cependant, l'appauvrissement du vocabulaire était significatif.» La puissance caractéristique de Kafka, la construction de ses phrases et la pauvreté de son vocabulaire ne s'apprécient que si l'on a en mémoire la toile de fond de cet allemand parlé à Prague. La longue de Kafka ne se conçoit également pas si l'on fait abstraction de l'influence exercée par son activité dans l'organisme d'assurance-accidents à qui on peut dès lors attribuer un certain mérite.

Kafka a taxé un jour son travail de bureau d'«idiot» mais également de «fantastique». Ceci vaut également pour son langage. Kafka a fait usage d'une langue claire, sobre et extrêmement précise pour décrire des cités ou des situations fantastiques, grotesques et absurdes. Ceci explique l'impact inimitable de son œuvre en prose. Kafka toutefois était parfait bilingue et il maîtrisait le tchèque dans sa langue et son écriture [«Kavka» signifie «choucas»]. Pour cette raison, l'organisme d'assurance-accidents reconnu en lui un candidat idéal de concilia-

tion lorsque le conflit interlinguistique s'intensifia lors de la fondation de la République tchécoslovaque, événement heureux auquel Kafka ne put prendre part du fait de son affection pulmonaire.

Dans une lettre, Kafka écrit: «Je tente toujours de communiquer l'incommunicable, d'expliquer l'inexplicable». Je pense que cette impression découle de son travail à l'AUVA et qu'elle a marqué sa prose. Ou bien, fais-je une erreur en estimant que cette phrase n'aurait pas été formulée en l'absence de cette expérience?

Références bibliographiques

- (1) Die von Hans-Gerd Koch und Klaus Wagenbach konzipierte und bestückte Ausstellung Kafkas Fabriken im Schiller-Nationalmuseum/Deutschen Literaturarchiv in Marbach am Neckar bis 16. Februar 2003
- (2) Kafka F: Briefe. Seite 20. Frankfurt am Main 1958
- (3) AUVA: in Österreich seit 1949 Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
- (4) Franz Kafka: Amtliche Schriften. Mit einem Essay von Karl Hermsdorf. Akademie Verlag; Berlin 1984
- (5) Encke J: Im Hauptquartier des Lärms. Süddeutsche Zeitung vom 26. November 2002
- (6) Koch H-G, Wagenbach K (Hrsg): Kafkas Fabriken. Marbacher Magazin 100; 2002
- (7) Wagenbach K: Franz Kafka. Monographien. Rowohlt Taschenbuch Verlag; Reinbek bei Hamburg 2002
- (8) Breitenstein A: Botschaft und Büro. Eine Marbacher Ausstellung zeigt den «anderen» Franz Kafka. Neue Zürcher Zeitung Nr. 286: S. 23f; 9. Dezember 2002
- (9) Binder H: Franz Kafka: S. 246; Stuttgart 1983
- (10) Kafka F: Ein Landarzt. Kleine Erzählungen. Kurt Wolff; München Leipzig 1919 (ersch. 1920)
- (11) Kafka F: Das Schloss, Roman. Brod M (Hrsg). Kurt Wolff; München 1926
- (12) Kafka F: Der Prozess. Roman. Brod M (Hrsg). Verlag Die Schmiede; 1925

Adresse de correspondance:

Suva
Dr. med. Erich Bär
Facharzt FMH für Chirurgie
Leitender Arzt
Versicherungsmedizin
Postfach
6002 Luzern

Prévention en médecine du travail dans les tunnels des NLFA

Irène Kunz, Marcel Jost, Hanspeter Rast, Martin Vogel

La construction de la ligne ferroviaire suisse à travers les Alpes a été acceptée par le peuple lors de la votation du 27.9.1992. Le cœur du projet AlpTransit, ce sont les deux tunnels de base du Gothard et du Lötschberg. Les conditions ambiantes et les dimensions de ces tunnels de base créent des conditions de travail nettement différentes de celles connues jusqu'à présent dans la construction de tunnels en Suisse. Plus la profondeur est grande, plus la chaleur de la roche augmente. Pour la construction du tunnel de base du Gothard, la profondeur devrait atteindre près de 2500 m, et la température des roches devrait osciller entre 40 et 50°C.

Dès la phase de soumission du projet AlpTransit, la Suva a formulé des dispositions dans le domaine de la médecine du travail pour prévenir les maladies professionnelles dans les chantiers souterrains. La prévention des maladies professionnelles liées à la chaleur ou à l'ambiance chaude et humide qui règne dans les chantiers souterrains occupe une place centrale parmi ces dispositions. En complément à la procédure de soumission, la Suva a rédigé sur ce thème la publication «Prophylaxie médicale lors des travaux souterrains en ambiance chaude et humide» (1), qui traite exclusivement des risques liés au travail dans un tel environnement, ainsi que des mesures en matière de technique, d'organisation, de personnes et de médecine du travail pour prévenir les maladies liées à la chaleur. Comme lors de la construction classique de tunnels, les ouvriers des tunnels des NLFA sont exposés aux dangers typiques de la branche: la poussière de quartz, le bruit, les émissions des moteurs diesel et les gaz. Les entreprises actives dans la construction souterraine sont donc assujetties aux prescriptions relatives à la prévention en médecine du travail, et les travailleurs sont soumis à des examens médicaux préventifs quant à l'exposition au quartz, à l'ambiance chaude et humide, au bruit et, le cas échéant, à la surpression.

Les travaux dans les tunnels de base du Gothard et du Lötschberg ont commencé en 1999. Depuis lors, des expériences ont pu être collectées et exploitées, et ce également dans le domaine de la prévention de la médecine du travail.

Dangers pour la santé dans les chantiers souterrains

La planification et la mise en place de mesures préventives efficaces reposent sur la connaissance des principaux risques d'accidents et de maladies professionnelles liés à la construction de tunnels. Dans les chantiers souterrains en général, la santé des travailleurs est surtout menacée par des accidents. Dans la construction souterraine moderne, il s'agit avant tout d'accidents liés à la circulation, aux machines ou aux chutes de roche. On redoute également les incendies avec dégagement de fumée, dont les conséquences peuvent s'avérer catastrophiques dans les chantiers souterrains de cette dimension.

Des indices tendent à prouver que l'inhalation de poussières fines de tous types en grande concentration peut, avec le temps, nuire à la fonction pulmonaire. Avec certains types de roche, les travailleurs sont exposés à la poussière de quartz qui, selon le degré d'exposition, peut entraîner une silicose. Or, le risque de cancer des poumons est plus élevé en cas de silicose. Fait plus rare, les travailleurs des chantiers souterrains peuvent également être exposés à de l'amiante lorsqu'ils se trouvent confrontés à certains types de roches tels que la serpentine. Ce fut justement le cas dans la partie sud de l'axe du Lötschberg et dans le tronçon de Sedrun sur l'axe du Gothard.

Lorsque la ventilation est insuffisante, les émissions de gaz d'échappement des véhicules et des machines, celles résultant de fumées d'explosifs (CO, CO₂, ammoniacque provenant d'émulsion d'explosifs, NO, NO₂, entre autres) ainsi que le manque d'oxygène peuvent entraîner de sérieux dangers pour la santé. Les particules de suie contenues dans les gaz d'échappements des moteurs diesel sont considérées comme potentiellement cancérigènes. Or, on utilise fréquemment les moteurs diesel dans la construction de tunnels parce qu'avec eux le risque d'explosion et d'incendie est moins élevé.

Le gaz naturel fait également partie des risques d'accidents typiques de la branche dans certaines formations géologiques; le méthane n'est certes pas toxique, mais il supplante l'oxygène et mène ainsi à l'asphyxie. Il est en outre extrêmement explosif à forte concentration. Le radon, gaz radioactif, et ses produits de désintégration sont carcinogènes, mais ne se trouvent naturellement que dans de rares massifs montagneux.

Certains produits chimiques utilisés également sur les chantiers des tunnels, tels que les résines époxy ou le polyuréthane, ont un très grand pouvoir sensibilisant. Les résines époxy, employées notamment pour fixer les boulons d'ancrage dans la roche, sont connues pour provoquer des eczémas allergiques de contact et, plus rarement, de l'asthme bronchique. Les produits en polyuréthane qui contiennent des isocyanates servent à la consolidation de la roche. Ils peuvent également causer un asthme bronchique irréversible.



Figure 1
Entrée avec la locomotive de chantier dans la galerie près de Raron.



Figure 2
Tête de perçage du nouveau tunnelier devant l'entrée dans le tunnel.

Le contact avec les produits chimiques utilisés en construction peut provoquer des irritations toxiques de la peau et des muqueuses. Ainsi, les produits liquides activants pour béton projeté ont à plusieurs reprises causé des brûlures graves au niveau des parties du corps non couvertes, par exemple le visage et les yeux. Le ciment est également une cause fréquente d'eczéma allergique ou toxique.

L'exposition à des intensités sonores qui mettent l'ouïe en danger est également un facteur de risque typique de ce secteur.

Enfin, il faut encore citer l'utilisation d'outils vibrants comme facteur de risque pouvant conduire à des dommages vasculaires et articulaires, même si ces maladies se font plus rares de nos jours grâce aux instruments modernes.

En dépit de l'utilisation des machines de chantier, certaines activités sont aujourd'hui encore liées à de grandes sollicitations physiques.

L'exposition à une ambiance chaude et humide constitue un problème particulier pour les grands projets de tunnels des NLFA. Nous examinerons ce point de manière plus détaillée ci-après.

Ambiance souterraine chaude et humide: risques et prévention

Les conditions ambiantes qui règnent à l'intérieur des deux tunnels de base constituent pour la santé un danger que l'on n'affronte guère dans la construction classique de tunnels. Les températures des roches peuvent osciller entre 40-50°C dans les tronçons centraux à cause de la grande profondeur, qui peut atteindre jusqu'à 2500 m. A cela s'ajoute la chaleur émise par les machines et les véhicules. De plus, l'air peut se charger en humidité due aux infiltrations d'eau, ou à de brusques arrivées d'eau, et dans une moindre mesure à l'utilisation de l'eau comme agent de dépoussiérage et de refroidissement. La problématique des postes de travail en haute température ambiante, telle qu'abordée par la Division médecine du travail de la Suva, a fait l'objet d'une étude détaillée dans la publication «Prophylaxie médicale lors des travaux souterrains en ambiance chaude et humide» révisée en 2002 (1).

Dans le cadre de la prévention des maladies liées à la chaleur dans les chantiers souterrains, la Suva met la priorité sur des solutions techniques de refroidissement de la zone de travail. Ainsi, la limite de température sèche pour les travaux dans les chantiers souterrains est fixée à 28°C (2). Cette limite doit être respectée dans toutes les zones de travail principales, c'est-à-dire les zones dans lesquelles les ouvriers travaillent sur de longues durées, et ce également en tant que moyenne horaire. La pratique des chantiers souterrains montre néanmoins que, en dépit

des études et de la mise en place de systèmes de refroidissement, il est possible que la limite de température sèche de 28 °C comme moyenne horaire ne puisse pas être respectée durant certaines brèves périodes dans certaines zones de travail. C'est par exemple le cas lors de travaux spéciaux tels que le changement de trépan dans la tête de forage du tunnelier, des brusques arrivées d'eau chaude, ou d'autres travaux momentanés.

Les dépassements momentanés, c.-à-d. d'une durée maximale d'une semaine de travail, de la limite de la température sèche fixée à 28 °C sont tolérés durant la phase de creusement et dans les autres zones principales de travail, ainsi que pour des travaux physiques de difficulté moyenne à grande dans les zones de travail annexes, dans les conditions suivantes:

- La température et l'humidité de l'air sont mesurées durant chaque tranche de travail (équipe) dans tous les lieux de travail représentatifs.
- Les valeurs de température et d'humidité de l'air relevées sont situées dans la zone jaune du diagramme climatique de la figure 1.
- Les mesures techniques destinées à maintenir la température au-dessous de la limite de 28 °C ont été immédiatement mises en œuvre.
- Des mesures supplémentaires au niveau de l'organisation et du personnel ont été prises (1).

La capacité à réaliser des travaux physiques à des températures ambiantes dépassant les 32 °C et dans une humidité de l'air élevée variant d'un individu à l'autre, les conditions d'engagement lorsque la température dépasse cette limite doivent à chaque fois faire l'objet d'une évaluation par un spécialiste. De telles situations peuvent être évaluées par un hygiéniste du travail, par exemple dans le cadre de l'appel à des MSST, au moyen de l'indice WBGT de la norme EN 27243.

En cas de travaux de courte durée comportant seulement une charge physique faible dans les zones de travail annexes ainsi que pour les travaux de contrôle et de surveillance, la température et l'humidité de l'air doivent être mesurées lorsque la température sèche dépasse 28 °C. Les travaux ne sont alors autorisés qu'à condition que l'index WBGT calculé ne dépasse pas 30 °C.

La liste des mesures techniques est détaillée dans les chapitres correspondants de la publication «Prophylaxie médicale lors des travaux souterrains en ambiance chaude et humide».

Les mesures appliquées aux personnes pour la prévention des maladies liées à la chaleur en cas de températures élevées au poste de travail prévoient des vêtements de protection adéquats qui permettent l'évacuation de la sueur, la mise à disposition de boissons adaptées et une acclimatation correcte à la chaleur. L'entreprise doit informer les travailleurs quant au comportement correct à adop-

ter en cas d'apparition de maladies. Les personnes présentant une affection fébrile ne sont pas aptes au travail dans une ambiance chaude et humide. La prise de médicaments, même disponibles sans ordonnance, doit être contrôlée au préalable par un médecin quant à l'innocuité en cas de travail exposé à la chaleur.

Les examens d'aptitude ou de prévention en médecine du travail, l'acclimatation et, dans le meilleur des cas, une réduction du temps de travail par équipe ne constituent que des mesures complémentaires de soutien.

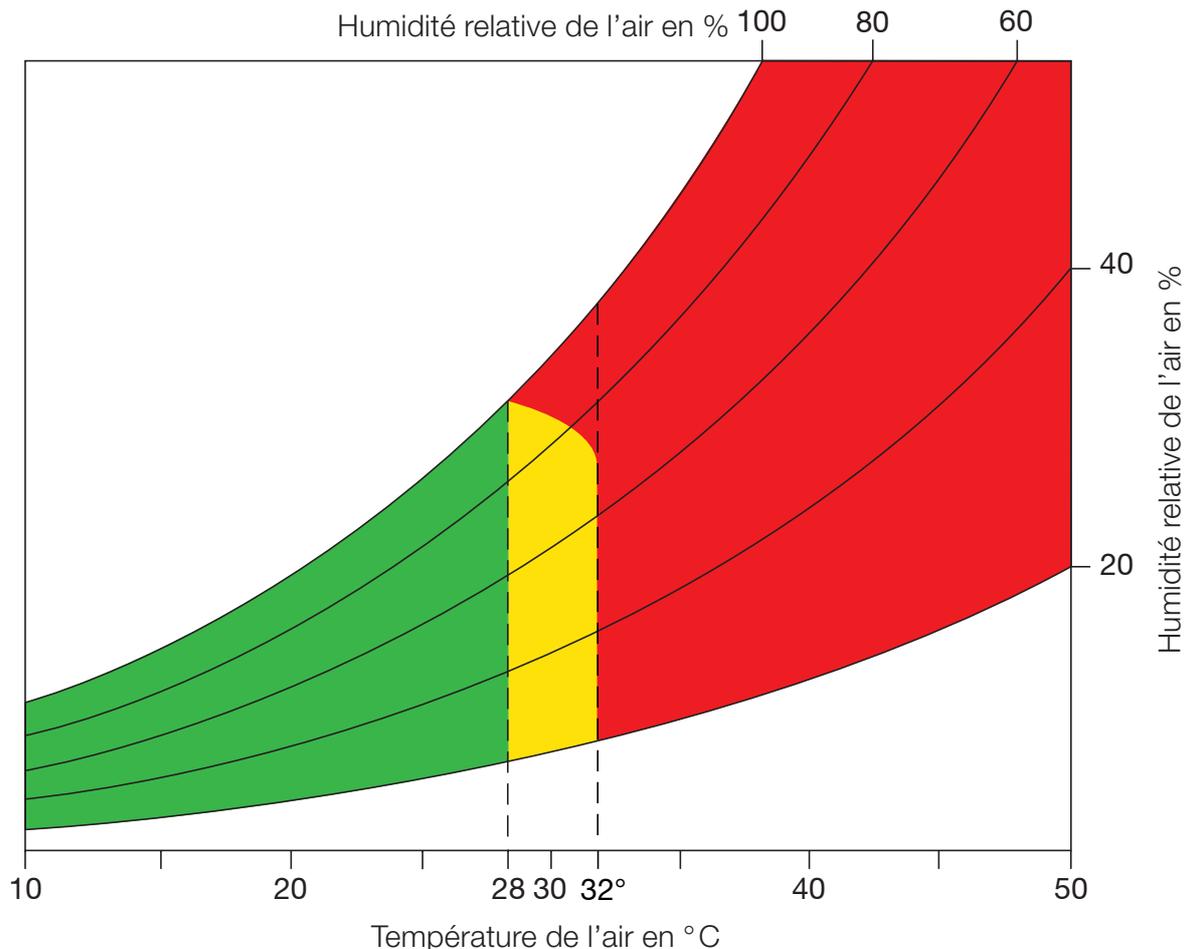


Figure 3

Réglementation d'exception lors du dépassement de la valeur limite de 28°C de température sèche sur les chantiers souterrains. Le schéma indique la température limite de 28°C et la zone jaune dans laquelle, selon les conditions indiquées, de courts dépassements de la valeur limite peuvent être tolérés durant au maximum une semaine de travail. Lors de travaux appelés à durer davantage qu'une semaine ou se situant dans la zone rouge, l'appel à un spécialiste des questions climatiques est indispensable.

Examens préventifs en médecine du travail

Les examens préventifs en médecine du travail sont réalisés sur les travailleurs des chantiers souterrains avec ambiance chaude et humide selon le questionnaire 1312 «Travaux à la chaleur».

- Questions du médecin pour connaître les maladies passées ou contractées depuis le dernier examen, les douleurs actuelles, les médicaments et les habitudes.
- Examen clinique, en particulier du cœur/circulation sanguine ainsi que des poumons
- Examens de laboratoire (vitesse de sédimentation globulaire, formule hématologique, tests sanguins des fonctions hépatique et rénale, analyse d'urine).
- Electrocardiogramme au repos.
- Ergométrie (limite symptomatique, ECG au moins 6 dérivation I,II,III,V₁, V₅, V₆)

Ces examens de résistance à la chaleur sont en général coordonnés avec l'examen préventif en médecine du travail pour les travaux dans lesquels les travailleurs sont exposés à la poussière de quartz. Outre l'anamnèse, cet examen comprend

- une spirométrie
- une radiographie du thorax

L'intervalle entre les examens est de trois ans pour les travailleurs âgés de moins de 45 ans et de deux ans pour les personnes âgées de plus de 45 ans.

Le véhicule «Audiomobile» permet de pratiquer des examens de l'ouïe directement sur le chantier. Le test auditif comprend un audiogramme tonal. De plus, les travailleurs sont également informés quant aux dangers lors de travaux dans le bruit et quant à une protection auditive correcte.

En Suisse, les travaux en surpression sont relativement rares dans les chantiers souterrains. Les travailleurs doivent passer des examens à intervalles réguliers selon le Questionnaire 1193 «Air comprimé». Le tracé des NLFA n'impliquant pas de travaux en surpression, nous n'examinerons pas cette procédure d'examen.

La Suva introduit en outre d'autres clarifications nécessaires à la détermination de l'aptitude. La décision finale quant à l'aptitude de l'assuré à réaliser son activité est du ressort de la médecine du travail de la Suva.

Ces examens préventifs sont réalisés en coordination avec les examens préventifs prescrits par la Loi sur le travail pour le travail de nuit et en équipes. Le seco est responsable des aspects qui concernent le travail en équipes.

Expériences tirées des examens préventifs précédents

Expériences faites dans la zone Axe du Gothard

Au sud, dans les tronçons de Faido et de Bodio, la construction est effectuée par Consorzio TAT, société multinationale propriété de deux entreprises suisses, d'une entreprise italienne, d'une autrichienne et d'une allemande. Le creusement a été réalisé de manière conventionnelle dans le tronçon de Faido, c.-à-d. au moyen d'explosifs, et de manière mécanique dans le tronçon de Bodio, c.-à-d. au moyen de machines de percement de galeries. Dans le tunnel de base du Gothard, lorsque les équipes sont au complet, près de 900 à 1000 personnes travaillent sous terre, soit environ 500 au sud et environ 300 au nord. Dans le tronçon de Amsteg, les examens préventifs ont débuté en décembre 2002, car il est prévu que les travailleurs seront exposés à la chaleur peu après le commencement des travaux de forage au début de l'été 2003. A Sedrun, près de 150 personnes sont jusqu'à présent intervenues pour les travaux de creusage de puits. Le travail par équipes (3x8) permet d'oeuvrer 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Jusqu'à présent, seuls les travailleurs du tronçon de Faido et du tunnel du Lötschberg ont été réellement exposés à une ambiance chaude et humide.



Figure 4
Travaux de coffrage dans le tunnel au-dessus du tunnelier.

Jusqu'en novembre 2002, 238 travailleurs, tous de sexe masculin, ont été soumis à des examens préventifs en médecine du travail sur les chantiers de Faido et Bodio. Les diagnostics et résultats d'analyse issus de ces examens sont les suivants: Pour 37 assurés, l'aptitude n'a pas pu être établie directement sur la base des résultats des examens préventifs. Des médecins spécialisés ont dû procéder à d'autres clarifications (tableau 1). Jusqu'à aujourd'hui, aucune décision constatant l'inaptitude n'a dû être prononcée. La décision d'inaptitude a été évitée pour un travailleur grâce à un changement d'activités en interne. Ce travailleur était en effet porteur d'un stimulateur cardiaque, qui peut être soumis à des perturbations électromagnétiques en cas d'utilisation à proximité d'installations électriques.

Examens préventifs effectués jusqu'en novembre 2003	238
Autres clarifications	37
Cœur/circulation sanguine	24
Maladie du foie (hépatite, cirrhose)	9
Voies respiratoires/poumons	3
Modifications de la formule hématologique	2
Métabolisme (diabète sucré)	1

Tableau 1
Résultats des examens de prévention en médecine du travail sur les chantiers AlpTransit Faido et Bodio.



Figure 5
Travaux dans la zone de creusement au-dessous du tunnelier.



Figure 6
Chargement du front du tunnel d'une galerie latérale à l'aide du «Jumbo».

Expériences faites dans la zone AlpTransit Lötschberg Sud

De Steg à Raron, les travaux de percement sont réalisés de manière mécanique et conventionnelle; sur ces deux chantiers, environ 300 travailleurs ont été examinés dans le cadre de la prévention en médecine du travail.

Dans le secteur du chantier intermédiaire de Ferden, chacun des deux creusements, direction sud et direction nord, avance par minage. Près de 480 travailleurs ont été examinés sur ce chantier particulièrement exigeant du point de vue technique. Pour près de 10% d'entre eux, l'examen préventif en médecine du travail n'a pas suffi à déterminer l'aptitude; il a fallu par conséquent recourir à des clarifications supplémentaires effectuées par des médecins spécialisés (tableau 2). Sur la base des résultats complémentaires, six travailleurs ont dû être déclarés inaptes au travail dans des chantiers souterrains, la poursuite d'une telle activité menaçant fortement leur santé. Pour trois travailleurs, la décision d'incapacité était motivée par des maladies des voies respiratoires (asthme bronchique, bronchectasies ou silicose préexistante); deux autres souffraient de problèmes cardiaques (sténose aortique, insuffisance coronarienne) et enfin, un travailleur était atteint d'insuffisance rénale avec glomérulosclérose segmentaire et focale.

Examens préventifs	480
Clarifications complémentaires par médecins spécialisés	37
Voies respiratoires/poumons	16
Cœur/circulation sanguine	15
Métabolisme (diabète sucré)	2
Maladie du foie (hépatite, cirrhose)	2
Insuffisance rénale	1
Hyperthyroïdisme	1
Décisions d'incapacité	6
Voies respiratoires/poumons	3
Cœur (sténose aortique/insuffisance coronarienne)	2
Insuffisance rénale	1

Tableau 2
Résultats de la prévention en médecine du travail sur un chantier AlpTransit Lötschberg Sud.

Résumé et perspectives

Les travaux dans les chantiers souterrains impliquent pour les travailleurs un risque élevé d'accident et divers risques pour la santé. A cela s'ajoute un autre facteur de nuisance au cours de la construction du tunnel de base des NLFA:

l'ambiance chaude et humide, due à la profondeur du chantier et à la température des roches. En conséquence, la Suva a publié des principes d'évaluation des conditions ambiantes dans les chantiers souterrains et a fixé dans la publication «Prophylaxie médicale lors des travaux souterrains en ambiance chaude et humide» des mesures techniques, organisationnelles et liées aux personnes. La mise en application de ces mesures impose aux constructeurs de tunnels des exigences parfois élevées. Les ingénieurs de sécurité et les hygiénistes du travail des divisions Arbeitssicherheit Suva Luzern et Sécurité au travail Suva Lausanne veillent aussi bien à l'application des mesures de prévention des accidents qu'au respect des mesures techniques, organisationnelles et liées aux personnes pour prévenir les maladies professionnelles dans les chantiers souterrains.

Les examens préventifs en médecine du travail lors de l'arrivée d'un nouveau travailleur, puis ensuite à intervalles réguliers, sont obligatoires en raison du risque élevé de maladies professionnelles. Les premières expériences faites sur les chantiers AlpTransit montrent que les examens préventifs détaillés en médecine du travail doivent être complétés dans 10 à 15% des cas par des examens complémentaires effectués par des médecins spécialisés, cela pour être à même d'évaluer l'aptitude du travailleur. Le nombre relativement élevé de clarifications complémentaires requises, tout comme le nombre de personnes déclarées incapables pour un chantier, démontre l'utilité de la prévention en médecine du travail pour les travailleurs des chantiers souterrains.

Références bibliographiques

- (1) Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents Suva: Prophylaxie médicale lors des travaux souterrains en ambiance chaude et humide, série médecine du travail, form. 2869/26, 3^e édition, 2002
- (2) Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents Suva: Valeurs limites d'exposition aux postes de travail, 2001, form. 1903
- (3) Hofer L.: Le travail en climat chaud: exigences en matière d'hygiène et de médecine du travail. Suva, Informations médicales 69: 69 – 80 (1996)
- (4) Rast H.: Anforderungen an den Arbeitsplatz im Vortrieb. Dans: Berichte Internationales Symposium Zürich „Basistunnel durch die Alpen“ 93 – 97, ETHZ (1994)

Adresse de correspondance:

Suva
Dr. med. Irène Kunz
Fachärztin FMH für Innere Medizin und Arbeitsmedizin
Abteilung Arbeitsmedizin
Postfach
6002 Luzern

Valeurs biologiques tolérables (VBT): changements

Marcel Jost, Claudia Pletscher

Utilité du monitoring biologique

L'importance du monitoring biologique pour compléter les mesures de l'air ambiant et évaluer l'exposition des travailleurs à des substances chimiques a été présentée dans les Communications médicales de la Suva n° 66 (5). La détermination de la substance ou de ses métabolites dans un substrat biologique permet d'apprécier la charge interne et tient ainsi compte de toutes les voies de pénétration dans l'organisme.

Le monitoring biologique s'avère donc particulièrement indiqué en cas de résorption importante de substances par la peau ou le tractus gastro-intestinal ou en cas d'augmentation de la captation respiratoire lors d'un travail physique lourd, du fait de l'accroissement du débit ventilatoire. En outre, il est particulièrement adapté pour surveiller les expositions à des substances présentant une longue demi-vie biologique et évaluer ainsi la charge accumulée à long terme. Il permet également de déterminer avec fiabilité la charge des travailleurs lors d'activités présentant des concentrations de substances fortement variables dans l'air ambiant. Enfin, le monitoring biologique tient compte des sources d'exposition résultant d'une activité privée ou de l'environnement et permet aussi de tester l'efficacité de moyens de protection individuelle tels que les protections respiratoires ou cutanées et l'incidence de l'hygiène personnelle sur la résorption de substances.

Valeur biologique tolérable (VBT)

La Suva a publié pour la première fois des valeurs biologiques tolérables (VBT) en 1994 dans la brochure «Valeurs limites d'exposition aux postes de travail». La VBT constitue la concentration la plus élevée d'une substance ou de ses métabolites dans un substrat biologique ou l'écart maximal de la norme d'un paramètre biologique sous l'effet de cette substance qui, en l'état actuel des connaissances, ne met pas en danger la santé de la très grande majorité des travailleurs sains qui y sont exposés, pour une durée de 42 heures hebdomadaires, à raison de huit heures par jour, pendant de longues périodes. Les VBT constituent en principe des valeurs limites pour chaque travailleur pris individuel-

lement. Certaines VBT ont cependant été conçues pour apprécier l'exposition d'un collectif de travailleurs, comme le montre l'exemple du manganèse.

La détermination d'une VBT nécessite des données médicales, toxicologiques et cinétiques suffisantes sur la substance en cause. Pour que la valeur soit fiable, il faut connaître les relations entre la charge interne et externe et entre la charge interne et la toxicité critique. Ces relations se fondent sur des expériences en laboratoire avec des sujets, des enquêtes sur le lieu de travail de personnes exposées à des substances ou des simulations. C'est pourquoi les VBT ne doivent en général être fondées scientifiquement que pour des paramètres sanguins et urinaires et également, dans des cas particuliers, pour des paramètres dans l'air expiré. En revanche, pour les analyses minérales capillaires, les listes internationales de valeurs biologiques tolérables n'ont pas pu établir jusqu'ici de VBT sur la base d'expériences toxicologiques de médecine du travail.

Charge de la population sans exposition professionnelle

La surveillance biologique des travailleurs doit tenir compte de la charge de la population qui n'est pas soumise à une exposition professionnelle. Les valeurs de référence correspondantes doivent donc être clairement distinguées des VBT concernant les travailleurs avec exposition professionnelle. En général, les valeurs de référence sont indiquées en 95^e percentile ou parfois en valeurs moyennes ou médianes de la population générale. Elles définissent ainsi la charge moyenne ou la limite supérieure de la fourchette appliquée en matière de concentrations habituelles de substances étrangères dans un substrat biologique de la population générale. Le dépassement de la limite supérieure dans un cas particulier signifie que la personne présente une charge interne plus élevée que la population en général; il n'y a cependant exposition professionnelle que lorsque la VBT est également atteinte ou dépassée.

Listes des valeurs VBT

Les valeurs limites aux postes de travail de la Suva paraissent en général tous les deux ans. La liste actuelle a été publiée en janvier 2003. Elle peut également être consultée au format PDF sous www.suva.ch, à la rubrique Moyens d'informations. Depuis l'introduction de la liste en 1994 et sa publication dans les Communications médicales n° 66, les VBT de certaines substances ont été modifiées. Les listes de l'American Conference of Governmental Industrial Hygienists (2), de la Deutsche Forschungsgemeinschaft (3) ainsi que la TRGS 903 de l'Ausschuss für Gefahrstoffe (4) représentent des bases importantes à cet égard. La liste actuelle des VBT figure dans le tableau 1, le tableau 2 concerne les VBT des substances carcinogènes. Les principales nouveautés sont présentées brièvement ci-après.

VBT pour le plomb et ses composés inorganiques

Pour l'évaluation de la charge interne de plomb, la plombémie est le paramètre essentiel; en raison de sa longue demi-vie, le plomb reflète la charge à long terme de l'organisme. Il faut noter qu'une mobilisation du plomb osseux due par exemple à de la fièvre, à un alitement ou à une acidose peut entraîner une augmentation importante à court terme de la plombémie. La toxicité critique classique du plomb (moelle osseuse, sang, rein, tractus digestif, système nerveux central et périphérique) n'a été observée que pour des valeurs supérieures aux VBT actuelles de plomb dans le sang complet et d'acide delta-aminolévulinique dans l'urine. Pour des femmes de moins de 45 ans, une valeur nettement inférieure a été fixée pour ces deux paramètres à cause de l'effet toxique du plomb et de ses composés sur la reproduction.

Lors de l'introduction des VBT en Suisse, les valeurs suivantes ont été fixées pour les travailleurs exposés au plomb. Plomb dans le sang complet: 700 µg/l (femmes de plus de 45 ans et hommes) et 300 µg/l (femmes de moins de 45 ans); acide delta-aminolévulinique dans l'urine: 15 mg/l (femmes de plus de 45 ans et hommes) et 6 mg/l (femmes de moins de 45 ans). Dans la liste 2001 des valeurs limites, la VBT du plomb dans le sang complet et de l'acide delta-aminolévulinique dans l'urine a été réduite à la suite de recherches concernant les effets sur les fonctions du système nerveux périphérique et sur le comportement. Plusieurs études ont montré une baisse de la vitesse de transmission nerveuse pour une plombémie inférieure à 700 µg/l, même si des enquêtes longitudinales n'ont pas donné de résultats consistants. Des analyses sur l'évaluation des effets sur le comportement ont montré qu'entre 400 µg/l et 700 µg/l de plomb dans le sang, on pouvait observer des limitations fonctionnelles telles que des troubles de la concentration, de l'attention, de la perception et de la mémoire.

La VBT pour le plomb dans le sang complet se monte donc désormais à 400 µg/l pour les femmes âgées de plus de 45 ans et pour les hommes et demeure à 300 µg/l pour les femmes de moins de 45 ans. La VBT de l'acide delta-aminolévulinique a été réduite en conséquence et correspond à 8 mg/l pour les femmes âgées de plus de 45 ans et pour les hommes. Comme, dans des zones de concentration plus faibles, la corrélation entre le plomb dans le sang complet et l'acide delta-aminolévulinique dans l'urine est moins bonne que dans des zones de concentration plus élevées, l'acide delta-aminolévulinique dans l'urine ne peut plus être utilisé que pour l'identification précoce de charges élevées et pour la prévention de saturnisme manifeste sur le plan clinique. En matière de surveillance de routine de travailleurs exposés au plomb et de prévention d'effets adverses sur le système nerveux central et périphérique, il faut donc utiliser en principe le paramètre du plomb dans le sang complet. Dans le cadre de la prévention médicale, les programmes du monitoring biologique ont été adaptés à ces connaissances.

Substance	Paramètre biologique	VBT	Substrat	Prélèvement	Remarques
Acétone	Acétone	80 mg/l	U	b	N
Aluminium	Aluminium	200 µg/l	U	b	
Aniline	Aniline (libérée de la forme conjuguée à l'hémoglobine) p-Aminophénol	100 µg/l	S	c, b	N
2-Butanone (Méthyléthylcétone)	2-Butanone (MEC)	50 mg/g créatinine	U	b	N
2-Butoxyéthanol	Acide butoxyacétique	5 mg/l	U	b	
2-Butoxyéthylacétate	Acide butoxyacétique	100 mg/l	U	c, b	N
p-tert-Butylphénol	p-tert-Butylphénol	100 mg/l	U	c, b	N
Chlorobenzène	4-chlorocatéchol total	2 mg/l	U	b	
Cyclohexane	1,2-Cyclohexane diol total	175 mg/g créatinine	U	b	
Dichlorométhane	Dichlorométhane CO-hémoglobine	170 mg/g créatinine	U	c, b	
N,N- Diméthylacétamide	N- Méthylacétamide	1 mg/l	S	b	
Diméthylformamide	N-Méthylformamide	5%	S	b	X, N
Dinitrate d'éthylèneglycol	Dinitrate d'éthylèneglycol	30 mg/g créatinine	U	c, b	
Diméthylformamide	N-Méthylformamide	15 mg/l	U	b	
Esters de l'acide phosphorique (inhibiteurs de l'acétylcholinestérase)	Acétylcholinestérase	0,3 µg/l	S	b	
2-Ethoxyéthanol	Acide éthoxyacétique	Réduction de l'activité à 70% de la valeur initiale	E	c, b	N, Q
2-Ethoxyéthylacétate	Acide éthoxyacétique	50 mg/l	U	c, b	
Ethylbenzène	Ethylbenzène Acide mandélique + acide phénylglyoxylique	50 mg/l	U	c, b	
		1,5 mg/l 2 g/g créatinine	B U	b b	
Composés fluorés inorganiques et acide fluorhydrique	Fluorures	7 mg/g créatinine 4 mg/g créatinine	U U	b d	X X
Halotane	Acide trifluoroacétique	2,5 mg/l	S	c, d	
Hexachlorobenzène	Hexachlorobenzène	150 µg/l	P/Se	a	X

Tableau 1

Substance	Paramètre biologique	VBT	Substrat	Prélèvement	Remarques
n-Hexane	2,5-Hexanedione + 4,5-Dihydroxy-2-hexanone	5 mg/l	U	b	N
2-Hexanone	2,5-Hexanedione + 4,5-Dihydroxy-2-hexanone	5 mg/l	U	b	N
Isopropylbenzène (Cumène)	2-phényl-2-propanol	50 mg/g créatinine	U	b	
Lindane (Gamma-1,2,3,4,5,6-Hexachlorocyclohexane)	Lindane	25 µg/l	P/Se	b	
Manganèse et ses composés inorganiques	Manganèse	20 µg/l	S	c, b	Q
Mercure (métallique, inorganique)	Mercure inorganique Mercure inorganique	35 µg/g créatinine	U	d	X
		15 µg/l	S	c, b	X
Méthanol	Méthanol	30 mg/l	U	c, b	
4-Méthylpentane-2-one (Méthylisobutylcétone)	4-Méthylpentane-2-one	2 mg/l	U	b	
Monoxyde de carbone	CO-hémoglobine	5%	S	b	X, N
Nitrobenzène	Aniline (libérée de la forme conjuguée à l'hémoglobine) p-Nitrophénol total	100 µg/l	S	c, b	N
		5 mg/g créatinine	U	c, b	N
Parathion	p-Nitrophénol total Acétylcholinestérase (voir esters de l'acide phosphorique)	500 µg/g créatinine	U	c, b	N, Q
Phénol	Phénol	250 mg/g créatinine	U	b	N, X
Plomb	Plomb (hommes; femmes > 45 ans)	400 µg/l	S	a	X
	Plomb (femmes < 45 ans)	300 µg/l	S	a	X
	Acide delta-aminolévulinique (hommes; femmes > 45 ans)	8 mg/l	U	a	X, Q
	Acide delta-aminolévulinique (femmes < 45 ans)	6 mg/l	U	a	X, Q

Tableau 1

Substance	Paramètre biologique	VBT	Substrat	Prélèvement	Remarques
Plomb tétraéthyle	Plomb total (valable aussi pour les mélanges avec le Pb-tétraméthyle)	50 µg/l	U	b	N, X
Plomb tétraméthyle	Plomb total (valable aussi pour les mélanges avec le Pb-tétraéthyle)	50 µg/l	U	b	N, X
Styrène	Acide mandélique	400 mg/g créatinine	U	c, b	N
	Acide mandélique + acide phénylglyoxylique	500 mg/g créatinine	U	c, b	N
Sulfure de carbone	Acide 2-thio-thiazolidine-4-carboxylique (TTCA)	4 mg/g créatinine	U	b	
Tétrachloréthène	Tétrachloréthène	1 mg/l	S	d	N, Q
	Acide trichloracétique	7 mg/l	U	c, b	
Tétrahydrofurane	Tétrahydrofurane	2 mg/l	U	b	
Toluène	Toluène	1 mg/l	S	b	N, X
	Acide hippurique	2 g/g créatinine	U	c, b	
1,1,1-Trichloréthane	1,1,1-Trichloréthane	550 µg/l	S	c, d	
Trichloréthylène	Trichloréthanol	5 mg/l	S	c, b	N
	Acide trichloracétique	100 mg/g créatinine	U	c, b	N
Trinitrate de glycérine	1,2-Dinitrate de glycérine	0,5 µg/l	P/Se	b	
	1,3-Dinitrate de glycérine	0,5 µg/l	P/Se	b	
Xylène	Acide méthylhippurique	1,5 g/g créatinine	U	c, b	
	Xylène	1,5 mg/l	S	b	

Tableau 1
VBT de la liste de valeurs limites 2003.

Explications:

- **Substrat d'examen:** U: Urine; S: Sang complet; P/Se: Plasma/Sérum; E: Erythrocytes
- **Moment du prélèvement:** a: indifférent; b: fin de l'exposition, de la période de travail; c: exposition de longue durée: après plusieurs périodes de travail; d: avant la reprise du travail
- **Remarques:** N: Paramètre non spécifique; Q: Interprétation quantitative difficile; X: Influence de l'environnement; P: Valeur provisoire.

Substances	Paramètre biologique	VBT	Substrat	Prélèvement	Remarques
Arsenic et ses composés inorganiques	Arsenic inorganique et ses métabolites méthylés	50 µg/l	U	c, b	
Cadmium	Cadmium	5 µg/g créatinine	U	a	X
Chrome Composés hexavalents	Chrome	20 µg/l	U	b	X
Cobalt	Cobalt	60 µg/l	U	b	
Nickel (métal, carbonate oxyde, sulfure)	Nickel	45 µg/l	U	c, b	

Tableau 2

VBT pour les substances cancérigènes de la liste de valeurs limites 2003.

Explications:

- **Substrat d'examen: U: Urine.**
- **Moment du prélèvement: a: indifférent; b: fin de l'exposition, de la période de travail; c: exposition de longue durée: après plusieurs périodes de travail; d: avant la reprise du travail**
- **Remarques: N: Paramètre non spécifique; Q: Interprétation quantitative difficile; X: Influence de l'environnement; P: Valeur provisoire.**

VBT pour le mercure inorganique

Lors de l'introduction des VBT en Suisse, une valeur pour le mercure inorganique dans l'urine de 100 µg/l a été fixée pour les travailleurs exposés. En 1999, une valeur corrigée en créatinine de 70 µg/g créatinine a remplacé la valeur corrigée en volume. Dans le même temps, pour le paramètre du mercure inorganique dans le sang, on a établi une VBT de 25 µg/l. Les signes d'une intoxication manifeste au mercure, qui concerne avant tout les organes cibles système nerveux central, système nerveux autonome, muqueuse buccale, moelle osseuse, sang et reins, ont été en général observés pour des concentrations de mercure dans le sang et les urines nettement supérieures à ces VBT.

Plusieurs enquêtes ont montré qu'un tremblement et de légers dysfonctionnements rénaux réversibles peuvent être déjà constatés à partir de concentrations de mercure dans l'urine de 50 µg/l. Des études neuropsychologiques ont également révélé des résultats situés hors de la norme pour des charges internes de mercure inférieures aux VBT valables jusqu'à présent.

Dans la liste des valeurs limites 2003, les VBT ont été baissées à 35 µg/g créatinine pour le mercure inorganique dans l'urine et à 15 µg/l dans le sang.

VBT pour l'aluminium

Si l'encéphalite des dialysés par accumulation d'aluminium dans le système nerveux central est connue depuis longtemps déjà, la question de l'effet neurotoxique d'une exposition professionnelle à l'aluminium n'attire l'attention que depuis quelques années seulement. Les enquêtes sur des travailleurs de l'industrie de fusion complète de l'aluminium, des soudeurs et des travailleurs exposés à de fines poussières d'aluminium ont montré des résultats de tests neurologiques variés. Des limitations des fonctions cognitives ont toutefois été constatées dans la majorité de ces enquêtes.

De récentes études ont montré que la biodisponibilité de l'aluminium en cas d'inhalation au poste de travail dépend fortement des conditions de travail. Ainsi, pour des résultats de mesures de l'air ambiant similaires, on peut trouver des charges internes fortement différentes, évaluées sur la base de l'aluminium dans le sang et dans l'urine. La charge interne d'aluminium est déterminée principalement par le type de charge d'aluminium au poste de travail. Une biodisponibilité élevée a été observée avant tout aux postes de travail avec production de poudre d'aluminium et pour des travaux de soudage avec exposition à des fumées de soudage contenant de l'aluminium. Pour de tels postes de travail, le monitoring biologique représente donc un précieux complément aux mesures de l'air ambiant. Dans la liste des valeurs limites 2003, la Suva a déterminé une VBT de 200 µg/l pour l'aluminium urinaire.

VBT pour le manganèse et ses composés inorganiques

De fortes expositions à l'oxyde de manganèse peuvent entraîner la symptomatologie de la fièvre métallique. Le tableau de l'intoxication chronique, observée autrefois pour de longues expositions avec des valeurs nettement supérieures aux valeurs actuelles, renvoie avant tout à des symptômes extrapyramidaux dans le sens d'une maladie de Parkinson. Récemment, la question de l'effet neurotoxique du manganèse chez les soudeurs a fait l'objet d'un intérêt croissant. Dans plusieurs travaux, on a ainsi émis l'hypothèse que les troubles du système nerveux central comme les dyssomnies ou la fatigue et du système nerveux périphérique comme le tremblement avaient leur origine dans l'effet neurotoxique du manganèse.

Bien que l'évaluation de la charge de manganèse interne au moyen du monitoring biologique soit souhaitable, par exemple pour les soudeurs, il n'est pas aisé d'obtenir une VBT fiable. Alors que, en groupe, une corrélation entre la concentration urinaire de manganèse et la concentration correspondante dans l'air ambiant peut être établie, pour des individus isolés, la corrélation est insuffisante en raison des importantes différences interpersonnelles. Même constat pour la détermination du manganèse dans le sang. Pour ce paramètre, la Suva a toutefois déterminé une VBT de 20 µg/l dans la liste de 2003; dans le cadre de l'évaluation de la charge interne de manganèse, cette valeur ne peut s'appliquer qu'à un seul groupe.

VBT pour le styrène

Dans le cas du styrène, les VBT suivantes ont été fixées en 1994: 800 mg/g créatinine pour l'acide mandélique urinaire, 240 mg/g créatinine pour l'acide phénylglyoxylique urinaire et 300 mg/g créatinine pour la somme des deux paramètres (mesure avant le travail). Ces VBT ont été déterminées à partir de la corrélation entre la charge interne et externe pour la VME de 50 ppm alors en vigueur.

Le styrène entraîne des irritations des conjonctives, des voies respiratoires et a également des effets sur le système nerveux central et sur le système nerveux périphérique. Alors que le respect des valeurs permet d'exclure des intoxications manifestes sur le plan clinique (encéphalopathie toxique ou polyneuropathie), de nouvelles études ont montré que des expositions avec des valeurs situées au-dessous des valeurs limites valables à l'époque pouvaient également avoir des effets réversibles sur le système nerveux central. Ces observations ont été faites sur la base de paramètres comportementaux, de modifications de l'EEG non spécifiques et de troubles passagers de la fonction visuelle (troubles du sens de la couleur, troubles de la vitesse visiomotrice). Des irritations des muqueuses peuvent également apparaître au-dessous des valeurs valables à l'époque.

En 1997, la Suva a donc réduit de 50 à 20 ppm la VME du styrène dans l'air ambiant. Selon la corrélation entre la charge interne et externe, la VBT de l'acide mandélique urinaire a également été baissée à 400 mg/g créatinine la même année. Pour le paramètre acide mandélique + acide phénylglyoxylique dans l'urine, une VBT de 500 mg/g créatinine a été fixée (mesure après le travail).

VBT d'autres solvants organiques

Dans les listes de valeurs limites de 1997, 1999, 2001 et 2003, de nouvelles VBT ont été publiées pour plusieurs solvants organiques: acétone (paramètre acétonurie), 2-butanone (méthyléthylcétone) (paramètre 2-butanone dans l'urine), 2-butoxyéthanol (paramètre acide butoxyacétique dans l'urine), N,N-diméthylacétamide (paramètre N-méthylacétamide dans l'urine), éthylbenzène (paramètre éthylbenzène dans le sang ainsi que acide mandélique plus acide phénylglyoxylique dans l'urine), méthylisobutylcétone (MIBK) (paramètre 4-méthylpentane-2-one dans l'urine), iso-propylbenzène (cumol) (paramètre 2-phényl-2-propanol dans l'urine), disulfure de carbone (paramètre acide 2-thiothiazolidine-4-carboxylique [TTCA] dans l'urine) et tétrahydrofurane (paramètre tétrahydrofurane dans l'urine). Les VBT de ces substances sont en général déterminées à partir de la charge externe et interne de la VME correspondante.

Le monitoring biologique dans le cadre de la prévention médicale

Le monitoring biologique a été systématiquement appliqué dès les années 70 pour la prévention des maladies professionnelles. Les programmes les plus importants concernent les travailleurs exposés au plomb, au mercure, au cadmium, aux solvants organiques comme le toluène, le xylène, le styrène, le trichloréthène et aux composés de solvants ainsi que le monitoring d'effet au moyen de la cytologie urinaire pour les travailleurs exposés très tôt aux amines aromatiques. L'utilisation du monitoring biologique a également fait ses preuves dans l'évaluation de la charge interne en cas d'exposition aux composés du chrome et du nickel, au cobalt (métaux durs), aux esters phosphoriques, aux fluorides (électrolyse ignée de l'aluminium) et aux solvants organiques comme le méthanol, le méthyléthylcétone ou le méthylisobutylcétone.

Le monitoring biologique permet d'identifier à temps des charges trop élevées et de prévenir ainsi les problèmes de santé en entraînant la prise de mesures appropriées au poste de travail.

Références bibliographiques

- (1) Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva): Valeurs limites d'exposition aux postes de travail 2003. N° 1903 (2003)
- (2) American Conference of Governmental Industrial Hygienists: Threshold Limit Values for Chemical Substances and Physical Agents and Biological Exposure Indices 2002
- (3) Deutsche Forschungsgemeinschaft: MAK- und BAT-Werte-Liste 2002, VCH Verlagsgesellschaft mbH, Weinheim, Deutschland (2002)
- (4) Ausschuss für Gefahrstoffe AGS: Technische Regel für Gefahrstoffe TRGS 903
- (5) Jost M., Müller B.: Valeurs biologiques tolérables (VBT) – Introduction dès 1994 d'une liste de VBT en Suisse. Communications médicales de la Suva 66:49-62 (1994)
- (6) Lauwerys R.R., Hoet P.: Industrial chemical exposure. Guidelines for biological monitoring. Lewis Publishers (1993)
- (7) American Conference of Governmental Industrial Hygienists: Topics in biological monitoring. ACGIH (1995)
- (8) Arbeitsgruppe Aufstellung von Grenzwerten im biologischen Material: Biologisches Monitoring in der Arbeitsmedizin. Gentner Verlag, Stuttgart (2000)

Adresse de correspondance:

Suva
Dr. med. Marcel Jost
Facharzt FMH für Arbeitsmedizin, Innere Medizin und Kardiologie
Stv. Chefarzt
Abteilung Arbeitsmedizin
Postfach
6002 Luzern

Indemnité pour perte d'intégrité en cas de perte des organes sexuels ou de la capacité de reproduction

Erich Bär

Conditions au tableau 22

- L'atteinte à l'intégrité doit en général être évaluée seulement après des investigations diagnostiques spécialisées, urologiques ou gynécologiques, et au plus tôt après un essai thérapeutique infructueux de six mois.
- Une réduction proportionnelle doit être appliquée lorsqu'une maladie organique indépendante de l'accident influence de manière déterminante la capacité de reproduction (par exemple en cas d'artériosclérose, d'hypertension, de diabète sucré, etc.)
- En cas de séquelles psychiques d'accident adéquates, influençant la capacité de reproduction de manière certaine, l'atteinte à l'intégrité doit être évaluée par les psychiatres dans le cadre des valeurs de références.

Tableau 22

A) Perte des organes sexuels

Chez l'homme	
Perte du pénis	40 %
Perte des deux testicules	40 %
Perte d'un testicule	10 %
Chez la femme	
Perte de l'utérus	40 %
Perte des deux ovaires	40 %
Perte d'un ovaire	10 %

Même en cas de perte de tous les organes sexuels (chez l'homme du pénis et du scrotum, chez la femme de l'utérus et des deux ovaires), l'indemnisation ne peut pas dépasser 40 %.

B) Perte de la capacité de reproduction

1. Fécondation possible uniquement de manière instrumentale
(insémination artificielle, fertilisation in vitro) 40 %
2. Dysfonction érectile (DE) jusqu'à l'impuissance érectile:
 - Impuissance érectile résistante au traitement (DE complète) 40 %
 - Reproduction possible seulement avec l'aide d'une prothèse du pénis . . 40 %
 - DE réagissant seulement à l'injection intra-caverneuse de médicaments 20 %
 - DE réagissant à un traitement oral 10 %

Commentaire du tableau 22

Si un accident conduit à la perte des organes sexuels ou de la capacité de reproduction, la personne concernée a droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité de 40 % (selon le Barème des indemnités pour atteinte à l'intégrité figurant à l'annexe 3 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents, OLAA). Les conditions requises sont – comme pour d'autres atteintes à l'intégrité – la causalité démontrée de l'accident, l'importance et la durabilité de la perte. L'incapacité de fonction totale d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. Les pertes de fonction de nature organique présupposent la preuve d'un lien de causalité pour le moins vraisemblable (et non pas seulement possible) avec la lésion accidentelle; des pertes non explicables du point de vue organique sont à considérer selon les critères de base des troubles psychiques (lien de causalité naturel et adéquat). Chez la femme, la perte de la capacité de procréer après un accident est extrêmement rare et de plus très complexe, raison pour laquelle la présence d'une atteinte à l'intégrité est à justifier spécialement. D'autre part, la capacité de reproduction s'éteint avec le terme de la ménopause que les femmes de l'Europe Centrale atteignent en moyenne vers l'âge de 52 ans (1).

L'atteinte à l'intégrité est à évaluer sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision - c'est-à-dire sur la base de l'état de santé non corrigé (Ch. 1 al. 4 de l'annexe 3 de OLAA). En se référant aux atteintes à la santé mentionnées, la perte de la capacité de reproduction, comme décrite dans le barème, est conçue comme l'incapacité de procréer de manière naturelle. Par contre, la reproduction médicalement assistée (insémination artificielle, fertilisation in vitro) à disposition de la médecine actuelle ne peut compenser cette perte. Il faut donc en conclure que les méthodes de procréation médicalement assistée sont à considérer comme moyens auxiliaires. Les stimulateurs d'érection par vacuum, utilisés aujourd'hui seulement encore rarement, sont aussi considérés comme moyens auxiliaires. Par contre, les médicaments – qu'ils soient administrés par voie orale ou par injection – ne sont pas considérés comme moyens

auxiliaires. Des médicaments rendent aujourd'hui possible de compenser la perte fonctionnelle au niveau de l'organe cible et/ou du système nerveux central pour les diverses phases de la reproduction naturelle. Cependant, les valeurs indiquées dans le tableau traitant de la prise de médicaments sont censées compenser les désagréments liés à la prise périodique et durable de médicaments, par exemple lors du traitement continu par insuline ou par anticoagulants après des accidents. De plus, l'assureur accident doit prendre en charge les frais des médicaments également après la clôture du cas.

Chez le paraplégique, les troubles de la fonction sexuelle sont intégrés dans les 90 % de l'indemnité pour perte d'intégrité.

Références bibliographiques

- (1) Keck C, Breckwoldt M: Prädiktive Faktoren zur Bestimmung des Menopausealters. Therapeutische Umschau 59(4): 189-192; 2002

Adresse de correspondance:

Suva
Dr. med. Erich Bär
Facharzt FMH für Chirurgie
Leitender Arzt
Versicherungsmedizin
Postfach
6002 Luzern

A propos du lien de causalité naturelle de séquelles psychiques d'accident d'un point de vue psychiatrique

Ulrike Hoffmann-Richter

Résumé

On demande aux expert(e)s psychiatres de prendre position sur la question de savoir si des troubles psychiques qui se sont développés après un accident sont liés à celui-ci par un lien de causalité naturel. Cette question se pose avant celle de l'analyse du lien de causalité adéquat et avant la reconnaissance d'une rechute en présence de troubles d'origine essentiellement psychique. La base essentielle de ce jugement est le diagnostic psychiatrique. Celui-ci doit être établi sur la base d'une consultation spécialisée approfondie et d'un jugement réfléchi. Les prises de position des psychiatres peuvent alors faire référence à ce diagnostic dans les étapes suivantes du droit de l'assurance accidents, qui couvrent des questions ayant trait à la chronicité des troubles, au versement éventuel d'une rente, au traitement ultérieur et à l'importance et à la durabilité des troubles comme condition préalable à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cet article décrit les fondements théoriques, méthodiques et cliniques permettant l'établissement du diagnostic et l'appréciation de la causalité naturelle. Il montre les possibilités et les limites de l'expertise psychiatrique lors de l'établissement du lien de causalité naturel.

Absence de spécificité des symptômes psychiques

Les symptômes psychiques ne sont pas spécifiques. En d'autres termes, un symptôme isolé ne permet de se prononcer ni sur le type de réaction, ni sur la maladie présente qu'il pourrait exprimer. La peur aiguë qui se développe au moment d'un événement accidentel n'est pas le symptôme d'une maladie; elle représente une réaction saine et «normale» à une situation menaçante. Même si cette sensation d'angoisse persiste durant des heures voire quelques jours, ce phénomène s'inscrit dans le cadre des variations usuelles de réactions psychiques. Il n'est pas clair si tel est toujours le cas lorsque d'autres symptômes se développent tels que stupeur, rétrécissement du champ de conscience, désorientation, humeur dépressive, désespoir, hyperactivité ou alors repli sur soi, car la transition entre santé mentale intacte et maladie est fluctuante. Les symptômes peuvent apparaître simultanément ou de façon échelonnée. Lors du cheminement intellectuel menant au diagnostic, tous les symptômes doivent être récoltés. Ils forment

ensuite des groupes de symptômes ou un «cluster» de symptômes – ledit syndrome. Plusieurs diagnostics figurant dans le CIM-10 correspondent au sens strict à un syndrome. Généralement, le diagnostic se différencie du syndrome par d'autres caractéristiques¹⁾. Si les symptômes susmentionnés se développent dans les minutes ou les heures suivant un événement accidentel et régressent notablement, voire s'amendent deux à trois jours plus tard, on évoque alors dans ce contexte une réaction aiguë à un facteur de stress. Ce diagnostic est taxé de «trouble». A proprement parler, il ne s'agit pas d'une maladie²⁾, mais d'une réaction (exagérée) à l'événement aigu qui l'a précédé.

Si les symptômes ne s'estompent pas, se posent alors d'autres questions: quels sont les facteurs qui empêchent de surmonter la situation de stress qui s'est développée? Parmi ceux-ci se rangent la vulnérabilité individuelle, un état d'épuisement somatique sur lequel vient se greffer l'événement aigu; un état de tension psychique surtout s'il est constamment présent; l'absence de soutien social et le type et l'ampleur des ressources personnelles disponibles pour faire front à des situations pénibles. Font également partie de ces facteurs la prédisposition à développer une maladie psychique grave, une anamnèse de maladie manifeste antérieure ou le début d'un épisode de maladie qui n'était pas encore franchement manifeste à l'époque pour l'entourage. Ainsi, l'entourage n'est longtemps pas en mesure de déceler des maladies appartenant au vaste groupe des schizophrénies

¹⁾ Un syndrome ne décrit que l'émergence conjointe d'une série de symptômes. Ainsi, appartiennent au syndrome dépressif non pas seulement l'humeur triste ou dépressive, mais également le repli sur soi, les troubles du sommeil (trop ou pas assez), l'anhédonie, les troubles de la motricité (généralement réduite, parfois accrue), les troubles de l'attention ou de la concentration, le doute de soi, les sentiments de culpabilité pouvant aller jusqu'au délire, etc. En général, les symptômes ne sont pas tous présents initialement, et tous les symptômes ne se retrouvent pas chez chaque patient. La maladie ou le diagnostic se différencie du syndrome par sa sémiologie, qui représente plus que la somme des symptômes et d'autre part par son évolution chronologique. Parallèlement à la pose du diagnostic intervient généralement le classement dans un concept théorique. Ceci est également le cas pour le CIM-10 et le DSM-IV malgré le postulat qu'ils soient indépendants de toute théorie (V. Birley 1990; HOFF 1992 ; Scadding 1996; v. également le paragraphe traitant de la nosologie).

²⁾ Tous les diagnostics figurant au CIM-10 DSM-IV ne correspondent pas à des maladies au sens classique (v. Szasz 1991). Les 2 systèmes diagnostiques évoquent dans ce contexte des «troubles» et non plus des «maladies». Dans les introductions à ces 2 ouvrages, l'accent est mis sur la difficulté à définir un trouble psychique. Les systèmes diagnostiques opérationnalisés ne peuvent être utilisés de façon raisonnable que sur l'arrière-fond de l'expérience clinique requise et des bases générales de recueils de données psychiatriques. Ces conditions prérequis sont cependant fréquemment négligées. Ainsi, on lit p. ex. dans le DSM-IV 2001, XX: «... le risque des systèmes opérationnels est de resserrer la perspective psychopathologique en se concentrant sur les items contenus dans les manuels diagnostiques officiels et sur une psychopathologie aux critères toujours uniformes. Ainsi, la fausse sécurité d'une définition opérationnelle qui fréquemment ne représente rien d'autre que le résultat d'un processus de consensus déterminé politiquement peut pousser à accepter au titre d'état de fait une situation fréquemment complexe conçue par un terme psychopathologique et de ne plus l'éprouver de façon particulière.» KLERMAN taxe ce procédé de «chinese-restaurant-menu-approach to diagnosis» (1980). HOFF souligne l'usage particulièrement difficile de ces systèmes diagnostiques dans le contexte particulier de la psychiatrie médico-légale: «... le problème de l'automatisation par trop rapide de catégories individuelles en ce qui concerne p. ex. les questions d'ordre médico-légal est parfaitement conscient aux auteurs des systèmes de diagnostics opérationnels... Il y a cependant une (bonne) raison à rendre attentif au fait qu'en particulier lors de phénomènes psychiques complexes, la couche pour ainsi dire la plus externe du niveau de comportement ne suffit pas à poser un diagnostic psychopathologique fondé et naturellement encore moins à faire une déclaration scientifiquement fondée sur la question de la responsabilité pénale. Dans chaque cas, il sera nécessaire d'obtenir une anamnèse biographique détaillée et de rechercher des «silhouettes» («diaboles») dans les antécédents» (1992, 249).

Même le terme de maladie n'est pas facilement définissable. En psychiatrie, on distingue entre le concept de maladie médicale (ou biologique) et le concept fondé sur l'épidémiologie, la sociologie, la psychologie et l'évolution (mechanic 1999). Les nouveaux systèmes diagnostiques se veulent «normalistes» (diagnostic au titre de description, de convention) alors que traditionnellement, ils sont conçus comme «essentialistes» (v. BIRLEY 1990; HOFF 1994; SCADDING 1996). Les maladies sont ici dans de nombreux cas pas indubitablement présentes voire totalement absentes, mais elles sont plus ou moins manifestes. La compréhension de ce qu'est la maladie n'est donc pas catégorielle, mais dimensionnelle (V. SMITH 2002).

ou des troubles dépressifs récidivants au stade des symptômes précurseurs ou initiaux. L'état aigu se développe en règle générale à la suite d'un événement de caractère stressant³⁾. Le groupe de symptômes décrit plus haut est également à titre de syndrome non spécifique d'un état de stress aigu voire d'un trouble de l'adaptation. En effet, toute une série de troubles psychiques débutent avec des symptômes similaires tels qu'hyperactivité neurovégétative, repli sur soi, humeur dépressive, symptômes d'angoisse (peur), troubles de la concentration, etc. La question décisive qu'il faut trancher est celle de savoir si les troubles se seraient également manifestés en l'absence de l'événement aigu; si cet événement n'a été que le prétexte et non pas la cause du développement de la symptomatologie. Afin de répondre à cette question, il ne faut parfois pas seulement faire une anamnèse soigneuse, mais suivre l'évolution⁴⁾.

La clarification de cette question requiert également de s'intéresser au genre et à la sévérité de l'événement aigu. Les événements existentiels décisifs ont en psychiatrie été considérés traditionnellement comme facteurs déclenchant de réactions psychiques qui suivant les circonstances pouvaient être de longue durée. On parlait dans ce contexte généralement de «life event» et concevait sous ce terme non seulement des événements tels que la fin de l'écolage, le début d'une carrière professionnelle, l'apprentissage, un déménagement ou la naissance d'un enfant, mais d'autres tels que le décès d'un proche, les soins prodigués à une personne gravement malade, souffrant d'un cancer ou d'une maladie d'Alzheimer p. ex. Depuis lors, la distinction faite entre le life event et le «trauma» (au sens d'un événement existentiel à caractère traumatique) s'est estompée. Afin de pouvoir s'orienter, on doit éprouver si l'événement en question appartient à ceux que l'on peut escompter dans le courant de l'existence ou si au contraire il est plutôt inattendu et inhabituel dans la vie quotidienne⁵⁾. Le concept de la santé psychique est en évolution globale. En effet, le retentissement psychique découlant d'événements existentiels décisifs à taxer de maladie ne correspond plus aux notions que l'on avait il y a encore 30 ans ou plus. Ceci a eu également un impact sur les systèmes de diagnostics psychiatriques. La modification conceptuelle déterminante consiste à estimer que les réactions psychiques ont dans leur ensemble un caractère décisif. Il est hors de propos d'estimer que de graves événements de l'existence ne laissent pas de traces psychiques et qu'ils ne peuvent influencer certains traits de la personnalité. Ce qui doit faire l'objet d'une discussion est de

³⁾ On distingue entre une maladie (ou un trouble) et un épisode actuel, p.ex. une schizophrénie et l'épisode aigu psychotique ou un trouble bipolaire affectif et l'épisode maniaque actuel. Ici, la distinction entre le contexte de manifestation et la cause d'un trouble est claire (v. DoHrenwend et al. 1995; Mazure 1995). A la phase prémonitoire préparative de l'affection manifeste apparaissent des signes prodromaux, en d'autres termes des «symptômes précurseurs». Ils n'ont pas encore l'image caractéristique de la maladie. On les distingue des symptômes précoces, donc des premiers symptômes qui se développent dans le cadre d'un épisode aigu (v. p.ex. Häfner/Maurer 1996; Gattaz/Häfner 1999).

⁴⁾ L'examen comprend à chaque fois les constatations actuelles au moment de l'examen. L'évolution à long terme doit être également à considérer et à inclure dans le diagnostic (v. également le paragraphe traitant du facteur temps). Des données chronologiques ne peuvent de ce fait pas être limitées à un seul critère ou alors lors de la discussion du diagnostic, il faut tenir compte de l'aspect provisoire du diagnostic en tenant compte des critères temporels (également HOFF 1992).

⁵⁾ En ce qui concerne le contexte stress et maladie psychique, voir BROWN/HARRIS/PETO 1973 a, b; BROWN 1974; MAZURE 1995; HORWITZ; SCHEID (Eds.) 1999; CREED 2000; SURTEES/WAINWRIGTH 2000; BIRLEY/GOLDBERG 2000; LEMYRE 2000.

savoir à partir de quand ils revêtent une signification dans la manifestation d'une maladie, d'un trouble psychique et quand ils deviennent durables.

Ce bref aperçu passant du symptôme au syndrome puis à l'éventail des diagnostics à discuter (diagnostics différentiels) peut donner l'impression que l'évaluation qui y fait suite ne se base que sur le seul pouvoir discrétionnaire. Cette première impression pourrait motiver le grief que l'éclaircissement de la causalité des troubles psychiques permet plus de se prononcer sur des signes particuliers de l'expert que sur l'état des connaissances de la spécialité⁶⁾. Cependant, et ceci est valable pour toute expertise de spécialistes sérieuse, cet aperçu préliminaire et résumé sur les causalités possibles constitue le point de départ et non point le point final de l'expertise. Si des doutes sont émis à propos du sérieux et de la compétence d'un expert, ceci est en règle générale à mettre sur le compte du fait que les données décisives ne se limitent pas à des questions d'expert, mais qu'elles sont également liées à des questions ayant trait à la politique de santé et à d'autres thèmes bien intentionnés: les échelons différents d'investigation à gravir lors de l'évaluation de la causalité seront décrits pas la suite.

A propos de la nosologie

A l'heure actuelle, deux systèmes de diagnostics ont valeur de références: le CIM-10 utilisé surtout en Europe et le DSM-IV aux USA. La nosologie psychiatrique fait l'objet dans la classification internationale des troubles psychiques, qui figurent au chapitre F du CIM, de sa 10^{ème} révision alors que le manuel diagnostique et statistique des troubles psychiques en est à sa 4^{ème} révision⁷⁾. Alors que dans le passé existaient sur le plan international entre 40 et 100 systèmes diagnostiques, les deux révisions se sont développées dans l'optique de pouvoir comparer sur l'échelle internationale diverses études cliniques. La condition à pouvoir le faire était un consensus obtenu sur des bases communes. Ceci signifie que les deux systèmes tentent de poser des diagnostics en se basant uniquement sur la description de symptômes, de l'appréciation de leur arrière-plan et de leur décours⁸⁾. En effet, la cause de toute une série de troubles psychiques demeure encore aujourd'hui inconnue. Les systèmes de diagnostics classiques établissaient une catégorie de diagnostics en se basant sur leur cause. Les maladies

⁶⁾ Voir les débats en psychiatrie médico-légale – RASCH 2000; WOLFF 1995; KONRAD 1995; dans le domaine des assurances sociales, on trouve sur ce thème qu'une étude de T. Zeit traitant sur un plan général de la qualité des anamnèses psychiatriques dans l'expertise; en ce qui concerne la «latitude d'estimation» (de jugement) voir les notes 8, 45 et 52.

⁷⁾ WHO 1992, DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT dt. 1992, 4. Aufl. 2000; American Psychiatric Association 1994; SASS/WITTCHEN/ZAOUTIG dt. 1996, puis en 2001.

⁸⁾ La description de critères sous chiffres particuliers peut faire supposer que le recueil précis d'un état psychopathologique sous forme de l'établissement d'un catalogue de critères suffit à poser le diagnostic. Cette récolte de données ne représente qu'un instantané. Elle peut suffire à formuler une suspicion diagnostique ou un diagnostic provisoire. La condition préalable à un diagnostic définitif voire à un «diagnostic valable pour toute l'existence» est l'évolution de longue durée. Ceci signifie que le recueil d'une anamnèse détaillée (biographique, sociale, antécédents malades) et cas échéant l'analyse des documents traitant de l'évolution de la maladie doivent constituer l'arrière-plan du diagnostic actuel (DSM-IV 2001, XIX; CIM-10 2000, 24, HOFF 1992; HOFF 1996).

dont la cause était inconnue étaient dans les systèmes diagnostiques classiques mises sur le compte d'une élaboration théorique de leur cause. De ce fait résultaient avant tout des différences entre les divers systèmes⁹⁾. Cette classification devait disparaître dans le CIM-10 et le DSM-IV afin de permettre d'obtenir un consensus international. Quelques inconvénients contrebalancent cependant l'avantage de ce consensus. A peu d'exceptions près, le diagnostic seul n'exprime rien à propos de la causalité. Il faut se prononcer en sus à son propos. Le consensus dit que les diagnostics sont «athéoriques». Ils ne se fondent pas sur une théorie particulière traitant de la cause des troubles psychiques¹⁰⁾.

Se libérer de toute théorie n'est cependant pas possible. Chaque processus gérant la pensée se fonde sur une (ou plusieurs) base théorique. Ceci vaut également pour les systèmes de diagnostics psychiatriques mentionnés. Ainsi, il est possible de déceler dans le CIM-10 – en connaissant la nosologie psychiatrique et son histoire – des concepts psychodynamiques dans une série de diagnostics alors que dans le DSM-IV ce sont les concepts neurobiologiques qui prédominent. La discordance entre l'absence explicite de théorie et les diverses références théoriques implicites a eu comme effet que les psychiatres de diverses origines parlent de quelque chose de différent quoiqu'ils utilisent les mêmes termes¹¹⁾.

Dans aucune autre discipline médicale existe un système diagnostique systématique univoque. En médecine interne tout comme en chirurgie, neurologie ou dermatologie, existent des maladies dont la cause est connue et que dès lors on catégorise par le biais de celle-ci, un infarctus du myocarde p. ex. Ou alors est décrite une affection clinique dont le décours est connu¹²⁾ ou inconnu, comme p. ex. de nombreuses formes de cardiomyopathie, le Morbus Crohn ou la sclérose en plaque; dans un troisième groupe sont inclus des diagnostics à titre de syndromes (qui se limitent à la seule description du complexe symptomatique), p. ex. un emphysème du poumon le 4^{ème} groupe correspond à une convention, l'hypertension artérielle ou l'obésité¹³⁾. En psychiatrie, la situation est similaire: un delirium tremens associé à une dépendance à l'alcool appartient p. ex. au premier groupe; dans le second, se range le groupe des schizophrénies ou des maladies schizoaffectives; dans le troisième de nombreux troubles dépressifs ou anxieux, une phobie p. ex. et dans le quatrième, la boulimie et les troubles somatoformes douloureux. La question de savoir si les troubles de l'adaptation et les états de

⁹⁾ KLERMAN 1978; HOFF 1989; HOFF 1994; SADLER/WIGGINS/SCHWARZ 1994; SASS 1996.

¹⁰⁾ BIRLEY 1990; SCADDING 1996; SADLER/WIGGINS/SCHWARZ 1994; HOFF 1992.

¹¹⁾ BIRLEY 1990. Il est intéressant de noter que dans les manuels récents de neuropsychiatrie, on estime que le CIM-10 et le DSM-IV ne sont précisément pas a-théoriques, mais qu'ils se rattachent à un concept de maladie biologique et psychiatrique (p. ex. KLOSTERKÖTTER dans: Förstl 2000).

¹²⁾ Les évolutions à long terme de toutes les maladies chroniques sont essentielles. Elles ont une signification particulière pour les diagnostics cliniques, donc pour des diagnostics chez lesquels la description de la sémiologie est sans nul doute possible, leur cause en revanche étant inconnue (p. ex. sclérose en plaques; Morbus Crohn, schizophrénies, troubles affectifs bipolaires).

¹³⁾ La définition est fournie uniquement sur la base de données limites de tension artérielle ou alors du poids en relation avec la taille.

stress post-traumatique appartiennent au troisième ou au quatrième groupe dépend du concept théorique auquel on se réfère¹⁴⁾.

Les systèmes de diagnostics psychiatriques traditionnels différencient les troubles psychiques à fondement organique, les troubles endogènes et les troubles psychogènes. Cette différenciation correspond au dit modèle de maladie médicale ou biologique¹⁵⁾. Selon ce modèle, les troubles doivent avoir une cause somatique en d'autre terme organique démontrable pour avoir un status de maladie. Les réactions aiguës exogènes et les psychoses à fondement organique l'étaient sans aucun doute. Quant aux psychoses endogènes, on parlait de la notion qu'existait une cause organique à leur source du fait des manifestations cliniques impressionnantes et de leur évolution, cause que toutefois on n'avait pas décelée. Faisaient seule exception les troubles psychiques «purement psychogènes», donc ceux sans atteinte somatique associée identifiable. Par voie de conséquence, ces troubles étaient – suivant les écoles psychiatriques – considérés être des maladies de moindre importance¹⁶⁾. A l'opposé se situait avant tout des concepts psychoanalytiques et d'autres concepts psychodynamiques qui portaient de l'idée que non seulement les troubles «psychogènes», les névroses, mais également les psychoses se développaient du fait d'une mal-évolution psychique et non pas somatique. En revanche, la notion actuelle est de considérer les troubles taxés jusqu'alors de psychogènes de phénomènes biologiques et ce du fait d'altérations fonctionnelles¹⁷⁾ identifiables.

Quoiqu'elle ait l'avantage d'être un concept facilement concevable, cette partition ne peut plus être conservée en l'état, et ce pour 2 raisons: malgré des recherches intenses pratiquées jusqu'alors, il n'a pas été possible de déceler une cause indubitable, qu'elle soit psychogène ou organique, pour toute une série de maladies. Ce qui est encore plus déterminant est que du fait de connaissances croissantes dans le domaine de la recherche fondamentale en neurobiologie, il est possible de déceler et d'observer des altérations fonctionnelles dans le cerveau. Celles-ci permettent de mettre en doute le bien-fondé d'une stricte césure opérée entre troubles organiques et psychogènes¹⁸⁾. Quelle interprétation faut-il p.ex. donner au fait que lors de troubles moteurs somatoformes (qui forment un sous-groupe des troubles dissociatifs) on observe des altérations fonctionnelles au

¹⁴⁾ Le concept biologique du stress se base sur un trouble des hormones du stress et des transmetteurs. On suspecte que ce trouble est durable et qu'il est provoqué par une expérience traumatique. Il ne s'agit cependant que d'une hypothèse développée sur la base de l'expérience animale. Le lien de causalité en particulier n'est pas démontré. Le diagnostic est posé sur la base de critères descriptifs et non pas sur des paramètres hormonaux ou d'autres paramètres biologiques (MONAT/LAZARUS 1991; MAZURE 1995; PILGRIM/ROGERS 2000).

¹⁵⁾ Critique du modèle médical de la maladie (v. HERZLICH 1991; MECHANIC 1999).

¹⁶⁾ Hormis des racines médicales, la psychiatrie a également des racines philosophiques et pédagogiques. Traditionnellement existe 2 courants opposés appelés à l'époque romantique les «psychogéniciens» et les «somatiens» (ACKERKNECKT 1985; HOFF 1992; HOFF 1996).

¹⁷⁾ P.ex. HALLIGAN/DAVID 1999 ; FÖRSTL 2000; les manuels récents de «neuropsychiatrie» vont également dans ce sens.

¹⁸⁾ L'élaboration du «trouble psychogène» a été abandonnée (v. les introductions au CIM-10 et au DSM-IV). On part de la notion que chaque réaction psychique doit avoir un substrat physiologique.

niveau du cortex moteur similaires à celles que l'on retrouve dans les paralysies manifestes¹⁹⁾?

Ces images d'altérations fonctionnelles sont très impressionnantes. La visualisation de certaines activités cérébrales (sur la base de la consommation de glucose ou de l'approvisionnement en oxygène) permet de déduire qu'elles expriment des changements qui ont – malgré tout – un fondement organique. Plus exactement, elles n'expriment pas plus que le fait l'activité cérébrale est modifiée par rapport à celle observée chez des sujets sains. Elles démontrent que des processus psychiques vont de pair avec des altérations physiologiques²⁰⁾. La question du pourquoi et du comment ces altérations se sont développées demeure ouverte, tout comme celle de leur durée et celle de savoir comment elles peuvent être influencées. Du fait de la tendance actuelle de la psychiatrie à se considérer être un membre de la famille des sciences naturelles, tout comme la médecine le fait dans son ensemble, il en résulte logiquement que l'on part de la notion de troubles à fondement organique. Il s'agit ici d'une tendance qui établit par trop rapidement une relation entre la connaissance de processus psychiques et la possibilité d'en démontrer les retentissements neurobiologiques. En effet, il est évident que des processus psychiques se déroulent sur la base d'un processus neurobiologique particulier. Entre la connaissance fondamentale neurobiologique d'une part, les connaissances sociologiques, sociopsychologiques et psychologiques d'autre part et la situation clinique – la situation du patient considéré isolément et les troubles considérés isolément – existe une faille que certains auteurs ont taxée de «hiatus theoreticus»²¹⁾: cette brèche est rapidement comblée dans l'optique qu'elle est étroite. Dans l'histoire de la médecine, cette notion s'est avérée être erronée à maintes reprises.

A propos du type de données

Les études thérapeutiques cliniques témoignent d'une tendance un peu différente. Ici ne s'affrontent pas les «psychiatres biologistes» et «psychodynamiques», ou les théories neurobiologiques et psychodynamiques. Au contraire, les concepts de thérapies intégratives sont surtout propagés. Les meilleurs résultats thérapeutiques pour pratiquement tous les troubles psychiques sont des plans de traitement qui intègrent la pharmacothérapie, la psychothérapie et les mesures thérapeutiques annexes sociales (telles que donner une structure à sa journée, entraîner des facultés spécifiques, être soutenu lors de la réintégration au poste de travail ou lors d'une formation professionnelle, voire d'un recyclage). Afin

¹⁹⁾ Halligan/DAVID 1999. La pure vision «matérialiste» est cependant également l'objet de critiques, p. ex. UTTAL 2001.

²⁰⁾ HAGNER 1996; PöRKSEN 1997; SPENCE 2000; HONEY/FLETCHER/BULLMORE 2002.

²¹⁾ PAUL 1996; SCHLICH 1996. Le problème méthodique se situe au niveau du fait que des itinéraires différents de connaissance sont utilisables lors d'une seule et même argumentation. Le second problème se situe au niveau de la préférence accordée à la monocausalité comme principe. On recherche une cause décisive. Or, généralement plusieurs facteurs sont présents. On distingue entre des causes de maladie nécessaires et suffisantes, entre causes primaires et secondaires et entre facteurs causals et facteurs associés. On ne peut faire bien sûr abstraction du fait qu'existent des prestations d'assurance. Ici également, il ne s'agit pas d'un facteur isolé (CASSIDY et al. 2000).

d'établir une expertise sérieuse, la récolte d'une quantité d'informations, de données est impérative, ce qu'il vaut la peine d'examiner plus en détail. La connaissance scientifique résulte toujours de l'application d'une méthode particulière. Elle dispose d'un arrière-plan théorique, d'un secteur de référence et de source d'erreurs. Ils doivent être pris en compte lors de l'interprétation des résultats ou des conclusions qui en découlent. Il est tout d'abord important de distinguer entre le type de données récoltées: les données médicales fondamentales – les constatations cliniques, les examens de laboratoire, les radiographies, les images fonctionnelles obtenues à l'IRM ou au PET, etc., les mesures, les résultats du traitement impliqué, l'examen des tissus prélevés - sont fort diverses. Dans le contexte de l'expertise, est rarement abordé le fait qu'existe un ou plusieurs échelons d'intégration entre les constatations et les données²²⁾. Les échelons d'interprétation n'ont guère d'importance si l'on se trouve dans le secteur de la norme ou si dans ce secteur, les valeurs sont hautement pathologiques. Ils le sont cependant dans le secteur limite: A partir de quelle mesure un examen de laboratoire est-il pathologique? Lorsque la mesure se situe au-delà du seuil de référence ou lorsqu'elle montre une variation importante par rapport à des mesures antérieures faites chez la seule et même personne? Quel résultat pathologique d'un examen de laboratoire est un prédicteur fiable de la présence d'un facteur de risque ou d'une maladie²³⁾? A partir de quand des circonvolutions cérébrales élargies expriment-elles une «atrophie cérébrale»? Que signifie le résultat d'un test neuropsychologique témoignant d'un trouble de la fonction cognitive²⁴⁾? Les êtres humains sont fondamentalement différents non pas seulement au niveau de leur personnalité, mais également de leur status, de la fonction isolée de chaque organe, de leur faculté de régénération et de réadaptation après qu'ils aient été blessés. Des valeurs de normes déterminées ne servent pas toujours de référence.

L'interprétation doit également intégrer les informations biographiques, sociales, des antécédents maladifs, psychiatriques, culturels, des résultats de tests et des données qui en résultent qui sont alors intégrées dans l'examen. La différence entre les degrés d'interprétation de données médicales n'est pas aussi importante qu'il y paraît à première vue. Et elle s'amenuise lorsque le processus de l'interprétation fait dans l'expertise est accessible à un tiers. Ainsi, la donnée «union

²²⁾ Les radiographies, les images d'IRM ou de CT-scan, les valeurs de laboratoire doivent également être interprétées. Similaire à la notion que la clarté des images parle prétendument d'elle-même existe une tendance à estimer que les chiffres sont plus dignes de confiance et objectifs que les seules descriptions (PORTER 1995). Il est fondamental de prendre en compte ce qu'exprime l'imagerie particulière ou la donnée de l'examen de laboratoire. Les conclusions que l'on peut en retirer dépassent parfois celles qu'expriment les examens. GRANDE (1998) a en prenant l'exemple de la réadaptation cardiologique démontré à quel point le «rationalisme médical» s'est distancé des troubles subjectifs. Le groupe de travail de ZANETTI a démontré ce phénomène lors de la projection radiologique de fractures distales du radius (ZANETTI/GILLULA/JACOB/HODLER 2001) et l'IRM des ligaments alaires effectuée lors d'une suspicion de déchirure comparée à l'IRM d'une population normale (PFIRRMANN/BINKERT/ZANETTI/BOOS/HODLER 2000).

²³⁾ De nombreux médecins tirent de fausses conclusions lorsqu'ils doivent estimer la vraisemblance qu'une maladie ou un facteur de risque particulier est présent. La littérature croissante à ce sujet n'a eu qu'un impact restreint dans la routine clinique quotidienne.

²⁴⁾ Un résultat de testing neuropsychologique ne dit rien quant à son étiologie. Il ne signifie pas qu'existe une lésion cérébrale organique durable. La plupart des troubles fonctionnels cognitifs ne sont pas spécifiques. Ils peuvent se développer des suites d'un surmenage, de privation de sommeil, de problèmes psychiques et sociaux, des suites de la prise de certains médicaments, d'alcool ou de drogue, lors de maladies psychiques, voire même lors de maladies somatiques qui n'intéressent pas le cerveau (TARTER/BUTTERS/BEERS 2001; ZAKZANIS/LEACH/KAPLAN 1999).

conjugale normale» ne dit rien sur la vie conjugale du sujet particulier. Se pose plutôt la question de savoir si la vie conjugale n'était pas thématifiée dans l'exploration; ou si le sujet n'a pas voulu ou n'a pas pu se prononcer à ce propos, ou si le contexte de l'entretien ne permettait pas d'en discuter ou si l'examineur n'a pas fait preuve de suffisamment de persévérance lors de l'abord de ce thème. Si fait suite en résumé la description de la l'histoire conjugale, l'appréciation peut-être partagée et faire également l'objet de considération critique. Si dans le texte traitant de ce sujet, un commentaire est fait sur la situation présente au moment de l'entretien et de quelle façon ce thème a été débattu, sa signification s'accroît lors de l'évaluation globale de la biographie. Ainsi, le mariage – ou un autre élément crucial de l'existence – peut manquer étonnamment de couleurs et ne rien exprimer. La question qui se pose est de savoir si la personne expertisée ne souhaitait pas en parler – ou pourquoi cet élément s'est effacé de sa mémoire.

L'étape suivante dans l'interprétation consiste à placer les données dans une image de synthèse globale; les motifs pour lesquels certaines données ont été taxées de décisives et ont été utiles pour la pose du diagnostic alors que d'autres ont été négligées doivent être précisés et discutés. Est-il possible que la préoccupation croissante d'un homme dans la cinquantaine avec l'idée que ses cotisations ne pourraient pas suffire à financer la retraite anticipée qu'il avait projetée ait pu l'aliéner au point qu'il commette un suicide dans un contexte de raptus? Y-a-t-il d'autres indices évocateurs d'une dépression à caractère psychotique, de manifestation aiguë? Des éléments tels que repliement sur soi, perte de poids, agitation, troubles du sommeil, contrôle invétéré des finances personnelles et rendez-vous chez le notaire ne s'orientent-ils pas dans une même direction? Est-il possible qu'une mère de 4 enfants, qui a réussi dans sa profession, et qui s'occupait en sus de ses beaux-parents atteints dans leur santé et faisait en outre un travail bénévole à la Croix Rouge soit, malgré le succès de ses diverses entreprises, néanmoins surmenée et à la limite de ses forces?

Du fait que les informations subjectives – tout comme les objectives – n'ont pas d'existence propre en tant que telle mais sont récoltées et interprétées par celui qui en discute – sont réduites ou alors magnifiées ou reformées²⁵⁾, une seule donnée ne suffit pas en règle générale pour fournir le fondement d'une appréciation. Plusieurs données doivent à différents niveaux indiquer la même direction. Si des divergences apparaissent là où des convergences devaient être escomptées, ceci constitue également une information. Elle ne doit être ni embellie, ni aplanie. Elle doit être mentionnée et discutée: certaines données font-elles défaut? Où pourraient se situer des erreurs? Ou alors les informations disponibles sont-elles insuffisamment claires et empêchent-elles de procéder à une appréciation?

²⁵⁾ EHLICH 1982; PORTER 1995; BOHNSACK 2000; DENZIN/LINCOLN 2000.

Le facteur temps

Le temps joue un rôle important dans l'évolution psychique de l'être humain, que ce soit sa biographie, ses troubles psychiques ou sa maladie psychique. La chronologie des événements n'est qu'un de plusieurs facteurs liés au temps. Un autre facteur temps existe dans la différenciation entre événement ponctuel et évolution et décours de longue haleine, comme p. ex. un accident à l'opposé d'une grossesse, les soins prodigués à un proche parent jusqu'à la mort ou la durée d'un mariage ou d'une crise conjugale. S'ajoute le fait que la plupart des facteurs qui sont significatifs dans l'appréciation de la causalité n'ont pas un caractère statique mais dynamique – ils se modifient eux-mêmes avec le temps – ils influencent eux-mêmes d'autres facteurs.

Tout ce que l'homme côtoie, tout ce qui lui arrive modifie la situation de départ. Quoique le dossier d'accident débute avec l'événement en question, tel n'est pas le cas en ce qui concerne la biographie, le développement et l'anamnèse de celui qui en a été victime. Ce qui est significatif dans la faculté de faire face à l'accident – hormis les dommages somatiques, les infirmités durables ainsi que le vécu de l'accident – est la constellation de différents facteurs présents au moment de l'accident: tension constante, conflit aigu, situation existentielle pré-occupante, état d'épuisement somatique et psychique, maladie chronique, qui tous sont considérés être de facteurs de risque ainsi que l'expérience antérieure d'avoir été confronté à des événements ayant mis la vie en danger. Le fait que l'événement accidentel ait été éprouvé comme menaçant pour l'existence lorsqu'il est survenu est également significatif du pronostic. Les stratégies de coping sont décisives pour y faire face. Parmi celles-ci se rangent surtout une information suffisante sur la situation présente et l'évolution potentielle, la participation active et la possibilité de pouvoir soi-même façonner l'évolution ultérieure. Tous ces facteurs de coping ne sont également pas donnés ou perdus à tout jamais. Ils peuvent également se développer, s'amplifier, ou alors être bloqués dans l'évolution suivant l'événement accidentel. Le soutien social prodigué par les proches parents ou l'entourage sont d'autres facteurs supplémentaires importants qui permettent à la victime de l'accident de faire face à sa situation. On parle dans ce contexte également de facteur secondaire ou de facteur de décours.

Des erreurs de traitement éclatantes se produisent rarement. Au titre de facteur iatrogène auquel on ne songe que trop peu, on peut citer la communication d'un modèle de maladie, d'une explication pour des troubles qui perdurent, qui fixe la victime d'un accident sur l'événement et sur un dommage qui va se perpétuer sans se modifier – l'évocation d'«un dommage au cerveau» p. ex.²⁶⁾. L'évolution

²⁶⁾ Est une question de perspective si l'on s'oriente lorsqu'une lésion s'est produite sur le dommage durable qui (probablement) va en résulter ou sur les facultés de régénération, de compensation et de coping. Un exemple inhabituel est représenté par l'histoire d'un garçon chez qui une hémisphérectomie droite avait dû être pratiquée à l'âge de 3 ans et 7 mois du fait d'une épilepsie totalement réfractaire au traitement médicamenteux. Par cette opération, on n'avait pas procédé à l'ablation complète de l'hémisphère droit, cependant, il n'était plus fonctionnel, utilisable. BATTRO (2000) a décrit l'évolution de NICO entre l'âge de 6 à 9 ans. Les enfants comme NICO ont une faculté de réadaptation remarquable. «Nous ne pouvons admettre qu'ils vivent avec un cerveau abîmé. Ils vivent avec un cerveau intact, un demi-cerveau au fonctionnement complet» (BATTRO 2000, 28). Les troubles fonctionnels ne sont pas durables en règle générale. (voir également la note 24). Les facultés d'évolution et de coping peuvent être toutes les deux limitées. D'autres facteurs peuvent favoriser la chronicité.

après une maladie n'a rien de statique. Ici également, il faut montrer où se trouvent des possibilités d'évolution et d'amélioration grâce auxquelles les personnes concernées peuvent conserver un rôle actif.

Apprendre à connaître la théorie de maladie subjective²⁷⁾ des sujets concernés et travailler sur cette base est un élément nécessaire de la réadaptation²⁸⁾. Tout comme le concept médical fourni peut être strict et fixé, de même les théories subjectives de maladie peuvent se rigidifier. La tâche principale dans le traitement est alors de faire bouger ce concept théorique.

Ceci signifie en résumé que les troubles psychiques qui se sont manifestés après un accident et le traitement initial ne doivent pas déboucher sur une maladie durable. Le fait qu'ils soient présent ne permet pas de déduire de leur évolution ultérieure²⁹⁾. Les mesures thérapeutiques et réadaptatives doivent dominer l'avant-scène. Elles sont décisives aussi bien pour l'évolution à long terme que pour l'ampleur du dommage persistant. Le traitement doit passer avant le dédommagement. Ce principe est parfois réfuté lorsque l'on se bat pour des questions d'argent.

Les réactions psychiques ont un autre décours chronologique que les somatiques: quoique les réactions psychiques aiguës soient considérées être un facteur pronostique important, ce sont, après des accidents graves, la survie et le traitement en urgence qui ont bien sûr la préséance. Il n'est pas rare que les troubles psychiques ne soient identifiés qu'après un certain délai. Dans certains cas, l'accidenté peut avoir été comateux, ou alors, des interventions chirurgicales répétées ou les douleurs éprouvées ont requis toute l'attention du personnel médical; ou alors, l'hospitalisation s'est prolongée et on a pris conscience de l'état psychique du blessé qu'à son retour dans son milieu familial. De même, le traitement des troubles psychiques et leur atténuation requiert plus de temps que celui des lésions somatiques. Des études traitant de l'évolution de syndromes de stress post-traumatique ont p.ex. démontré qu'ils ne s'atténaient qu'après un délai de 6 mois à 6 ans après l'événement déclenchant³⁰⁾. De nombreux cas ne s'améliorent que plusieurs années plus tard. Ainsi, l'importance des troubles psychiques durables ne peut être fréquemment appréciée de façon définitive qu'après plusieurs années d'évolution. Ce n'est que ce délai passé qu'il est possible d'évaluer le taux d'atteinte à l'intégrité. Ce n'est qu'à cette époque que débute pour l'existence à venir la confrontation avec la question de savoir quels troubles expriment «l'usure

²⁷⁾ Les théories subjectives de maladie et les possibilités de les modifier ont été examinées dans le cadre de quelques projets de recherche. Ils ne sont guère connus en médecine clinique (p. ex. FLICK 1991; MUTZEK/SCHLEE/WAHL 2002).

²⁸⁾ SCHÜFFEL et al. 1998; SCHNYDER 2000.

²⁹⁾ Des symptômes aigus dans le contexte immédiat d'un événement accidentel sont considérés être un facteur de risque pour l'évolution ultérieure. Ceci ne signifie pas cependant qu'existe déjà un trouble ou une maladie (voir également le premier paragraphe traitant de la non-spécificité des symptômes). En général, il ne s'agit pas d'un «tout ou rien», mais plutôt d'un «un peu» ou de «beaucoup» (voir note 2).

³⁰⁾ KESSLER/SONNEGA/BROMAT/HUGHES/NELSON 1995.

de la vie»³¹⁾, quelles altérations de la personnalité sont à taxer d'empreintes de la vie et lesquelles de traumatiques.

Niveau d'argumentation

Taxer d'«empreintes de la vie» des modifications graves de l'état psychique a un côté soit-disant dévalorisant. De même, la notion que la vie ne se déroule pas sans laisser de traces chez une personne. Le souhait d'obtenir une explication, un repère ou au mieux – une mention des causes – est plausible. Il correspond à un besoin humain naturel. La question du «pourquoi» se pose en particulier après de graves accidents mais également après des événements accidentels qui ont induit une césure dans l'existence qui ne peut se poursuivre comme auparavant. Du fait que ce type de changement n'a pas une seule cause en général³²⁾, il est difficile d'opérer un tri. Parfois un synopsis – l'établissement d'une liste chronologique des troubles, constatations, mesures thérapeutiques associées ou non à quel type de résultat, données biographiques ainsi que d'autres données significatives – établi sous forme d'une table peut être utile. On obtient ainsi une vue d'ensemble sur des évolutions simultanées, retrouve des recoupements dans le décours, des convergences et des divergences. La dynamique des facteurs individuels joue ici un rôle particulier.

Comme le besoin de satisfaire sa causalité est propre de l'homme, on le retrouve également dans l'appréciation faite dans l'expertise, ce qui peut nous jouer un tour. Lors de la récolte de l'ensemble des données pour établir le diagnostic tout comme dans la justification de son fondement et le jugement de la causalité, il faut que l'argumentation développée soit vérifiée de façon conséquente. La justification se base-t-elle sur des connaissances fondamentales? Quelle en est la relation avec la situation clinique? Cette relation peut-elle être établie ou est-elle de nature spéculative³³⁾? Cette justification se base-t-elle sur des études fondées sur l'évidence épidémiologique? Ou sur une théorie, et alors laquelle? Sur l'expérience clinique – acquise alors dans quel contexte? Comment et pourquoi les connaissances peuvent être utilisées dans le cas particulier? Que peut-on expliquer, et à quel niveau? Bien trop souvent, tous les détails ne s'appliquent pas à la référence théorique choisie. Le désir de fournir une explication qui se tienne peut dans certains cas aboutir à la tentation d'«aplanir les contradictions»; ou alors, à omettre de faire état de constatations divergentes. La tâche de l'expert ne consiste pas à défendre sa propre théorie mais à appeler les choses par leur nom en mentionnant les éventuelles contradictions. Dans certains cas, elles indiquent la présence d'un état de fait différent – où elles témoignent que la situation ne peut être tirée au clair définitivement.

³¹⁾ BROWN 1974; BROWN et al. 1973; FRANK 1992

³²⁾ SCHLICH 1996; KLUGE/KELLE 2001.

³³⁾ PAUL 1996.

Actuellement, ce sont les références théoriques à la neurobiologie qui sont les plus courantes, ainsi que différents concepts psychodynamiques et la systémique. De plus, existent des connaissances dans le domaine de la recherche biographique et de la recherche narrative. Les connaissances neurobiologiques sont celles auxquelles on accorde la valeur explicative la plus probante. Cependant, il n'est pas toujours pris en compte qu'il s'agit de résultats expérimentaux dont l'impact clinique n'est pas encore connu, et si l'imagerie, du fait sa disponibilité, n'a pas été surinterprétée ou si l'interprétation de ce qu'elle représente en représente une parmi d'autres possibles³⁴). Les examens de testing neuropsychologique servent à la récolte la plus précise possible de déficits cognitifs particuliers. Ils n'ont qu'une valeur limitée pour préciser la cause du déficit³⁵). Les études épidémiologiques sont importantes dans la mesure où elles permettent une orientation générale mais, isolément, elles n'ont pas de valeur probante dans un cas particulier³⁶). Les concepts psychodynamiques sont en principe utiles en thérapie car ils offrent à la personne soignée et au soignant un fil rouge que peuvent suivre ou modifier suivant les cas les deux partenaires³⁷). Ils n'ont qu'une utilité restreinte dans l'élaboration du diagnostic et l'évaluation de la causalité. L'examen est limité dans le temps. Fréquemment, de nombreux détails font défaut qui empêchent de se prononcer clairement; la force suggestive d'un concept est plus grande que sa valeur probante. Les techniques cognitives «behaviouristes»³⁸) se fixent comme objectif de traiter les troubles psychiques de la façon la plus dirigée et sélective possible. Les modèles de processus psychiques sur lesquels elles se fondent sont cependant limités à un secteur relativement étroit. La systémique est en mesure d'aider à mieux apprécier les processus de décours interactif – nombre et genre de contact avec le médecin, initiative thérapeutique, légale ou sociale prise par lequel des partenaires en cause; intérêt secondaire et tertiaire, argumentaire et développement. La recherche biographique et narrative sert à l'analyse des données subjectives du sujet³⁹) – de toutes les données que celui-ci souhaiterait voir réduite au minimum mais sans lesquelles une expertise se serait

³⁴) Les images, en particulier les graphiques, photographies, radiographies etc. ont la réputation d'être une documentation particulièrement convaincante. Ceci est à mettre en relation avec leur facilité d'interprétation immédiate. Cependant, l'imagerie exprime les résultats visuels de différents calculs. Dans le courant de ces dernières années, une littérature critique à propos de la visualisation a rendu attentif à cette problématique (p. ex. HAGNER 1996; PÖRKSEN 1997; UTTAL 2001; HONEY/FLETCHER/BULLMORE 2002).

³⁵) Les examens de testing neuropsychologique ont initialement été développés pour évaluer des déficits après des lésions cérébrales avérées. Des suites du développement et de l'extension des tests, ils ont été utilisés de façon croissante lors de la suspicion de troubles cognitifs fonctionnels. Il n'est cependant pas licite d'utiliser en cas de déficits cognitifs des tests élaborés sur la base de lésions vérifiées du cerveau à titre de références. Hormis lors de déficiences sévères et de symptômes neurologiques associés objectivables, les troubles cognitifs fonctionnels ne sont pas spécifiques. Ceci vaut pour la plupart des examens (v. la note 24).

³⁶) Voir note 23.

³⁷) Les théories psychodynamiques ont été développées rétrospectivement sur la base de biographies, d'anamnèses et de l'expérience clinique – la déduction selon laquelle, si dans un cas isolé une constellation particulière est présente, une seule conclusion est valable selon la théorie en question, n'est pas admissible. Les théories sont des auxiliaires de travail importants. Des données de caractère contraignant sur le plan juridique à propos de liens de causalité ne sont que rarement étayables.

³⁸) Les procédés cognitifs comportementaux (behaviouralistes) ont été développés à partir de situations expérimentales et de tests. Cela signifie que les variables agissant entre elles ont été réduites. Ceci ne correspond pas à la situation quotidienne. De ce fait, les théories qui forment son fondement ne sont pas transmissibles à des situations réelles (v. RHEINBERGER/HAGNER 1993).

³⁹) V. HOFF 1996; KLOSTERKÖTTER 1996; GRANDE 1998.

pas possible. Chaque accident est un événement qui place l'individu qui l'a vécu dans une situation extrême. La recherche biographique⁴⁰⁾ et narrative⁴¹⁾ se réfère à l'existence préalable, aux expériences faites, à l'état actuel, aux possibilités d'affronter une situation particulière et à la situation actuelle. Tous ces éléments n'ont jusqu'à présent guère été pris en compte et leur signification dans le développement et le décours des maladies a été sous-estimée⁴²⁾. En général, les réflexions théoriques sur le processus de l'élaboration des diagnostics en médecine sont plutôt rares. Wieland a cependant démontré à quel point la confrontation avec cette problématique était décisive⁴³⁾.

Conditions prérequis à une appréciation sérieuse

Faire une expertise signifie prendre position sur les questions posées dans sa propre discipline médicale en se basant sur l'état actuel des connaissances et sur une expérience personnelle clinique suffisante. De plus, expertiser signifie également traduire les termes de sa propre discipline – psychiatrique – en termes juridiques. Il n'incombe pas aux juristes mais à l'expert médical de présenter les constatations et examens pratiqués lors de l'élaboration des faits de façon compréhensive pour le juriste et de commenter les résultats obtenus dans une terminologie juridique. Un diagnostic psychiatrique n'est pas forcément une maladie mentale⁴⁴⁾. Le lien de causalité naturelle n'est pas fondé uniquement sur la base de la chronologie («post hoc, ergo propter hoc»). Des troubles qui se sont développés même s'ils sont graves ne doivent pas forcément persister. De même, ils ne s'amendent pas dans tous les cas⁴⁵⁾.

Prendre position dans une langue accessible et compréhensible aux juristes requiert comme prémices que le type de données qui ont été récoltées doit être présenté: dans le compte rendu de l'exploration doit être signalé si des détails importants ont été mentionnés spontanément par le sujet, s'ils ont été fournis à la requête expresse ou de quels passages de l'entretien ils ont été extraits. Ces passages devraient être cités dans la mesure du possible. Les données récoltées et présentées ne doivent pas seulement être énumérées; le gain de connaissance ou d'incertitude qui leur est associé doit également être décrit. La présentation

⁴⁰⁾ JÜTTEMANN/THOMAE 1998; SACKMANN/WINGENS 2000; SCHUMANN 2001; KLUGE/KELLE 2001.

⁴¹⁾ RUASTHOFF 1980; FLADER/GRODZICKI/SCHRÖTER 1982.

⁴²⁾ P. ex. GREENHALGH/HURWITZ 1998.

⁴³⁾ WIELAND 1975.

⁴⁴⁾ On classe encore les maladies appartenant au groupe des schizophrénies et les graves troubles affectifs ainsi qu'un certain nombre de troubles psychiques à fondement organique dans les maladies mentales mais pas les troubles de l'adaptation, les troubles somatoformes, les troubles du comportement et de la personnalité. De plus, tous les diagnostics figurant dans le CIM-10 et DSM-IV ne correspondent pas à une maladie (voir également note 2).

⁴⁵⁾ Un changement de perspective a pris place ici aussi bien en psychiatrie que dans le public, à savoir que les êtres humains se transforment durant l'existence et par elle-même. Cependant, alors qu'il y a encore 30 ans environ, on considérait que les changements de l'état psychique étaient prédéterminés, on s'interroge aujourd'hui sur la question de savoir si une modification de l'état psychique ou de la personnalité est à taxer de maladie – ou si ce changement a été dû aux aléas de l'existence (ANTONOVSKY et al. 1971; FRANK 1961/1992; ANTONOVSKY 1987/1997 – «The regenerative powers of the ego are not limitless»).

des résultats doit être compréhensible et leur interprétation concevable. Pour ce faire, il est nécessaire de présenter chaque niveau de l'argumentation de façon claire. Les divergences, contradictions et lacunes doivent être mentionnées, les questions qui restent ouvertes doivent être formulées. Les échelons importants gravés dans l'interprétation doivent être expliqués. Ce n'est que si on se réfère aux éventuelles lacunes et divergences entre sa propre exploration et les constatations faites antérieurement qu'on est en mesure de réaliser de quelle façon l'ensemble des données a été intégré dans l'appréciation du cas.

Les progrès importants qu'a faits la médecine dans le courant du XX^e siècle ne sont pas seulement à mettre sur le compte des données de base scientifiques. Le focussage sur l'aspect scientifique de la médecine aux dépens de la médecine clinique comportant ses facettes sociales, psychologiques et anthropologiques, a plutôt gêné son essor⁴⁶⁾. Les problèmes posés par le décours de maladies complexes, ou de graves atteintes à la santé ne peuvent être résolus sur cette seule base. Les anciennes connaissances cliniques servent à nouveau de références. A cet effet, il faut se rappeler que la plupart des maladies n'ont pas une cause unique, mais mise à part une «nécessaire», de nombreuses «suffisantes». Il faut songer à cet aspect et l'examiner plus en détail⁴⁷⁾. Il faut également le prendre en compte dans l'expertise.

Il faut également considérer que le contact personnel dans la situation d'examen induit une réaction de transfert qui s'effectue dans deux directions⁴⁸⁾. Ces réactions influencent le discernement d'une façon plus ou moins importante. Lorsque ce type d'interaction est important, il faut le mentionner dans l'expertise⁴⁹⁾. Une connotation morale est donnée à certains diagnostics dans un contexte de transition floue entre processus de transfert et de «contre-transfert». Ceci touche en particulier les diagnostics appartenant au groupe des troubles somatoformes, de conversion et dissociatifs. L'expertisé ne peut-il pas ou ne veut-il pas? Cette question s'associe au thème du handicap psychique pour le moins depuis la naissance de la discipline médicale de la psychiatrie. Déjà au 18^{ème} siècle, les «somaticiens» et les «psychogéniciens» ne s'affrontaient pas seulement en ce qui concerne leur théorie respective sur la cause de l'affection, mais différaient également dans leur attitude envers leur patient: si l'on part de la notion d'une cause organique d'un trouble présenté, ceci implique que le patient n'est pas responsable. Ceci a comme corollaire de le dégager de sa responsabilité mais également de le fixer sur ses troubles. Partir d'une notion de cause psychogène implique en revanche qu'une évolution est possible. Le patient sera cependant rendu responsable s'il ne fait pas de progrès – il ne veut pas. Cette théorie ou l'acceptation de cet arrière-plan⁵⁰⁾ modifie l'attitude fondamentale face aux assurés. Elle ne devrait

⁴⁶⁾ P. ex. LE FANU 1999.

⁴⁷⁾ SCHLICH 1991, voir note 32.

⁴⁸⁾ À propos de ces termes voir FREUD 1910/1975; BARBEY 1980; GABBARD 1999.

⁴⁹⁾ BARBEY 1980; RASCH 1999 parle d'un contact personnel, empathique qui serait le «meilleur moyen de preuve».

⁵⁰⁾ ALWIN GOULDNER 1974.

toutefois pas avoir d'influence sur l'appréciation. La condition requise à cet effet est la réflexion critique de ce processus dans les échelons individuels de l'appréciation franchis lors de la rédaction de l'expertise.

Possibilités et limites de l'appréciation

Pour la cliente et le client, l'expertise peut être également une chance: celle de bénéficier d'un examen approfondi qui ne peut que rarement être pratiqué dans la routine quotidienne d'une clinique ou d'un cabinet privé. De plus, le client et l'examineur se retrouvent dans une situation sortant de la vie quotidienne qui ouvre la possibilité d'une discussion. Elle offre également la chance à de nouvelles interrogations, la possibilité d'obtenir un autre avis et l'accès à de nouvelles possibilités de réflexion. Cependant, l'expertise demeure un succédané, un ersatz: l'appréciation d'un expert psychiatre est requise lorsque les mécanismes de coping usuels de la personne accidentée n'ont pas été efficaces. Sinon, l'expertise n'aurait pas été nécessaire. Cela signifie qu'elle ne peut être qu'un succédané d'une meilleure solution – qui serait pour l'expertisé de pouvoir surmonter grâce à ses propres ressources les conséquences de l'événement; ou être le succédané d'une aide psychiatrique et psychothérapeutique rapide et couronnée de succès qui aurait permis au client de faire face à sa situation sans que persistent des troubles à demeure. Un ersatz ne peut que rarement satisfaire. Il est mesuré à l'aune de ce que l'on escomptait ou souhaitait: un état de bien-être psychique complet.

La question de savoir si cet état de bien-être est présent (ou quand il le sera) n'est pas seulement d'ordre psychiatrique. Elle préoccupe également la société et en cas de litige la justice : quels sont les événements escomptables au cours de l'existence⁵¹⁾? Une collision par l'arrière (un emboutissement) est-elle en ce sens un événement escomptable? Quelle sont les empreintes ou traces laissées par l'existence qui marquent une personne et sa biographie et qui néanmoins doivent être tolérées? Doivent-elles être dédommagées⁵²⁾? Le fait que les victimes d'un événement accidentel restent fixées sur celui-ci et luttent avec leur assurance plutôt que de faire front à leur nouvelle existence fait-il partie des conséquences attendues d'un accident ou des mesures médicales, ou réadaptatives et admi-

⁵¹⁾ Une abondante littérature psychiatrique existe sur la question de la causalité, plus précisément sur la question de savoir quels événements existentiels (life events) et quels agents stressants produisent quels effets, en particulier quand ce type de facteurs peut provoquer un trouble psychique. On distingue ici entre événement de l'existence escomptable et non escomptable (p. ex. BROWN 1974 ; BROWN et al. 1973 a et b; MAZURE/DRUSS 1995; PEARLIN 1999; CREED 2000). Il s'agit d'une distinction d'ordre médical et elle n'est pas identique avec le terme juridique d'adéquation.

⁵²⁾ Les diagnostics psychiatriques se réfèrent aux attentes formulées dans un milieu culturel particulier à une époque précise à l'égard de la santé (HERZLICH/PIERET 1984; WING 1991). L'acceptation fondamentale est faite par la société, et non pas par la psychiatrie ou de façon plus générale par la médecine: la norme est-elle l'homme idéal sans limitation psychique et cognitive et tout écart de cette norme doit-il être dédommagé? Ou alors, partons-nous de la notion d'une personnalité comportant «plaies et bosses» comme un «syndrome d'ombre» (RATEY JOHNSON 1997) présent chez chaque individu qui forme alors le fondement de sa vie quotidienne? Des troubles de l'humeur ont comme conséquence que l'état de bien-être subjectif est profondément différent si les constatations médicales faites évoquent la présence ou non d'une maladie (GRANDE 1998).

nistratives entreprises⁵³⁾? Que signifie dans le monde du travail être fatigué ou épuisé, devoir être déjà capable de travailler quelques jours après avoir souffert d'une angine, d'une grippe voire en devant porter un plâtre? Que se passe-t-il à une époque où on éprouve un «devoir d'être en bonne santé»⁵⁴⁾ lorsqu'une pause dans l'existence est nécessaire? En psychiatrie, on utilise le terme de moratoire. Il est licite d'en faire usage dans certaines phases de l'existence – en fin d'écolage; dans l'intervalle séparant 2 emplois; après une formation... mais pas en plein milieu d'un engagement. Une nouvelle maladie ne constitue-t-elle pas non pas une contradiction mais plutôt un complément nécessaire au «devoir de santé»? Est-il possible que la société (le monde du travail) doive reconnaître les maladies ou les séquelles d'accident pour accorder à leur victime alors ce type de moratoire? Existe-t-il d'autres possibilités que se résigner, ou alors perdre son emploi, voire prendre précocement sa retraite? Comment est-il possible que le chômage soit considéré être un facteur de risque du développement de troubles psychiques mais qu'en revanche, la rente obtenue après un événement accidentel représente un avantage pour lequel il vaut la peine de se battre?

La médicalisation de secteurs croissants de notre milieu social n'a été planifiée consciemment par personne. Elle s'est développée à partir des années 50 et malgré les critiques massives formulées contre elles dans les années 70 du siècle écoulé⁵⁵⁾, le phénomène s'est encore accentué jusqu'à l'heure actuelle⁵⁶⁾. Tous les problèmes n'ont pas une solution médicale. Lorsque toutes les opérations et traitements ont été mis en oeuvre, il devient apparent quelles traces peuvent s'effacer ou non. Cette constatation doit-elle aller de pair avec le diagnostic d'une maladie? Obtenir l'estime de quelqu'un n'est-il possible que par le biais de la confirmation que l'on souffre d'une maladie? L'accroissement de la complexité des questions d'experts a engendré un mécontentement croissant de l'état actuel chez les juristes trop d'expertises sont incomplètes, incompréhensibles et ont des conclusions infondées⁵⁷⁾. Ceci s'explique entre autres par le fait que longtemps, les expertises ont été des tâches annexes réalisées en sus de la routine clinique quotidienne ou de l'activité en cabinet. Les exigences formulées à l'égard des expertises se sont accrues. La formation dans ce domaine est encore une question de l'engagement personnel. Dans cette mise au point, on a pu constater quelle était la complexité de l'élaboration d'un état de faits (d'une situation particulière), quelle était la palette de données qu'il faut prendre en compte et sur quel niveau différent d'argumentation l'appréciation doit s'élaborer. Dans ce type d'évaluation, on aime bien évoquer une certaine «latitude de l'appréciation».

⁵³⁾ Un désir de rente n'est pas identique au diagnostic de névrose de rente. Pour l'ambiguïté de ce terme, voir p.ex. FOERSTER 1987. Pour cette raison, ce diagnostic n'est plus utilisé. Dans le CIM-10 figure le diagnostic de «développement de symptômes somatiques pour des raisons psychiques» (f. 68.0). Il ne s'agit cependant pas d'une aspiration consciente à la reconnaissance de ces troubles mais d'un trouble qui a valeur de maladie. En règle générale, les troubles ne s'amenuisent pas des suites du versement d'une rente (v. FOERSTER 1984).

⁵⁴⁾ HERZLICH/PIERET 1984; HERZLICH 1991.

⁵⁵⁾ ILLICH 1976.

⁵⁶⁾ Le British Medical Journal a consacré un de ses fascicules au problème de la médicalisation dans le courant de l'année écoulée (BMJ 13.4.02).

⁵⁷⁾ Pour la critique aux expertises médicales, voir p.ex. MEINE 1998; MURER 2002. Pour la critique aux expertises psychiatriques, v. notice 6.

Cependant, ni le diagnostic psychiatrique, ni l'analyse de la causalité sont de simples questions d'estimation. L'évaluation de certaines situations complexes requiert des connaissances professionnelles fondamentales et méthodiques associées à une vaste expérience clinique, qui permettent ensemble d'éclaircir dans la meilleure mesure possible les questions posées. Il n'incombe pas à l'expert de faire preuve de clarté si elle fait défaut. Son devoir (ce qui vaut également pour toute activité scientifique) et de réduire les incertitudes⁵⁸⁾. S'inscrivent dans ce contexte également l'énumération des questions qui demeurent ouvertes et la mention du degré résiduel d'incertitude.

La question de la formation professionnelle dans le domaine de l'expertise demeure-t-elle en suspens? Ou faut-il renoncer aux expertises? Un nombre accru de questions doit-il être délégué à la compétence du juriste? Quelle décision peut-elle être prise sur un plan (strictement) juridique? Qu'est-ce qui doit être évalué sur le plan médical? Dans quel domaine faut-il lutter contre la médicalisation croissante? Derrière cette querelle de compétences respectives se cache à mon avis également une chance – celle d'entamer voire de poursuivre une discussion interdisciplinaire et de se donner la peine de dialoguer. Le travail de traducteur demeure la tâche de l'expert médical. Cependant, des connaissances de base médicales devraient également être acquises par les juristes afin qu'ils soient en mesure de lire les expertises au contenu de plus en plus complexe et qu'ils ne les évaluent pas uniquement sur la seule base du critère de leur plausibilité juridique. Peuvent en effet échapper à ce type d'analyse des erreurs méthodologiques fondamentales dans le domaine médical. Le dialogue interdisciplinaire est pénible il n'est pas impossible. Et il ne fait pas courir de risques à la neutralité⁵⁹⁾, comme l'a souligné Peter Elling, juge au tribunal des affaires sociales de Rhénanie-Westphalie.

Références bibliographiques

Ackerknecht, E.H. Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart, Enke Verlag, 3. Auflage 1985

Antonovsky A, Maoz B, Dowty N, Wijsenbeek H

Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience. *Social Psychiatry* 1971; 6(4):186-193

Antonovsky A

Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen, dgvtv-Verlag 1997

Baigger G

Kann Statistik Ungewissheit beseitigen? Eine kurze Darstellung von Wahrscheinlichkeitstheorie, Statistik, ihren Möglichkeiten und Grenzen in der Medizin. *Die Psychotherapeutin* 13, 2000; 69-81 (Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn)

Barbey I

Das forensisch-psychiatrische Interview: Untersuchung zur Problematik psychiatrischer Begutachtung. Berlin, Dietrich Reimer Verlag, 1980

⁵⁸⁾ DEWEY 1998; WIELAND 1995.

⁵⁹⁾ Conférence faite le 2.11.2002 lors du congrès sur l'«Expertise spécifique aux migrants dans la zone de conflit entre la médecine, le droit, la psychologie et la politique» organisé par le Centre d'éthnomédecine de Hanovre. ELLING a proclamé: «Ne craignons pas la transparence; ne craignons pas la communication! Ne craignons pas la coopération!»

- Battro AM
Half a Brain is enough. The Story of Nico. Cambridge/New York Cambridge University Press 2000
- Bebbington P
George Brown: the science of meaning and the meaning of science. In: Harris T (ed) a. a. o. 2000; 71-78
- Birley JLT
DSM III: From Left to Right or from Right to Left? British Journal of Psychiatry 1990; 157:116-118
- Birley J, Goldberg D
George Brown's contribution to psychiatry: the effort after meaning. In: Harris T (ed) a. a. o. 2000; 55-60
- British Medical Journal
Too much medicine? 13 April 2002 No 7342
- Bohnsack R
Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung. Opladen Leske und Budrich 4. Auflage 2000
- Breidbach O
Deutungen. Zur philosophischen Dimension der internen Repräsentation. Weilerswist Velbrück 2001
- Bremner JD, Southwick SM, Charney DS
Etiological Factors in the Development of Posttraumatic Stress Disorder. In: Mazure CM (Hg): Does Stress Cause Psychiatric Illness? Washington DC, American Psychiatric Press, 1995
- Brown GW, Sklai F, Harris TO, Birley JLT
Life events and psychiatric disorders Part 1: some methodological issues. Psychological Medicine 1973a; 3:74-87
- Brown GW, Harris TO, Peto J
Life events and psychiatric disorders Part 2: nature of causal link. Psychological Medicine 1973b; 3:159-76
- Brown GW
Meaning, measurement, and stress of life events. In: Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (eds) Stressful Life Events: Their Nature and Effects, New York: Wiley 1974; 217-43
- Campbell EJM, Scadding JG, Roberts RS
The concept of disease. BMJ 1979; ii:757-762
- Cassell EJ
The Changing Ideas of Medicine. Social Research 1979; 46:728-743
- Cassidy JD, Carroll LJ, Côté P, Lemstra M, Berglund A, Nygren A
Effect of Eliminating Compensation for Pain and Suffering on the Outcome of Insurance Claims for Whiplash Injury. New England Journal of Medicine 2000 Apr; 342(16):1179-1186
- Creed F
The study of life events has clarified the concept of psychosomatic disorders. In: Harris T (ed) a. a. o. 2000; 275-287
- Denzin NK, Lincoln YS (eds)
Handbook of Qualitative Research. London Sage 2. Aufl. 2000
- Dewey J
Die Suche nach Gewissheit: eine Untersuchung des Verhältnisses vom Erkenntnis und Handeln. Suhrkamp, Frankfurt 1998
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hg)
Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Huber, Bern, Göttingen, Toronto 1991
- Dohrenwend BP, Shroud PE, Link BG, Skodol AE, Stueve A
Life Events and Other Possible Psychosocial Risk Factors for Episodes of Schizophrenia and Major Depression – A Case-Control Study. In: Mazure CM (Hg): Does Stress Cause Psychiatric Illness? Washington DC, American Psychiatric Press, 1995
- Double D
The limits of psychiatry. BMJ 2002 Apr; 324(7342):900-904

- Ehlich K
«Quantitativ» oder «Qualitativ»? Bemerkungen zur Methodologiediskussion in der Diskursanalyse. In: Köhle K; Raspe HH (Hg): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München Urban und Schwarzenberg 1982
- Ellenberger HJ
The Fallacies of Psychiatric Classification. In: Micale, M (Hg): Beyond the Unconscious. Essays of Henry F. Ellenberger in the History of Psychiatry. Princeton, Princeton University Press, 1993; 309-327
- Falsetti SA, Resnick HS, Dansky BS, Lydiard RB, Kilpatrick DG
The Relationship of Stress to Panic Disorder: Cause or Effect? In: Mazure CM (Hg): Does Stress Cause Psychiatric Illness? Washington DC, American Psychiatric Press, 1995
- Flader D; Grodzicki WD; K Schröter K (Hg)
Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Frankfurt Suhrkamp 1982
- Foerster K
Neurotische Rentenbewerber. Stuttgart, Enke, 1984
- Foerster K
Die sogenannte Unfallneurose – ein umstrittener Begriff. Akt Traumatol 1987; 17:219
- Förstl H
Klinische Neuro-Psychiatrie: Neurologie psychischer Störungen und Psychiatrie neurologischer Erkrankungen. Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag, 2000
- Frank JD
Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien. Stuttgart Klett-Cotta 1992
- Freud S
Die zukünftigen Chancen der Psychoanalytischen Therapie. Studienausgabe Ergänzungsband. Schriften zur Behandlungstechnik 1910/ Frankfurt S. Fischer 1975; 121-132
- Gabbard GO (ed)
Countertransference Issues in Psychiatric Treatment. Washington DC American Psychiatric Press 1999
- Gattaz WF, Häfner H (eds)
Search for the Causes of Schizophrenia IV. Darmstadt, Steinkopf 1999
- Gouldner AW
Die westliche Soziologie in der Krise. Reinbek, Rowohlt, 1974
- Grande G
Gesundheitsmessungen: Unterschiedliche Gültigkeitsbereiche von Arzt- und Patientenangaben. Heidelberg, Roland Asanger Verlag, 1998
- Greenhalgh T, Hurwitz B (eds)
Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice. London BMJ Publishing Group 1998
- Greenough CG
Influence of Legislative Changes on Whiplash Injury. In: Gunzburg R, Szpalski (Hg): Whiplash Injuries: Current Concepts in Prevention, Diagnosis, and Treatment of the Cervical Whiplash Syndrome. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1998; 291-297
- Grünbaum A
The Placebo Concept in Medicine and Psychiatry. In: Shepherd M, Sartorius N (Hg): Non-Specific Aspects of Treatment. Bern, Huber, 1989:7-38
- Hagner M
Der Geist bei der Arbeit. Überlegungen zur visuellen Repräsentation cerebraler Prozesse. In: Borck C (Hg): Anatomien medizinischen Wissens: Medizin, Macht, Moleküle. Frankfurt a. M., Fischer Taschenbuch Verlag, 1996

- Halligan PW, David AS (Hg)
Conversion Hysteria: Towards a Cognitive Neuropsychological Account. A Special Issue of the Journal. Cognitive Neuropsychiatry. Psychology Press Ltd, UK 1999
- Harris T (ed)
Where Inner and Outer Worlds Meet. Psychosocial research in the tradition of George W. Brown. London Routledge 2000
- Häfner H, Maurer K
Methodische Probleme und Lösungswege bei der Erfassung von Beginn und Frühverlauf psychischer Krankheiten am Beispiel Schizophrenie. In: Sass H (Hg) a.a.o. 1996; 77-105
- Heinz G
Fehlerquellen forensisch-psychiatrischer Gutachten: Eine Untersuchung anhand von Wiederaufnahmeverfahren. Heidelberg, Kriminalistik Verlag, 1982
- Herzlich C, Pierret J (Hg)
Illness and Self In Society. Baltimore, London, The Johns Hopkins University Press, 1984/1987
- Herzlich C
Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: Flick U (Hg): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg Asanger 1991; 293-302
- Hoff P
Erkenntnistheoretische Vorurteile in der Psychiatrie - eine kritische Reflexion 75 Jahre nach Karl Jaspers' «Allgemeine Psychopathologie» (1913). Fundamenta Psychiatrica 1989; 3: 141-150
- Hoff P
Neuere psychiatrische Klassifikationssysteme und ihre Bedeutung für die forensische Psychiatrie. Gesundheitswesen 1992, 54: 244-250
- Hoff P
Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung. Berlin/Heidelberg Springer 1994
- Hoff P
Subjektive und objektive psychiatrische Erkenntnis? In: Sass, H (Hg): Psychopathologische Methoden und psychiatrische Forschung. G. Fischer, Jena 1996: 1-14
- Hoffmann-Richter U
Erzählen – Zur narrativen Struktur psychiatrischen Wissens. Editorial. Die Psychotherapeutin 10 1999:4-12 (Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn)
- Hoffmann-Richter U
Die Ungewissheit in der Medizin. Editorial. Die Psychotherapeutin 13 2000:5-11 (Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn)
- Honey GD, Fletcher PC, Bullmore ET
Functional brain mapping of psychopathology. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 72:432-439
- Horwitz AV, Scheid TL (eds)
A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems. Cambridge Cambridge University Press 1999
- Illich I
Limits to medicine. London, Marion Boyars, 1976
- Ingleby D
The Social Construction of Mental illness. In: Wright P, Treacher A (eds): The problem of Medical Knowledge. a.a.o. 1982; 123-143
- Jüttemann G; Thomae H (Hg)
Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Weinheim Psychologie Verlags Union 1998
- Kahneman D, Slovic P, Tversky A (Hg)
Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. Cambridge University Press 1982/1992
- Kessler RC, Zhao S
The Prevalence of mental Illness. In: Horwitz AV, Scheid TL (eds) a.a.o. 1999; 58-78

- Kessler RC, McGonagle KA, Ahao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al.
Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19
- Kessler RC et al
Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51: 8-19
- Kessler RC, Sonnega E, Bromet E, Hughes M, Nelson CB
Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch General Psychiatry* 1995; 52:1048-1060
- Klerman GL
The Evolution of a Scientific Nosology. In: Shershow JC. *Schio zphrenia. Science and Practice.* Cambridge Harvard University Press 1978; 99-121
- Klosterkötter J
Zur Bedeutung der Selbstwahrnehmung für die Datenerhebung in der Psychiatrie. In: Sass H (Hg): *Psychopathologische Methoden und psychiatrische Forschung.* Jena, G. Fischer, 1996:29-45
- Klosterkötter J
Organische und funktionelle psychische Störungen: Konzepte und Entwicklungen. In: Förstl H (Hg) *Klinische Neuro-Psychiatrie.* Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 2000; 1-22
- Kluge S, Kelle U (Hg)
Methodeninnovation in der Lebenslaufforschung. Integration qualitativer und quantitativer Verfahren in der Lebenslauf- und Biographieforschung. Weinheim/München Juventa 2001
- Konrad N
Der sogenannte Schulenstreit: Beurteilungsmodelle in der Forensischen Psychiatrie. Bonn, Psychiatrie-Verlag, 1995
- Kraus A
Phänomenologische und symptomatologisch-kriteriologische Diagnostik. *Fundamenta Psychiatrica* 1991; 5:102-109
- Kraus A
Phenomenological and Criteriological Diagnosis: Different or Complementary? In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwarz MA (eds) a.a.o. 1994, 148-162
- Kwan O, Ferrari R, Friel J
Tertiary gain and disability syndrome. *Med Hypotheses* 2001; 57(4):459-464
- Le Fanu J
The Rise and Fall of Modern Medicine. London, Little, Brown and Company, 1999
- Leibovici L, Lièvre M
Medicalisation: peering from inside medicine: Professionals and lay people should work together to a common purpose. Editorial. *BMJ* 2002 Apr; 324(7342):866
- Leisering L, Müller R, Schumann KF (Hg)
Intitutionen und Lebensverläufe im Wandel. Institutionelle Regulierungen von Lebensläufen. Weinheim/München Juventa 2001
- Lemyre L
Contextual measures and subjective appraisals. In: Harris T (ed) a. a. o. 2000; 111-119
- Lynch M, Woolgar S (Hg.)
Representation in Scientific Practise. Cambridge/Mass., London, MIT Press, 1990
- Mannebach H
Untersuchung über die Struktur des ärztlichen Denken und Handelns, dargestellt am Beispiel der Klinischen Kardiologie. Weinheim, Chapman and Hall, 1997
- Mazure CM, Druss BG
A Historical Perspective on Stress and Psychiatric Illness. In: Mazure CM (Hg): *Does Stress Cause Psychiatric Illness?* Washington DC, American Psychiatric Press, 1995
- Meador CK
The art and science of nondisease. *N Engl J Med* 1965; 272:92-95

- Mechanic D
Mental Health and Mental Illness: Definitions and Perspectives. In: Horwitz AV, Scheid TL (eds) a. a. o. 1999; 12-28
- Meine J
Die ärztliche Unfallbegutachtung in der Schweiz – erfüllt sie die heutigen Qualitätsanforderungen? Swiss Surg 1998; 4:53-57
- Meltzer H, Gill B, Petticrew M, Hinds K
The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households. HMSO, London (OPCS surveys of psychiatry morbidity in Great Britain, report No. 1) 1995
- Mezey G, Robbins I
Usefulness and validity of posttraumatic stress disorder as a psychiatric category. BMJ 2001 Sept; 323:561-563
- Mezzich J, Kirmayer L, Kleinman A, Fabrega H, Parron D, Good B, et al.
The place of culture in DSM IV. J Nerv Ment Dis 1999; 187:457-464
- Mishara AL
A Phenomenological Critique of Commonsensical Assumptions in DSM-III-R: The Avoidance of the Patient's Subjectivity. In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA (eds) a. a. o. 1994; 129-147
- Monat A, Lazarus S (eds)
Stress and Coping: An Anthology. Columbia University Press 1991 3rd ed.
- Moynihan R, Smith R
Too much medicine? Almost certainly. Editorial. BMJ 2002 Apr; 324(7342):859-860
- Murer E
HWS-Distorsionstrauma ohne sichtbare Folgen: Konstruktive Ansätze statt Schleuderkurs. Vortrag an der SVG-Tagung vom 14.März, Universität Freiburg 2002
- Mutzek W, Schlee J, Wahl D (Hg)
Psychologie der Veränderung. Subjektive Theorien als Zentrum nachhaltiger Modifikationsprozesse. Weinheim/Basel, Beltz, 2002
- Paul N
Der Hiatus theoreticus der naturwissenschaftlichen Medizin. Vom schwierigen Umgang mit Wissen in der Humanmedizin der Moderne. In: Borck C (Hg.): Anatomien medizinischen Wissens: Medizin, Macht, Moleküle. Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch Verlag, 1996
- Pearlin LI
Stress and Mental Health: A Conceptual Overview. In: Horwitz AV, Scheid TL (eds) a. a. o. 1999; 161-175
- Pfirmann CW, Binkert CA, Zanetti M, Boos N, Hodler J
Functional MR Imaging of the craniocervical junction. Correlation with alar ligament and occipitoaxial joint morphology: a study in 50 asymptomatic subjects. Schweiz Med Wochenschr 2000; 130:645-51
- Pilgrim D, Rogers A
A Sociology of Mental Health and Illness. Buckingham Open University Press, 2. Aufl. 1999
- Pörksen U
Weltmarkt der Bilder. Stuttgart Klett-Cotta 1997
- Porter TM
Trust in Numbers. The pursuit of Objectivity in Science and Public Life. Princeton Princeton University Press 1995
- Quasthoff UM
Erzählen in Gesprächen. Linguistische Untersuchungen zu Strukturen und Funktionen am Beispiel einer Kommunikationsform des Alltags. Tübingen Gunter Narr 1980
- Rasch W
Forensische Psychiatrie. 2. Stuttgart, Auflage. Verlag W. Kohlhammer, 1999

- Ratey JJ, Johnson C
Das Schattensyndrom. Neurobiologie und leichte Formen psychischer Störungen. Stuttgart, Klett-Cotta, 1999
- Rheinberger H-J, Hagner M (Hg)
Die Experimentalisierung des Lebens. Experimentalsysteme in den biologischen Wissenschaften 1850/1950. Berlin, Akademie Verlag, 1993
- Sackmann R, Wingens M (Hg)
Strukturen des Lebenslaufs. Übergang – Sequenz – Verlauf. Weinheim/München Juventa 2000
- Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA (eds)
Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification. Baltimore/London, The Johns Hopkins University Press, 1994
- Sass H. (ed)
Psychopathologische Methoden und psychiatrische Forschung. Stuttgart Gustav Fischer 1996
- Scadding JG
Essentialism and nominalism in medicine: Logic of diagnosis in disease terminology. Essay. Lancet 1996; 348:594-596
- Schlich T
Die Konstruktion der notwendigen Krankheitsursache: Wie die Medizin Krankheit beherrschen will. In: Borck C (Hg): Anatomien medizinischen Wissens: Medizin, Macht, Moleküle. Frankfurt a. M., Fischer Taschenbuch Verlag, 1996
- Schnyder U
Die psychosozialen Folgen schwerer Unfälle. Darmstadt, Steinkopff, 2000;122-138
- Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hrsg)
Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden, Ullstein Medical, 1998
- Sen A
Health: perception versus observation: Self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading. Editorial. BMJ 2002 Apr; 324(7342):860-861
- Smith R
In search of «non-disease». Clinical review. BMJ 2002 Apr; 324(7342):883-885
- Stein MB, Gorman JM
Unmasking social anxiety disorder. J Psychiatry Neurosci 2001; 26:185-189
- Sternberg RJ, Horvath JA (Hg)
Tacit Knowledge in Professional Practise. Researcher and Practitioner Perspective. London, Lawrence Erlbaum, 1999
- Summerfield D
The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. BMJ 2001; 322:95-98
- Summerfield D
ICD und DSM are contemporary cultural documents. Letter. BMJ 2002 Apr;324(7342):914-915
- Surtees P, Wainwright N
The timing of lives: loss events over the life course and the onset of depression. In: Harris T (ed) a. a. o. 2000; 171-194
- Tarter RE, Butters M, Beers SR (Hg)
Medical Neuropsychology. Second Edition. New York, Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 2001
- Uttal WR
The New Phrenology: The Limits of Localizing Cognitive Processes in the Brain. Cambridge/Mass., London, MIT Press, 2001
- Walach H, Sadaghiani C
Plazebo und Plazeboeffekte – Eine Bestandsaufnahme. Psychother Psych Med 2002; 52(8):332-342

- Wheaton B
The nature of Stressors. In Horwitz AV, Scheid TL (eds) a. a. o. 1999; 176-197
- Wieland W
Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. Berlin, Walter de Gruyter, 1975
- Wieland W
Der Arzt und seine Handlungsnormen im Spannungsfeld der Wahrscheinlichkeit. In: Kröner P, Rütten T, Weisemann K, Wiesing U (Hg): ars medica. Verlorene Einheit der Medizin? Gustav Fischer, Stuttgart 1995; 157-173
- Wiggins OW, Schwartz MA
The Limits of Psychiatric Knowledge and the Problem of Classification. In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwarz MA (eds) a. a. o. 1994; 89-103
- Wilson M
DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. Am J Psychiatry 1993; 150:399-410
- Wing JK
Social Psychiatry. In: Bebbington PE (Hg) Social Psychiatry, Theory, Methodology and Practice. New Brunswick/London Transaction Publishers 1991; 3-22
- Wolff S
Text und Schuld: Die Rhetorik psychiatrischer Gerichtsgutachten. Berlin, New York, Walter de Gruyter, 1995
- Wright P, Treacher A (eds)
The Problem of Medical Knowledge. Examining the Social Construction of Medicine. Edinburgh University Press 1982
- Zakzanis KK, Leach L, Kaplan E
Neuropsychological Differential Diagnosis. Swets and Zeitlinger Publishers
- Zanetti, Gilula LA, Jacob HAC, Hodler J
Palmar tilt of the Distal Radius: Influence of Off-Lateral Projection – Initial Observations. Radiology 2001 Sept
- Zehnder-Walthert J, Finzen A, Hoffmann-Richter U
Die Borderline-Störung - Syndrom oder Diagnose? Eine Bestandsaufnahme. Die Psychotherapeutin 10 1999:47-71 (Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn)
- Zeit T
Psychiatrische Anamnesen im Gutachten. Stuttgart Genter

Adresse de l'auteur:

Suva
Dr. med. Ulrike Hoffmann-Richter
Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie
Versicherungsmedizin
Postfach
6002 Luzern

Cet article a été publié dans la Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle, RSAS 1/2003, pp. 2-31.

Diagnostic et traitement du traumatisme cranio-cervical par accélération (ou coup du lapin) à la phase aiguë

Introduction

Aujourd'hui, lorsqu'un patient consulte un médecin après une collision par l'arrière, il déclenche chez lui un certain nombre d'associations typiques. De part son expérience professionnelle, le médecin sait certes que dans la majorité des cas les douleurs initiales guériront spontanément et sans rien faire de spécial. D'autre part, chaque médecin se rappelle aussi de cas où il n'a pas été possible, malgré les plus grands efforts, d'éviter un état chronique grave persistant. Dans la première situation, il se sent pratiquement superflu. Dans le deuxième cas, il se voit frustré et impuissant devant l'évolution d'un destin dont il ne peut ni mesurer ni comprendre l'origine avec les instruments de sa formation scientifique. – Les dossiers de la plupart des cas chroniques s'accumulent quelques années plus tard chez le médecin d'assurance. Celui-ci a l'occasion particulière de se forger, de par son travail de routine, une vision d'ensemble concernant un grand collectif. Il se peut ainsi que des indications émergent au sujet de problèmes typiques et au sujet de nouveaux besoins de prise en charge dans le cadre de la gestion médicale d'un groupe de patients. A la fin des années nonante, nous eûmes la conviction que les mécanismes de chronicisation se développent la plupart du temps déjà dans les premiers jours après le tamponnement et qu'il serait notablement plus efficace pour tous les intéressés d'éviter précocement une chronicisation plutôt que d'essayer d'en soigner les conséquences par la suite. Dans ce sens, nous avons pris l'initiative de former un groupe d'experts afin de rédiger ensemble les présentes recommandations suisses pour la phase aiguë. Nous tenons à remercier nos supérieurs pour leur consentement à une entreprise initialement peu simple et aussi pour le fait que nous avons pu exercer notre activité de médecin, même dans ce contexte, sans aucune pression de la part de l'assurance. Un merci tout particulier revient au Prof. Th. Ettlín pour la direction spécialisée et à tous les collaborateurs du groupe de travail, dont les compétences professionnelles spécifiques étaient la condition indispensable pour la qualité des recommandations.

Adresse de correspondance:

Suva, Dr. med. Hans Martin Strebel, Facharzt FMH für Chirurgie,
Versicherungsmedizin, Postfach, 6002 Luzern

Recommandations d'un groupe de travail suisse

H. M. Strebel¹⁾, Thierry Ettlin²⁾, Jean Marie Annoni³⁾, Miguell Caravatti⁴⁾, Stefan Jan⁵⁾, Carlo Gianella⁶⁾, Matthias Keidel⁷⁾, Urs Saner⁸⁾, Hans Schwarz⁹⁾

Le traumatisme cranio-cervical par accélération [TCCA] (1), dit le coup du lapin, fait l'objet de controverses soutenues aussi bien dans les cercles médicaux spécialisés que dans un contexte social plus large de la plupart des pays occidentaux. L'une des principales raisons est le fait que les lésions qui en découlent sont généralement indétectables avec les techniques d'imagerie diagnostique actuelles. Pour le traitement, aucune technique n'a pu apporter de preuve suffisante de son efficacité (2, 3). Le médecin traitant se trouve donc confronté à des problèmes diagnostiques et thérapeutiques très particuliers.

Le travail de notre groupe a montré qu'il est possible de formuler quelques recommandations pratiques pour le traitement aigu, qui se basent sur des tendances reconnaissables (2-10, 27) dans la littérature spécialisée. Notre article s'adresse aux médecins d'urgence et aux généralistes, ceux qui suivent la plupart de ces patients à la phase initiale en fonction de la situation en Suisse. Il est conçu comme aide d'orientation, à adapter à chaque cas particulier.

Traumatismes et guérison

■ Tableau clinique initial

En partant des cervicalgies et du status musculo-squelettique et neurologique des trois premiers jours, la Quebec Task Force [QTF] (10) a proposé une classification de ce traumatisme en quatre stades. Elle est simple et donne une première orientation sur la marche à suivre et le pronostic (11):

- I. Cervicalgie (douleur, raideur, algies). Aucun élément somatique.
- II. Cervicalgie et symptômes musculo-squelettiques (mobilité réduite, points douloureux).
- III. Cervicalgie et symptômes neurologiques (réflexes tendineux diminués ou absents, déficits sensitivo-moteurs).
- IV. Cervicalgie et fracture ou luxation.

¹⁾ Chirurgie FMH, Suva VMG, Lucerne

²⁾ Neurologie FMH, Médecine physique et Réadaptation FMH, Rehaklinik, Rheinfelden (direction du groupe de travail)

³⁾ Neurologie FMH, Hôpital cantonal universitaire, Genève

⁴⁾ Rhumatologie FMH, Universitätsspital, Zurich

⁵⁾ Physiothérapeute dipl./Médecine manuelle OMT SVOMP, Universitätsspital, Zurich

⁶⁾ Chirurgie FMH, Suva VMG, Lucerne

⁷⁾ Neurologie FMH, Kliniken für Neurologie und Neurologische Rehabilitation, D-Bayreuth

⁸⁾ Médecine générale FMH, Lucerne

⁹⁾ Rhumatologie FMH, Hôpital Bethesda, Bâle

D'autres symptômes et troubles peuvent se présenter à n'importe quel stade: troubles auditifs, vertiges, acouphènes, céphalées, troubles mnésiques, dysphagie et douleur des articulations temporo-mandibulaires (10).

■ Limitations

Nos recommandations ne concernent que les stades QTF I et II. Le traitement des stades III et IV est du ressort des spécialistes.

Nous ne parlons pas des cas présentant en plus une commotion cérébrale [discrète lésion cérébrale traumatique] (12). Il ne faut pas les mélanger avec le tableau clinique du TCCA.

■ Pronostic

L'étude de la QTF a montré qu'une semaine après le traumatisme, 22,1 % des traumatisés ont pu reprendre leur travail, et 47 % quatre semaines après leur accident. Une année après l'accident, 1,9 % des blessés recevaient encore des prestations d'incapacité de travail. En Suisse, Radanov et al. ont découvert que 18 % des blessés souffraient encore de douleurs notables et que 4 % étaient totalement incapables de travailler, lors de contrôles deux ans après le traumatisme (13).

Examen à la phase aiguë

■ Nature du traumatisme

Le patient doit pouvoir décrire librement la séquence chronologique des événements et la période qui a suivi. Des détails manquants [par exemple type de collision, présence d'appui-têtes, port de la ceinture de sécurité, nature des perceptions physiques, etc.] sont à compléter pas à pas par l'anamnèse, dans le but de découvrir des lacunes mnésiques et de préciser la nature du vécu subjectif de l'accident. Dans le diagnostic différentiel des trous de mémoire et troubles de la conscience, il y a bien sûr la commotion cérébrale, mais aussi des modifications de l'affectivité [par exemple frayeur ou panique], qui peuvent avoir une influence sur la perception et faire que le patient ne peut ou ne veut reproduire les circonstances de l'accident dans tous leurs détails.

■ Plaintes actuelles

La nature des douleurs, le moment de leur apparition et leur évolution sont à relever dans le détail [cf. tableau 1].

■ Anamnèse personnelle

Les douleurs anciennes ou accidents précédents au niveau de la colonne cervicale ou de la tête doivent être systématiquement recherchés, de même que la consommation de médicaments ou de drogues.

Symptômes selon Keidel [27]	
Cervicalgie	100 %
Raideur de nuque	89 %
Céphalée	87 %
Troubles végétatifs	71 %
Myalgie cervicale	70 %
Troubles neurasthéniques	60 %
Tête lourde	49 %
Vertige	39 %
Douleurs d'un bras	27 %
Douleur lombaire	25 %
Trouble auditif, acouphène	21 %
Symptômes des mains	20 %
Troubles visuels	20 %
Boule dans la gorge	12 %
Dysphagie	7 %
Chat dans la gorge	6 %
Douleur mandibulaire	4 %
Douleur plancher buccal	4 %

Plaintes initiales selon Radanov [13]	
Cervicalgie	92 %
Céphalée	57 %
Fatigabilité rapide	56 %
Douleur épaule	49 %
Anxiété	44 %
Insomnie	39 %
Dorsalgie	38 %
Sensibilité au bruit	29 %
Difficultés de concentration	26 %
Vision floue	21 %
Irritabilité	21 %
Photosensibilité	20 %
Vertige	15 %
Distraction	15 %
Dysphagie	9 %

Tableau 1
Symptômes après traumatisme crano-cervical par accélération par ordre de fréquence décroissante.

■ Examen clinique

Il comprend un status musculo-squelettique et neurologique.

L'examen musculo-squelettique recherche des douleurs à la pression, des contractures musculaires et vices de position sur tout le corps. Il faut rechercher une contusion au niveau de la tête. Au niveau de la colonne cervicale, au cours des trois premières semaines, il ne faut mesurer que les mouvements actifs (flexion/extension, flexion latérale, rotation en position neutre, en extension et antéflexion). Toute aide passive de l'examineur est à proscrire au cours des premières semaines [cf. tableau 2: «hands off»].

Il faut toujours effectuer un examen neurologique complet [état de conscience, examen des nerfs crâniens, sensibilité, motricité, réflexes ostéotendineux et signes pyramidaux à toutes les extrémités].

■ Polytraumatisés

En présence de plusieurs traumatismes au niveau de la tête, du thorax, de l'abdomen et/ou des extrémités, un TCCA risque de ne pas être l'objet d'une attention suffisante, pour le diagnostic et le traitement.

■ Imagerie diagnostique de la colonne cervicale à la phase aiguë

La QTF ne recommande des radiographies de la colonne cervicale que pour les stades II–IV. Les transitions sont floues entre les stades I et II en pratique. Le stade IV ne peut être exclu que par la radiologie. Nous recommandons donc dans pratiquement tous les cas un examen radiologique de la colonne cervicale de face, de profil et transbuccal pour la dent de l'axis. Il est indispensable que les clichés soient techniquement de bonne qualité et que C7 soit bien visible (14).

Les clichés de profil sont indiqués en cas de suspicion de subluxation unifacettaire, de luxation ou de fracture, s'il n'y a pas de scanner [TC] (14).

Un examen par TC de la colonne cervicale est indiqué à la phase aiguë en cas de suspicion de fracture ou de luxation et si l'imagerie conventionnelle ne permet pas de visualiser correctement la transition cervico-thoracique (14).

A la phase aiguë, une IRM de la colonne cervicale n'est indiquée qu'en présence de déficits radiculaires ou rachidiens (1).

■ Examens neuropsychologiques

Les troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire de même qu'une fatigabilité inhabituelle sont fréquents après un TCCA sans complication (13, 15-17). Ils interagissent la plupart du temps avec plusieurs facteurs tels que cervicalgie, céphalée, insomnie, troubles végétatifs et troubles affectifs dépressifs. Les problèmes neuropsychologiques doivent faire d'emblée partie de la prise en charge thérapeutique du patient. Les examens formels s'effectuent en cas de persistance de troubles de la mémoire et de l'attention, mais pas avant trois mois – en raison des interférences aspécifiques.

Traitement à la phase aiguë

■ Prise en charge thérapeutique du patient

Ce qui suit se base sur les principes de l'expérience médicale, et non sur des données basées sur des preuves.

- C'est le médecin traitant du patient qui assure la continuité la plus importante.
- Dès le premier contact médical [y compris service d'urgences], les plaintes du patient doivent être prises au sérieux. Il a besoin d'avoir une information spécifique sur le traitement prévu et sur son pronostic [cf. «Evolutions – consultations spécialisées – facteurs de risque»].
- Après le premier traitement aux urgences ou par un médecin d'urgence, un contrôle rapproché est à organiser chez le médecin traitant. Il faut en outre compléter l'anamnèse et l'examen clinique [cf. «Examen à la phase aiguë»] et adapter les mesures thérapeutiques et diagnostiques déjà entreprises le cas échéant.
- La collaboration avec la physiothérapie doit se faire en partenariat, avec informations concordantes à donner au patient.
- Les stress psychiques, familiaux et professionnels du patient doivent entrer d'emblée dans le concept de traitement (18), de manière à ce qu'il soit possible d'apprécier ses ressources en temps utile.
- Les effets synergiques des assurances, et si nécessaire, la collaboration de l'employeur sont d'autres conditions importantes pour une guérison optimale.

■ Traitement efficace de la douleur aiguë

En nous basant sur ce que nous savons de la physiologie de la douleur (19, 20) et par analogie avec les expériences des douleurs postopératoires aiguës (21), nous recommandons de recourir rapidement aux analgésiques, soit si possible avant la manifestation des pics douloureux posttraumatiques, et à doses suffisantes. Ils doivent couvrir l'ensemble des 24 heures d'une journée. Le patient a tout d'abord besoin d'un traitement de base fixe et d'analgésiques en réserve qu'il peut prendre en plus lorsqu'il en ressent le besoin.

L'effet du traitement analgésique doit être contrôlé et adapté à intervalles rapprochés, en fonction de l'évolution des douleurs, en modifiant sa dose ou en l'associant à d'autres analgésiques. A titre d'exemple, nous recommandons certains médicaments [doses pour patients de plus de 50 kg]:

Premier choix:

- acide méfénamique jusqu'à 3x500 mg
- diclofénac jusqu'à 4x50 mg
- ibuprofène jusqu'à 4x600 mg

En cas de risque ou d'intolérance, un inhibiteur sélectif de la COX-2.

Si nécessaire en plus:

- paracétamol jusqu'à 6x500 mg
- tramadol jusqu'à 4x50-100 mg
- tartrate de dihydrocodéine jusqu'à 2x60 mg

■ Instruction sur l'activité et la prévention des douleurs dans la vie courante

Les nouvelles études thérapeutiques soutiennent pour la plupart le concept de remettre les patients dans la vie active, dans les limites de ce qui déclenche des douleurs (2, 4, 5, 7, 8, 22, 23). Ils ont besoin au début d'une instruction sur l'ergonomie de leur activité et sur la prévention des positions réactivant leur douleur aiguë. Cela fait très souvent intervenir assez rapidement un/e physiothérapeute expérimenté/e.

■ Rôle de la physiothérapie à la phase aiguë

A la phase aiguë, le rôle de la physiothérapie est essentiellement à nos yeux l'encouragement de l'autonomie et de la responsabilité du patient dans sa mobilisation active, sans douleur (22).

Le tableau 2 présente des recommandations détaillées pour le reste de la physiothérapie à la phase aiguë.

■ Moyens auxiliaires passifs

Dans le concept thérapeutique proposé, pour les stades QTF I et II, nous recommandons en principe un traitement sans minerve. Il a été prouvé que les minerves de Schanz, non rigides, ne procurent aucun avantage aux patients (2, 4, 6-8, 10).

Fait exception à la règle l'essai de nouveaux traitements par des centres spécialisés (24). Mais il s'agit de respecter les conditions suivantes:

- adaptation individuelle sans fixation de positions vicieuses;
- matériel en mousse rigide;
- atténuation efficace des douleurs;
- instruction et contrôles rapprochés du patient par spécialistes formés dans ces centres.

Dans les instructions sur ce qu'il faut faire pour atténuer les douleurs ou ne pas faire pour les réactiver, un coussin spécial [de millet par exemple] peut rendre de bons services. Mais la littérature n'en confirme pas le bénéfice à large échelle.

■ Capacité de travail

Les critères les plus importants de la capacité de travail sont la gravité initiale du traumatisme et les plaintes actuelles d'une part, et de l'autre les contraintes professionnelles. Le patient doit savoir que ses problèmes peuvent être légèrement accentués lors de la reprise de son travail, momentanément. Si les douleurs se prolongent outre mesure malgré le respect des règles ergonomiques [cf. «Traitement à la phase aiguë», «Instruction sur l'activité et la prévention des douleurs dans la vie courante»], il faut réduire la capacité de travail.

Une semaine après le traumatisme, la reprise du travail est possible à condition qu'il n'y ait pas de douleurs au repos [douleur en position neutre]. Après disparition de la réaction inflammatoire initiale, de nombreux patients peuvent reprendre leur travail à partir de la deuxième semaine même en ayant des douleurs au repos modérées, pour autant qu'ils aient été bien formés en ergonomie.

De petites tâches quotidiennes, purement thérapeutiques, peuvent être accomplies dans de nombreux cas – même si elles ne donnent pas de prestation significative pour l'employeur –, dans le but de maintenir les liens professionnels, ce qui est important pour le rétablissement.

Principes de base

- Encourager l'autonomie et la responsabilité du patient
- Mobilisation active rapide, indolore
- Collaboration interdisciplinaire («tous tirent à la même corde»)
- Eviter les arrêts de travail ou les abréger le plus possible
- Suivi systématique et documentation de l'évolution
- Si stagnation ou évolution atypique, réévaluation de la stratégie de traitement et/ou supervision spécialisée

Recommandations pour le management

Semaine 1–3: «hands off»

- Aucun examen provoquant des douleurs et aucune mobilisation passive («hands off»)
- Enseigner et vérifier des activités ergonomiques prévenant les douleurs, à domicile et au travail
- Enseigner les mouvements actifs de la nuque sans douleurs et sans aggraver les symptômes. Apprentissage d'un programme à domicile en fonction des problèmes
- Commencer l'entraînement des fléchisseurs profonds de la nuque
- Mobilisation active de la colonne dorsale et des structures neurales (sans symptômes)
- Entraînement d'endurance adapté (marche à bons pas à l'air libre, hometrainer, escaliers, natation sur le dos, aquajogging, etc.)
- Détonification de la musculature de la ceinture scapulaire par exercices actifs et nombreuses répétitions (30 et plus)
- Instruction claire sur le sevrage progressif de l'éventuelle minerve
- Instruction sur les mesures passives à prendre à domicile (douche chaude, douche écossaise par la suite, enveloppements chauds ou bouillottes sur la ceinture scapulaire, évt. TENS)
- Eventuelles techniques de modulation de la douleur et analgésie du sympathique cervical

A partir de la semaine 4

- Si nécessaire: examen passif détaillé
- Si nécessaire: traitement des dysfonctions articulaires (respecter les symptômes et plutôt ne pas aller jusqu'en fin de course)
- Poursuivre le traitement du déséquilibre musculaire
- Si nécessaire traitement des parties molles
- Augmentation de la capacité d'effort dans la vie courante et les loisirs
- Si capacité d'effort insuffisante ou besoin accru (sportifs, etc.), mettre en route un entraînement médical

Tableau 2

Management physiothérapeutique des patients présentant des problèmes aigus après entorse cervicale.

(I. Wehrle Jan, B. Karlen, U. Abt, M. Caravatti, S. Fischer, A. Hongler, N. Pulkovski, S. Jan-Wehrle, Service de Rhumatologie et Institut de Médecine physique, Hôpital universitaire Zurich).

Evolutions – consultations spécialisées – facteurs de risque

■ Triage

L'examen initial détaillé [cf. «Examen à la phase aiguë»] est indispensable pour le triage entre les nombreux cas qui évoluent simplement et les cas potentiellement problématiques [cf. «Facteurs de risques»], qui ont absolument besoin de contrôles plus rapprochés et de mesures plus intensives.

■ Indications aux consultations spécialisées au cours des six premières semaines

- Si l'état du patient ne s'est pas nettement amélioré malgré un traitement adéquat [cf. «Traitement à la phase aiguë»], il faut envisager une réévaluation diagnostique et thérapeutique approfondie.
- S'il y a des troubles de la sensibilité, des parésies, des réflexes asymétriques et autres signes de déficits nerveux centraux, un consilium neurologique est indiqué sans délai.
- En cas d'hypoacousie aiguë, de nystagmus, de vertige rotatoire en crise ou permanent sur plusieurs jours, il faut prévoir un examen spécialisé ORL.
- S'il y a des troubles visuels [complications telles qu'hémorragies du corps vitré, décollement de rétine, etc.], un consilium ophtalmologique est indispensable.
- Les sautes d'humeur doivent d'abord être prises en charge par le médecin traitant. En cas de symptomatologie anxieuse-dissociative ou dépressive marquée (cauchemars, isolement social, comportement de fuite, humeur dépressive permanente, etc.), une évaluation psychiatrique par un spécialiste expérimenté dans ce domaine est indiquée.

Facteurs de risque

Environ 20% des patients (10, 13) présentent des problèmes prolongés, voire définitifs. La littérature donne toute une série de facteurs de risque de chronification (13, 25-27):

- âge;
- intensité initiale des cervicalgies ou céphalées;
- mobilité cervicale fortement diminuée au départ;
- insomnie rapide;
- troubles rapides de l'attention et des réactions;
- score de nervosité élevé;
- anamnèse de céphalées;
- anamnèse de traumatisme cranio-cérébral.

Leur présence («yellow flags») doit inciter le médecin responsable à être particulièrement attentif.

Réévaluation après six semaines

Si les problèmes ne se sont pas très nettement atténués après six semaines, il faut réévaluer la situation (10).

Ces patients ont besoin d'un examen dirigé par des spécialistes particulièrement expérimentés sur les conséquences des TCCA. Une équipe interdisciplinaire est souvent conseillée, composée de spécialistes en neurologie, rhumatologie, médecine physique et réadaptation, psychiatrie, neuropsychologie et physiothérapie. La collaboration étroite de ces spécialistes peut avoir une importance décisive, et il faut encourager la formation de telles équipes spécifiques, interdisciplinaires.

Le résultat des mesures thérapeutiques peut dépendre dans une très large mesure de leur mise en route à temps. La prise en charge par l'équipe doit pouvoir se faire dans les semaines suivant la demande du médecin traitant.

Quintessence

Diagnostic et traitement du TCCA [ou coup du lapin] à la phase aiguë

Diagnostic

- Anamnèse: reconstitution initiale si possible sans lacune du déroulement de l'accident. Anamnèse initiale détaillée des problèmes physiques et psychiques.
- Examen: status musculo-squelettique et neurologique. Radiographies de la colonne cervicale ap, de profil [y c. C7] et de la dent de l'axis ap. TC cervicale si suspicion de fracture/luxation et si radiographies standard insuffisantes pour le diagnostic. IRM cervicale si déficits neurologiques.
- Consilia: si réponse insuffisante après sept jours de traitement initial adéquat. Si suspicion de troubles neurologiques. Si nystagmus, vertige rotatoire en crise ou vertige prolongé. Si hypoacousie aiguë. Si troubles visuels. Si symptômes psychiques majeurs.

Traitement

- Prise en charge thérapeutique: prendre le patient au sérieux. L'informer consciencieusement. Rôle majeur du médecin traitant: contrôle rapproché [dans les 24–48 heures après le premier examen en urgence]. Partenariat congruent avec la physiothérapie. Entrée en action précoce des champs perturbateurs psychiques et sociaux. Entretenir le contact avec le travail.
- Analgésiques initiaux: mise en route le plus rapidement possible. Dose suffisante. Couverture efficace sur 24 h. Contrôle rapproché du résultat et adaptation du traitement.
- Vie active dans les limites non douloureuses.
- Physiothérapie précoce: «Hands off» pendant les trois premières semaines. Apprentissage d'activités ergonomiques non algogènes. Minerve: le port de minerves molles de routine ne procure aucun bénéfice.

Contrôle de l'évolution

- Triage par suivi systématique de l'évolution et dépistage rapide des facteurs de risque [«yellow flags»].
- Reprise du travail précoce et adaptée.

Réévaluation après six semaines [«red flag»].

- Si rémission insuffisante, réévaluation de la situation par une équipe interdisciplinaire.

Membres du groupe de travail

Nous remercions le Prof. J. Hodler, Médecin-chef du Département de Radiologie, et le Dr N. Boos, PD, Médecin-chef de la Division Colonne vertébrale, du Service universitaire d'Orthopédie Balgrist Zurich, pour leur rédaction critique du chapitre sur les examens radiologiques de la colonne cervicale à la phase aiguë.

Nos remerciements s'adressent également aux organisations qui ont pris la peine de nous donner un commentaire critique, dont il a été tenu compte dans la version définitive: Société Suisse de Médecine générale; Société Suisse de Neurochirurgie; Société Suisse de Neurologie; Société Suisse d'Orthopédie; Société Suisse de Médecine physique et réadaptation; Société Suisse de Physiothérapie; Société Suisse de Rhumatologie.

Références bibliographiques

- (1) Schnider A, Annoni JM, Dvorak J, Ettlin T, Gütling E, Jenzer G, et al. Beschwerdebild nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (whiplash-associated disorder). Schweiz Ärztezeitung 2000; 81:1655-6.
- (2) Barnsley L. Treatment strategies in the initial phase of whiplash injury. In: Internat. Congress on WAD, Berne, March 8–10th 2001. p. 61-3.
- (3) Peeters GGM, Verhagen AP, de Bie RA, Oostendorp RAB. The efficacy of conservative treatment in patients with whiplash injury: A systematic review of clinical trials. Spine 2001;26:E64-73.
- (4) Borchgrevink GE, Kaasa A, McDonagh D, Stiles TC, Haraldseth O, Lereim I. Acute treatment of whiplash neck sprain injuries. A randomised trial of treatment during the first 14 days after a car accident. Spine 1998;23:25-31.
- (5) McKinney LA. Early mobilisation and outcome in acute sprains of the neck. BMJ 1989;299:1006-8.
- (6) Mealy K, Brennan H, Fenelon GC. Early mobilization of acute whiplash injuries. BMJ 1986;292:656-7.
- (7) Rosenfeld M, Gunnarson R, Borenstein P, Cassidy JD. Early intervention in whiplash-associated disorders. A comparison of two treatment protocols. Spine 2000;25:1782–7.
- (8) Schnabel M, Vassiliou T, Schmidt T, Basler HD, Gotzen L, et al. Ergebnisse der frühfunktionellen krankengymnastischen Übungsbehandlung nach HWS-Distorsion. Schmerz 2001; 16:15-21.
- (9) Schwarz H. Zur konservativen Behandlung frischer Weichteilverletzungen der Halswirbelsäule. Manuelle Medizin 1987;25:116-9.
- (10) Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, Zeiss E. Scientific monograph of the Quebec Task Force on whiplash-associated disorders: redefining «whiplash» and its management. Spine 1995;20(Suppl.):2S-73S.
- (11) Hartling L, Brison RJ, Arden C, Pickett W. Prognostic value of the Quebec Classification of whiplash-associated disorders. Spine 2001;26:36-41.
- (12) Mild Traumatic Brain Injury Committee of the Head Injury Interdisciplinary Special Interest Group of the American Congress of Rehabilitation Medicine. Definition of mild traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil 1993;8:86-7.
- (13) Radanov BP, Sturzenegger M, Di Stefano G. Long-term outcome after whiplash injury. A two-years follow-up considering features of injury mechanism and somatic, radiologic and psychosocial findings. Medicine 1995;74:281-97.
- (14) Hodler J. Persönliche Mitteilung 2001.

- (15) Di Stefano G. Das sogenannte Schleudertrauma. Bern: Hans Huber; 1999.
- (16) Di Stefano G, Radanov BP. Course of attention and memory after common whiplash: a two-years prospective study with age, education and gender pair-matched patients. *Acta Neurol Scand* 1995;91:346-52.
- (17) Ettlín TM, Kischka U, Reichmann S, Rádii EW, Heim S, Wengen D, Benson DF. Cerebral symptoms after whiplash injury of the neck: a prospective clinical and neuropsychological study of whiplash injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992;55:943-8.
- (18) Mayou R, Bryant B. Outcome of "whiplash injury". *Injury* 1996;27:617-23.
- (19) Dickenson AH. Spinal cord pharmacology of pain. *Br J Anaesth* 1995b;75:193-200.
- (20) Sinatra RS. Pain management: present status, future trends. In: Sinatra RS, Hord AH, Ginsberg B, Preble LM, eds. *Acute Pain-Mechanisms and Management*. Mosby; 1995. p. 609-12.
- (21) Hecker BR, Albert L. Patient-controlled analgesia: a randomised, prospective comparison between two commercially available PCA pumps and conventional analgesic therapy for postoperative pain. *Pain* 1988;35:115-20.
- (22) Jan-Wehrle S, Wehrle Jan I, Huber E. Die Behandlung von akuten Verletzungen der Halswirbelsäule (Therapie und Qualitätsmanagement). *Physiotherapie* 2000;8:18-24.
- (23) Nordin M. Education and return to work. In: R. Gunzburg, M. Szpalski. *Whiplash Injuries*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998. p. 199-210.
- (24) Gurumorthy D. A prospective study of acute «whiplash» injury and its clinical management. *Abstract Proc. WAD World Congress* 1999.
- (25) Radanov BP, Sturzenegger M. Predicting recovery from common whiplash. *Eur Neurol* 1996;36:48-51.
- (26) Kasch H, Bach FW, Jensen TS. Handicap after acute whiplash injury. *Neurol* 2001; 56:1637-43.
- (27) Keidel M. Schleudertrauma der Halswirbelsäule. In: Brandt T, Dichgans H, Diener HC, Hrsg. *Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen*. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer; 1998. S. 69-84.

Adresse de correspondance:

Prof. Dr. med. Thierry Ettlín
Facharzt FMH für Neurologie
Med. Direktor Rehaklinik
4310 Rheinfelden

Fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crano-cervical

Directives pour l'anamnèse et l'examen clinique dans la phase aiguë

Thierry Ettlin, Bruno Soltermann

Après un traumatisme d'accélération crano-cervical, le premier examen médical s'effectue en règle générale dans un service d'urgences ou dans un cabinet médical en fonction de l'importance des troubles. Le but de ces premiers examens médicaux dans la phase aiguë est de réunir une documentation concernant le déroulement de l'accident sur la base de la description du patient, d'enregistrer l'apparition des douleurs et d'effectuer un constat de l'état clinique au moyen d'un examen des muscles et du squelette, basé sur les zones essentielles, et d'un examen neurologique. Afin de disposer d'une documentation initiale consistante et d'organiser la conduite thérapeutique, il est indispensable que le médecin de famille procède encore une fois lui-même à l'anamnèse et à l'examen clinique lors de la prise en charge du patient, même en cas de première consultation effectuée précédemment auprès d'un service d'urgences.

La fiche documentaire est un instrument de saisie dans le genre d'une check-list qui peut servir aussi bien de questionnaire pour l'assureur accidents que de propre documentation dans l'historique de la maladie.

Elle comprend les rubriques suivantes:

1. Circonstances de l'accident
2. Indications chronologiques sur le déroulement de l'accident concernant les symptômes particuliers
3. Indications du patient sur ses symptômes
4. Anamnèse antérieure
5. Résultats de l'examen médical
 - a) Douleurs/mobilité de la colonne cervicale
 - b) Douleurs/limitations fonctionnelles d'autre localisation
 - c) Examen neurologique
 - d) Etat de conscience actuel
 - e) Lésions externes
 - f) Radiographies
 - g) Autres constatations ou éléments frappants
6. Diagnostic provisoire
7. Thérapie/mesures prescrites

1. Circonstances de l'accident

Le patient doit décrire librement la nature de l'accident, le déroulement de l'accident et les circonstances de celui-ci. Dans le cas le plus fréquent d'une collision automobile, il faut demander si le véhicule disposait d'appuie-têtes et si la ceinture de sécurité était attachée. Les indications du patient concernant la vitesse et l'impact énergétique reflètent son vécu subjectif et ne constituent aucunement une interprétation mécanique de l'accident.

2. Indications chronologiques sur le déroulement de l'accident concernant les symptômes particuliers

Afin d'exclure une commotion cérébrale (synonyme: traumatisme cérébral léger, commotio cerebri), le médecin doit obtenir la clarté sur la capacité de réminiscence sans faille du patient concernant le déroulement de l'accident. Il est recommandé, à ce sujet, de poser graduellement des questions sur la suite chronologique de l'événement, sans influencer par des demandes suggestives. A titre introductif, on peut s'enquérir des faits les uns après les autres. On peut supposer une capacité de réminiscence ininterrompue si le bruit de la collision a été entendu, si l'impact sur le corps et si un effet de déplacement ont été perçus et si le comportement personnel a été décrit sans lacune après l'immobilisation du véhicule. De plus, on peut supposer un état de conscience absolu si l'attitude et les réactions du patient sur le lieu de l'accident étaient cohérents. Dans ce contexte, le vécu psychique du patient doit être exploré. Le patient était-il dans un état d'anxiété ou de frayeur? Y avait-il d'autres circonstances susceptibles d'expliquer une éventuelle mémoire défectueuse et une altération de l'état de conscience?

3. Indications du patient sur ses symptômes

Les questions posées doivent se référer à la nature des blessures, au moment de leur apparition et à leur évolution jusqu'à la consultation. L'évaluation subjective des douleurs est utile, notamment les douleurs au niveau de la nuque et de la tête. Il faut distinguer entre des douleurs supplémentaires spontanément évoquées et celles qui sont explorées de manière ciblée. Des troubles de l'attention et de la mémoire, des troubles du sommeil, des signes végétatifs, des symptômes d'anxiété, de dissociation et de dépression apparus tôt ne sont pas exprimés instinctivement par maints patients. Parce que ces troubles présentent un risque de chronicité élevé, il est recommandé de poser des questions au sujet de ces douleurs dans un langage soutenu, cursif et non suggestif. Si de tels troubles sont présents, ils doivent être classifiés de manière explicative avec le patient comme partie intégrante de l'ensemble du contexte médical et surveillés dans l'évolution ultérieure.

4. Anamnèse antérieure

Il s'agit d'indications relatives à des accidents antérieurs avec participation de la colonne cervicale (CC), de la colonne vertébrale et/ou de la tête, ainsi que d'indications sur les traitements antérieurs consécutifs à des douleurs de la colonne cervicale ou du dos, ainsi que sur d'autres symptômes et leur traitement. Il est également important que les questions posées englobent des céphalées antérieures, y c. une anamnèse familiale de migraines. On doit également se faire un tableau de la situation familiale et professionnelle du patient, parce que les circonstances psychosociales peuvent aggraver l'évolution des conséquences de l'accident et qu'elles doivent être considérées pour la conduite thérapeutique.

5. Résultats de l'examen médical

L'examen corporel comprend un examen clinique des muscles et du squelette et un examen neurologique.

The image shows two overlapping medical forms. The left form is titled "Dokumentationsbogen für Unfallverletzte nach einem zervikalen Beschleunigungstrauma" (Documentation form for injured patients after a cervical acceleration trauma). It includes sections for patient information, anamnesis (anamnèse), and physical examination (examen corporel). The right form is titled "II Examen neurologique" (Neurological examination) and includes a checklist for neurological symptoms and a diagram of the human body for marking symptoms.

a) Douleurs/mobilité de la colonne cervicale

A l'inspection du patient en position debout, il convient de veiller aux troubles de la posture tels que protraction ou latéralisation de la tête/du cou, port élevé des épaules, aplatissement de la cyphose physiologique de la colonne thoracique et anomalies antérieures de la colonne vertébrale. En principe, durant la phase aiguë, l'exécution des mouvements ne devrait être qu'active, c'est-à-dire contrôlée par le patient lui-même. Cela correspond aussi au principe «hands off» du traitement de physiothérapie durant les trois premières semaines. Lors de l'inspection active de la mobilité, lorsqu'on apprécie l'évolution, il convient de mesurer la rotation et l'inclinaison latérale de la tête en degrés, la flexion/extension selon la distance menton/sternum en cm. Cet examen sera suivi de la palpation avec description de la localisation des douleurs et de l'augmentation de tonus dans la zone des muscles du cou, de la nuque, de la ceinture scapulaire et interscapulaire. La localisation des douleurs à la pression peut être indiquée sur le schéma.

b) Douleurs/limitations fonctionnelles d'autre localisation

Des douleurs ou des limitations fonctionnelles d'autre localisation, en particulier dans la zone du tronc, peuvent être mentionnées ici.

c) Examen neurologique

Les principales localisations des fonctions musculaires et de la sensibilité ainsi que les réflexes musculaires constatés aux extrémités supérieures sont spécifiées sur la fiche documentaire. Les autres éléments frappants peuvent être mentionnés sous «Autres signes neurologiques pathologiques».

L'examen neurologique englobe les nerfs crâniens, la force musculaire, les réflexes, la coordination motrice et la sensibilité. L'examen des nerfs crâniens peut être effectué cursivement par l'inspection du visage afin de déceler d'éventuelles asymétries, par un examen manuel du champ visuel, des mouvements du suivi visuel en recherchant un nystagmus, de la musculature de la mimique, des capacités auditives grossières par frottement des doigts, de l'innervation symétrique du voile du palais et de la sensibilité du visage. En cas d'indications anamnestiques liées à l'accident ou de signes cliniques évoquant une commotion cérébrale, l'odorat sera également contrôlé. En sus des nerfs crâniens, la sensibilité des dermatomes C2 à l'occiput et C3 et C4 à la nuque et au cou doit être examinée.

Lors de l'examen de la force et de la sensibilité, il est recommandé de contrôler, aux extrémités supérieures, les muscles des racines C5-C8 (m. deltoïde, m. biceps br., m. triceps br., m. abductor dig. min.) et les dermatomes des racines correspondantes (voir schéma sur la fiche documentaire). Dans le cas normal, l'examen des extrémités inférieures peut se limiter au contrôle fonctionnel de la marche sur la pointe des pieds et les talons, et à un examen grossier de la sensibilité. Dans la phase aiguë, il peut être difficile de distinguer entre une parésie musculaire due à des douleurs et une parésie d'origine neurologique.

Des déficits segmentaires moteurs et/ou sensitifs et/ou des réflexes diminués/faisant défaut indiquent une lésion radiculaire ou une lésion du plexus; des déficits hémilatéraux et/ou des réflexes musculaires augmentés indiquent une lésion cérébrale ou médullaire. Nous recommandons, dans chaque cas de déficit neurologique, un examen neurologique immédiat.

d) Etat de conscience actuel

Un état de conscience quantitativement ou qualitativement abaissé, même légèrement, comme lors de ralentissement psychomoteur, de confusion persistante, de troubles de l'orientation, de somnolence, de comportement agité ou apathique etc., doit imposer un examen neurologique et/ou une surveillance médicale.

e) Lésions externes

Outre les lésions externes évidentes, il faudra en particulier rechercher des lésions cutanées et sous-cutanées dans la région du cuir chevelu.

f) Radiographies

g) Autres constatations ou éléments frappants

Il s'agit ici de mentionner le genre et le contenu des constatations qui sont importantes dans le cadre de l'accident subi. Il est plus utile de décrire librement les symptômes que de les attribuer trop vite à un syndrome donné. En particulier, après un accident traumatisant sur le plan psychique, une commotion cérébrale et/ou lors de circonstances psychosociales difficiles, les symptômes psychopathologiques doivent être décelés à temps.

6. Diagnostic provisoire

7. Thérapie/mesures prescrites

Adresse de correspondance:

Schweizerischer Versicherungsverband SWV
Dr. med. Bruno Soltermann
Facharzt FMH für Chirurgie
Chefarzt SVV
C.F. Meyer-Strasse 14
Postfach 4288
8022 Zürich
bruno.soltermann@svv.ch

Cet article a été publié dans le Bulletin des médecins suisses. 2003; 84: N° 8

Commentaire relatif au questionnaire servant à documenter la première consultation après un traumatisme d'accélération crano-cervical

Bruno Soltermann

Les assureurs privés suisses ont introduit depuis 1994 déjà un questionnaire «rachis cervical». Ce questionnaire est envoyé au médecin traitant pour qu'il le remplisse à la suite d'une distorsion de la colonne cervicale, en particulier après des collisions arrière. Chaque compagnie d'assurances a légèrement modifié ce questionnaire pour l'adapter à ses particularités propres.

Sur la base de nouvelles découvertes tant dans la méthode diagnostique et thérapeutique que dans la gestion administrative des cas, et surtout pour répondre aux besoins des patients, l'Association Suisse d'Assurances ASA a, avec l'aide du Prof. Thierry Ettlin, élaboré un questionnaire servant à documenter les premières consultations après un traumatisme crano-cervical par accélération. Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer le patient dans son ensemble en lui posant des questions claires et structurées et en établissant l'anamnèse et les symptômes, et d'aboutir à un diagnostic qui garantit un traitement conforme aux recommandations du groupe de travail suisse concernant le diagnostic et le traitement du traumatisme crano-cervical à la phase aiguë, publiées au Swiss Medical Forum, N° 47, 20 novembre 2002.

Les instructions se rapportant à l'anamnèse et à l'examen clinique à la phase aiguë sont des instruments qui permettent de garantir une démarche médico-diagnostique correcte lors de la première consultation.

Le questionnaire comme les instructions ont été soumis aux sociétés médicales spécialisées les plus diverses pour approbation. Leurs réponses ont toutes été positives. Leurs suggestions ont été prises en compte tant dans le questionnaire que dans les instructions. Le questionnaire bénéficie également du soutien inconditionnel de la Suva et de santésuisse, de sorte que tous les patients ayant subi un traumatisme crano-cervical par accélération en Suisse peuvent être évalués à l'aide de ce questionnaire depuis le 1^{er} mars 2003.

Le questionnaire et les instructions existent en allemand, français et italien et sous forme papier ou électronique. Pour les utilisateurs d'Internet, les questionnaires et leurs instructions sont téléchargeables sur le site Web du Service Médical de l'Association suisse d'assurances (www.med.svv.ch). Pour des raisons techniques et de protection des données, le questionnaire ne peut cependant pas être rempli en ligne et envoyé par e-mail à l'assurance compétente, mais doit être imprimé. Il peut bien entendu être classé sous forme de document papier dans le dossier

du malade. Un CD hybride pour Windows et Macintosh contenant les mêmes documents peut être demandé auprès de l'Association suisse d'assurances ASA, Daniela Wagner, C.F. Meyer-Strasse 14, Case postale 4288, 8022 Zurich.

Le questionnaire servant à documenter la première consultation doit être envoyé dûment complété à l'assureur accident ou maladie responsable et fait alors l'objet d'une rémunération de Fr. 100.— en plus des frais de consultation et autres frais d'enquête.

Le questionnaire doit être utilisé lors de la première consultation en salle d'urgence ou chez le médecin d'urgence et éventuellement, en cas de transfert au médecin habituel, lors de la première consultation de ce dernier; les utilisations ultérieures du questionnaire ne font plus l'objet d'une rémunération spéciale.

L'avenir montrera si ce questionnaire et le traitement du traumatisme craniocervical par accélération à la phase aiguë peuvent réduire la chronicisation et les cas invalidants. Il est en effet prévu que l'utilisation du questionnaire s'accompagne d'une étude.

Adresse de correspondance:

Schweizerischer Versicherungsverband SWV
Dr. med. Bruno Soltermann
Facharzt FMH für Chirurgie
Chefarzt SVV
C.F. Meyer-Strasse 14
Postfach 4288
8022 Zürich
e-Mail: bruno.soltermann@suva.ch

Felix Ineichen, Marcel Jost, Laszlo Matéfi, Bruno Müller, Hanspeter Rast, Beat Röllin

Avez-vous déjà recherché, dans le domaine de la médecine du travail, des informations relatives au suivi de patients? Questions concrètes ou simple consultation: depuis 2002, le site www.suva.ch/medecine-du-travail vous fournit de précieux renseignements sur les thèmes suivants:

■ Organisation et tâches de la division médecine du travail de la Suva

La division comprend quinze médecins du travail (deux femmes et treize hommes) à Lucerne, Lausanne et Winterthur et les collaborateurs des secteurs prévention médicale (AMP) et audiométrie (AMA). La rubrique expose les tâches des différentes personnes et les bases légales applicables.

■ Prévention en médecine du travail

Cette rubrique présente une liste des substances et des activités dangereuses nécessitant des examens cliniques préventifs et explique l'utilité du monitoring biologique et du contrôle des VBT (valeurs biologiques tolérables). Elle décrit les démarches suivies et le déroulement des examens de prévention médicale des lésions de l'ouïe au sein des stations mobiles (audiomobiles). Elle aborde également des questions financières (compensation de la perte de salaire, frais



The screenshot shows a website interface with a blue header containing the text 'suvaPro' and a sub-header '-- Suva Home -- SuvaPro'. Below this is a red banner with the text 'Médecine du travail'. On the left side, there is a photograph of a blue audiometer device. On the right side, there is a list of menu items:

- Tâches
- Interlocuteurs (organisation)
- Prévention en médecine du travail
- Moyens d'information et publications
- Formation continue
- Questions fréquemment posées (FAQ)

At the bottom of the screenshot, the URL www.suva.ch/medecine-du-travail is displayed.

de laboratoire, etc.). Enfin, elle explique des concepts comme la décision d'inaptitude (DIN) et la décision d'aptitude conditionnelle (DAC) et expose les conséquences de leur prononciation.

■ **Publications**

Les brochures de la série Médecine du travail de la Suva portent sur des thèmes variés (amiante, solvants, soudure, cytostatiques...). La rubrique présente également les publications dans des revues spécialisées. Des liens vous permettent de commander les moyens d'information souhaités, un téléchargement direct étant parfois possible.

■ **Formation continue**

La division médecine du travail de la Suva organise trois ou quatre fois par an des rencontres thématiques. La date, le lieu et le programme sont indiqués.

■ **News**

Cette rubrique vous informe sur des thèmes actuels. En ce moment, il est par exemple question de l'amiante.

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez vous référer à la liste des interlocuteurs des différents secteurs.

Adresse de correspondance:

Suva
Dr. med. Felix Ineichen
Facharzt FMH für Allgemeinmedizin
Abteilung Arbeitsmedizin
Postfach
8401 Winterthur

Protection de la peau en ligne

Hanspeter Rast

Les dermatoses constituent environ un quart des milliers de maladies professionnelles enregistrées chaque année en Suisse. C'est pourquoi la Suva a décidé de soutenir, en tant que sponsor principal, un projet de prévention sur Internet.

De création récente, le site Internet **www.2mains.ch** permet de trouver les principales informations sur les dermatoses et sur la protection de la peau. Son contenu est adapté aux cours des écoles professionnelles, aux activités de conseil ou à la présentation dans les entreprises.

L'idée de ce regroupement d'informations sur les dermatoses professionnelles revient au dermatologue Daniel Perrenoud, de la Clinique universitaire de Dermatologie de Lausanne, qui a travaillé en collaboration avec le concepteur chaud-fonnier Thierry Gogniat. Tous deux ont lancé l'opération en 1999 avec plusieurs partenaires (dont la Suva) et ont mis au point une mallette pédagogique à l'inten-

l'irritation cumulative

© perrenoud+gogniat

mains irritées

mains devenant irritées

mains saines

- + désinfection des mains
- + lavage des mains
- + désinfection des mains
- + toilette des malades
- + nettoyage du matériel
- + lavage des mains
- + désinfection des instruments
- + nettoyage des surfaces

professions de la santé

tion des écoles professionnelles. Le prix assez élevé de cet outil et la hausse continue de la demande (300 mallettes sont actuellement en service dans 200 écoles) ont été à l'origine de la création du site.

Le site **www.2mains.ch** allie présentation simple et structure claire. Une première partie propose un cours sur les dermatoses (transparents, textes et diapositives) prêt à l'emploi et téléchargeable. Vient ensuite une liste des principales substances irritantes et allergènes pour plus de 50 groupes professionnels exposés à des risques. Cette synthèse peut servir au médecin dans le cadre du conseil professionnel. Les deux dernières parties fournissent des informations utiles sur les gants, les crèmes de protection de la peau et le nettoyage de la peau au travail (les informations sur les gants de protection seront bientôt approfondies). Alors, si vous avez des questions sur les dermatoses professionnelles, consultez sans plus attendre le site trilingue (français, allemand et italien) **www.2mains.ch!**

Adresse de l'auteur:

Suva
Dr. med. Hanspeter Rast
Facharzt FMH für Dermatologie,
Venereologie und Arbeitsmedizin
Abteilung Arbeitsmedizin
Postfach
6002 Luzern

Prophylaxie postexposition du VIH? – www.hivpep.ch

Marcel Jost, Carlo Colombo, Josef Jost, Lucas Sponagel, Thomas Wägli

Quelle est l'importance du risque de contamination professionnelle par le VIH?

Le risque de maladies professionnelles causées par des germes transmis par le sang semble à première vue en Suisse numériquement insignifiant. Jusqu'à maintenant, deux cas certains et un autre probable d'infection professionnelle due au VIH ont été observés; de 1997 à 2001, six cas d'hépatite C d'origine professionnelle certaine ont été annoncés; un vaccin efficace est à disposition contre l'hépatite B (3). Des mesures de protection résolues aussi bien au niveau technique que de l'organisation et du personnel sont cependant nécessaires pour empêcher la survenue d'infections transmissibles par le sang, d'une part à cause de la gravité connue des maladies infectieuses citées, d'autre part en raison de la fréquence de l'exposition et du risque d'infection qui en résulte (tableau 1). De 1997 à 2000, 2 685 cas d'exposition ont été annoncés aux centres de référence pour les infections transmissibles par le sang, 9,1 % desquels dus à une source positive du VIH, 11,8 % dus au VHC (Hépatite C) et 3,7 % dus au VHB (hépatite B) (4).

Le risque d'une contamination par le VIH atteint en moyenne 0,3 % après exposition percutanée et moins de 0,1 % après une exposition muqueuse (7). Ce risque dépend de plusieurs facteurs. Une étude rétrospective de contrôle des cas (1988-1994) chez des personnes de la santé publique après exposition percutanée au VIH montra que le risque est influencé surtout par les facteurs suivants: une blessure profonde avec l'instrument contaminé conduisait à l'augmentation du risque d'un facteur 16. La présence visible de sang sur l'instrument

Virus	Séroconversion	Manifestations cliniques
VIH	0,3 %	
VHB HBe-Ag négatif	23-37 %	1-6 %
VHB HBe-Ag positif	37-62 %	22-31 %
VHC	1,8 %	

Tableau 1
Risque moyen de séroconversion et d'hépatite clinique après une exposition percutanée avec du sang infecté selon le CDC (8).

provoquant la blessure, tout comme une blessure percutanée avec une canule ayant été introduite directement dans une veine ou une artère, augmentait le risque dans chaque cas d'un facteur 5. Le risque relatif était élevé d'un facteur 6 lorsque la personne à l'origine du contagé était déjà à un stade terminal du sida. L'administration d'une prophylaxie après l'exposition, à cette époque Zidovudin (AZT) seule, diminuait le risque de 80 % (9).

Quand faut-il conseiller une prophylaxie postexposition du VIH?

Après une exposition professionnelle, la prophylaxie postexposition du VIH (HIV-PEP) est conseillée après une exposition percutanée et une exposition avec une suspension concentrée de virus. Une HIV-PEP devrait de même être discutée après exposition des muqueuses ou de la peau lésée et ouverte avec du sang ou des liquides corporels, visiblement contaminés par du sang, tout comme après une exposition de blessures superficielles avec du sang ou avec des liquides corporels contenant du sang. Par contre, une HIV-PEP n'est pas conseillée après une exposition de la peau intacte avec du sang ou des liquides corporels contenant du sang.



Figure 1
L'interdiction du recapuchonnage (recapping) à deux mains représente toujours une des mesures les plus importantes de prévention des infections transmissibles par le sang dans le domaine de la santé.

Il faut débiter aussi vite que possible avec la HIV-PEP, la première dose doit être administrée entre 1 et 2 heures après l'incident. La HIV-PEP comprend la combinaison de 3 médicaments antirétroviraux, en règle générale 2 inhibiteurs de la Nucleosid-Reverse-Transcriptase et un inhibiteur de la Protéase. Au moment de la mise sous presse de ce document, la combinaison conseillée est: Combivir® (Zidovudin 300mg et Lamivudin 150mg) 2 x une tablette toutes les 12 heures et Viracept® (Nelfinavir) 250mg 2 x 5 tablettes toutes les 2 heures en mangeant, en général pour une durée de 4 semaines, mais au minimum de 2 semaines (1,5). Malgré le court délai à disposition pour décider de débiter une HIV-PEP, les risques et les avantages possibles doivent en être discutés avec les employés concernés. Il faut en particulier mentionner que le traitement peut fréquemment avoir des effets secondaires marqués. Les contre-indications et les interactions doivent être considérées, en particulier celles de l'inhibiteur de la Protéase.

La question d'une HIV-PEP se pose aussi en dehors du contexte médical, par exemple après un rapport sexuel non protégé, après blessures avec des aiguilles d'injection non éliminées selon les règles d'usage ou déjà utilisées et qui traînent, après échange de matériel d'injection en cas de consommation de drogues ou éventuellement en cas de morsures, de griffures sanglantes ou de blessure dans les sports de combat.

En Suisse, les directives pour la HIV-PEP ont été publiées par l'Office fédéral de la Santé aussi bien pour le contexte professionnel qu'extraprofessionnel (1, 2). Les mesures pratiques à prendre après exposition avec des liquides biologiques sont aussi expliquées dans le cadre de Swiss-NOSO. La Suva a rassemblé les mesures d'urgence et les autres mesures à prendre après un incident professionnel présupposant la contamination possible par VIH, VHB ou VHC dans ses publications sur le thème de la prévention des infections transmissibles par le sang, à l'intention de la santé publique et pour les associations professionnelles non régies par la santé publique.

Dans quel but le site www.hivpep.ch?

Le nouveau site www.hivpep.ch est à disposition des médecins et du personnel médical, en situation d'urgence, et constitue un instrument simple et rapide pour surmonter de manière professionnelle et compétente les situations non quotidiennes d'exposition VIH, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du contexte médical.

Ce site Internet offre une aide décisionnelle progressive en cas d'urgence «problème urgent». En fonction de la situation (problème dans un contexte médical ou non), en fonction du matériel à l'origine de l'exposition (par exemple, dans un contexte médical, du sang, des liquides corporels contenant du sang ou autre

comme des concentrés de virus), en fonction du type d'exposition (par exemple dans le contexte médical percutané, mucocutané, peau intacte ou peau lésée) et en tenant compte d'autre part des informations à disposition au sujet de la source d'exposition, voire du patient contaminant, le site donne un commentaire sur le risque et des conseils pratiques quant à l'indication d'une HIV-PEP. L'arbre décisionnel proposé dans le site contient pour chaque situation choisie un commentaire, propose des mesures ciblées et offre, dans le cas concret, un choix de possibilités pour les prises de décisions ultérieures (Figure 2).

Quand, sur la base de l'arbre décisionnel, une HIV-PEP est conseillée, on trouve dans le site les recommandations thérapeutiques actualisées de l'HIV-PEP avec les indications ajournées pour la combinaison thérapeutique, des éléments pour les contre-indications et les interactions, des recommandations pour les contrôles de laboratoire sérologiques et autres, des recommandations pour les questions techniques d'assurance, tout comme des recommandations pour les conseils à donner aux personnes concernées.

Qu'est-ce que www.hivpep.ch offre d'autre?

Le site contient les informations complémentaires suivantes:

- Médiathèque avec les directives pour la prophylaxie postexposition au VIH
- Bibliographie sur le problème des infections transmissibles par le sang, de leur prévention et des mesures à prendre après l'exposition
- Présentation Powerpoint sur le thème des blessures pénétrantes et HIV-PEP

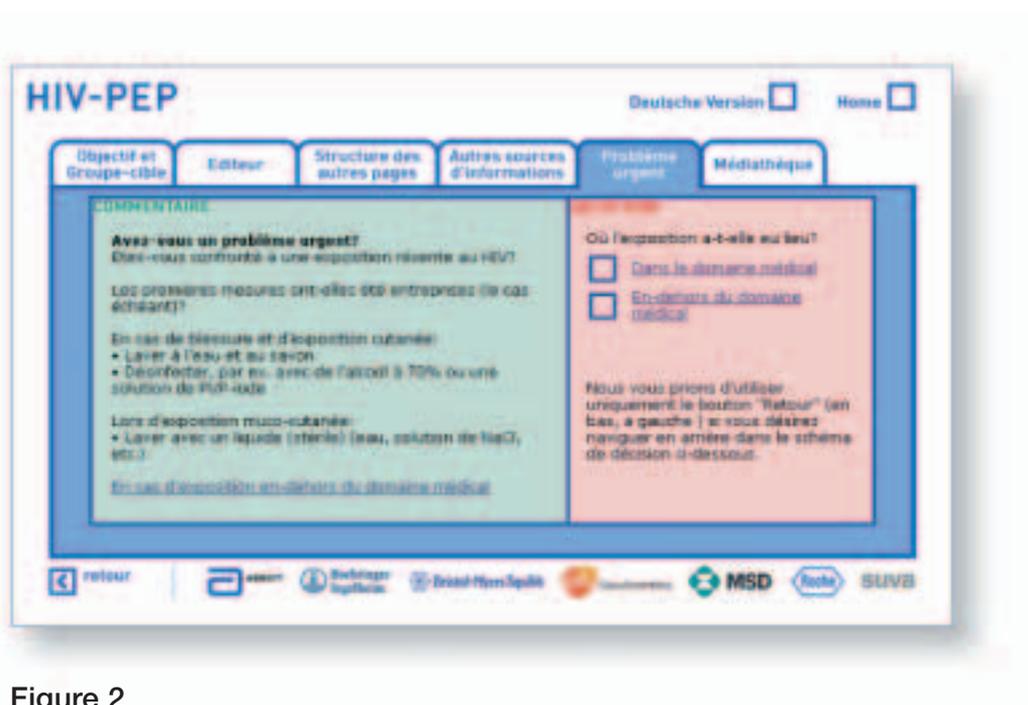


Figure 2
Exemple tiré de l'arbre décisionnel du site www.hivpep.ch.

- Information pour les patients «Observations importantes concernant l’HIV-PEP dans le contexte médical»
- Formulaires à télécharger:
 - Annonce d’exposition professionnelle à VIH, VHB et VHC
 - Prophylaxie d’exposition au VIH en dehors du contexte médical pour l’annonce aux centres de référence des infections transmissibles par le sang
- Liste de liens pour les recommandations thérapeutiques PEP et pour des informations au sujet d’autres risques infectieux comme l’hépatite B ou l’hépatite C
- Adresses des centres de références pour les infections transmissibles par le sang dans le domaine de la santé et des centres de renseignements et de traitement du VIH en Suisse

Les textes du site sont rédigés en allemand et en français.

Qui sont les personnes de référence du site?

Le groupe de travail responsable du site www.hivpep.ch se compose de:

- Carlo Colombo, Centre de référence pour les infections transmissibles par le sang dans le domaine de la santé, Hôpital Universitaire, Zurich.
- Josef Jost, Centre pour les maladies infectieuses, Clinique du Parc, Zurich.
- Lucas Sponagel, responsable du service du personnel, Hôpital Universitaire, Bâle.
- Marcel Jost, Division médecine du travail, Suva Lucerne
- Thomas Wägli, Schönbühl

HIV-PEP est soutenue par:

- Abbott AG, Baar
- Boehringer Ingelheim GmbH, Bâle
- Bristol-Myers Squibb AG, Baar
- GlaxoSmithKline AG, Münchenbuchsee
- Merck Sharp & Dohme-Chibret AG, Glattbrugg
- Roche (Schweiz) AG, Reinach
- Suva, Lucerne

Références bibliographiques

- (1) Office fédéral de la santé publique: Mise à jour 2001 des expositions professionnelles à du sang et/ou à des liquides biologiques. Bulletin Office fédéral de la santé publique 10/01: 192-198 (2001).
- (2) Office fédéral de la santé publique: Recommandations préliminaires pour la prophylaxie postexposition du VIH hors environnement médical. Bulletin Office fédéral de la santé publique 50/97: 4-8 (1997)
- (3) Office fédéral de la santé publique: Expositions professionnelles au sang contaminé par le virus de l'hépatite C dans le secteur médical en Suisse, état à la fin de l'an 2000. Bulletin Office fédéral de la santé publique 40/02: 685-691 (2002)
- (4) Office fédéral de la santé publique: Expositions VIH, VHB et VHC dans les établissements de soins en Suisse de 1997 à 2000. Bulletin Office fédéral de la santé publique 40/02: 692-696 (2002)
- (5) Swiss-NOSO: Praktische Massnahmen nach Exposition gegenüber biologischen Flüssigkeiten. Swiss-NOSO 9: 1-4 (2002)
- (6) Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (Suva): Prévention des infections transmises par voie sanguine dans le secteur de la santé. Série Médecine du travail 2869/30 (5^e édition 2003)
- (7) Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (Suva): Prévention des infections transmises par voie sanguine extérieures au secteur sanitaire. Série Médecine du travail 2869/30 (5^e édition 2003)
- (8) US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR 50/RR-11 (2001)
- (9) Cardo D. et al.: Case-control study of HIV seroconversion in Health care workers after percutaneous exposure. N Engl J Med 1997; 337: 1485-1490

Adresse de correspondance:

Suva
Dr. med. Marcel Jost
Facharzt FMH für Arbeitsmedizin, Innere Medizin und Kardiologie
Stv. Chefarzt
Abteilung Arbeitsmedizin
Postfach
6002 Luzern

Mutations

mars 2002 – mars 2003

Médecine des assurances

Centre de compétence Lucerne

Dr **Beat Blasimann**, spécialiste FMH en chirurgie, est muté à la division des tarifs médicaux le 1.4.2003

Dr **Karl Brunner**, spécialiste FMH en médecine interne, adjoint médical du médecin-chef, a pris sa retraite le 31.10.2002

Dr **Bruno Ettlin**, spécialiste FMH en médecine interne, adjoint médical du médecin-chef/responsable des laboratoires médicaux et de radiologie, service médical du personnel, entrée en fonction le 1.11.2002

Dr **Hans-Martin Strebel**, spécialiste FMH en chirurgie, a pris sa retraite le 30.11.2002

Dr **Jürg E. Ludwig**, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, est muté de la Suva Zentralschweiz le 1.1.2003

Dr **Bettina Rosenthal**, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, entrée en fonction le 1.3.2003

Service médical des agences

Dr **Valentin Rehli**, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement Suva Chur, entrée en fonction le 1.7.2002

Dr **Klaus Lüthold**, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement Suva Zürich, a pris sa retraite le 31.7.2002

Dr **Werner Weber**, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement Suva Zürich, entrée en fonction le 1.8.2002

Dr **Giuseppe Del Monte**, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement Suva Zentralschweiz, entrée en fonction le 1.12.2002

Dr **Alfred Spycher**, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement Suva Samedan, a pris sa retraite le 31.12.2002

Dr **Jürg E. Ludwig**, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement Suva Zentralschweiz, est muté au Centre de compétence le 1.1.2003

Médecine du travail

Dr **Thomas Amport**, médecin-assistant pour une durée d'une année, a quitté ses fonctions le 31.12.2002

Dr **Oliver Müller**, médecin-assistant pour une durée d'une année, entrée en fonction le 1.4.2003

Clinique de réadaptation Bellikon (RKB)

Prof. Dr **Johannes Sönke**, spécialiste FMH en neurologie, chef de clinique neuroréadaptation, entrée en fonction le 6.1.2003

Dr **Manuel Rodriguez**, spécialiste en chirurgie orthopédique, chef du service orthopédie, a pris sa retraite le 28.2.2003

Clinique romande de réadaptation (CRR)

PD Dr **Charles Gobelet**, directeur médical, FMH en médecine physique et réadaptation, chef du service de paraplégie depuis le 1.1.2003

Dr **Abdul Al-Khodairy**, médecin associé, FMH en médecine physique et réadaptation, service de paraplégie depuis le 1.1.2003

Annexes

Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA)

Table 22: **Indemnité pour perte d'intégrité en cas de perte des organes sexuels ou de la capacité de reproduction**

Référence: 2870/22.f

Médecine du travail n° 19 (4^e édition révisée 2003)

Prévention des infections transmises par voie sanguine dans les laboratoires médicaux

Référence: 2869/19.f

Medicina del lavoro N. 19 (4^a edizione rielaborata 2003)

Prevenzione delle infezioni trasmesse per via ematica nei laboratori di analisi cliniche

Codice: 2869/19.i

Médecine du travail n° 20 (5^e édition révisée 2003)

Prévention des infections transmises par voie sanguine lors de soins aux patients

Référence: 2869/20.f

Medicina del lavoro N. 20 (5^a edizione rielaborata 2003)

Prevenzione delle infezioni trasmesse per via ematica nel contatto con i pazienti

Codice: 2869/20.i

Médecine du travail n° 30 (5^e édition révisée 2003)

Prévention des maladies infectieuses transmises par voie sanguine dans le secteur sanitaire

Référence: 2869/30.f (disponible seulement dès septembre 2003)

Medicina del lavoro N. 30 (3^a edizione rielaborata 2003)

Prevenzione delle malattie infettive trasmesse per via ematica in ambito sanitario

Codice: 2869/30.i

