

Informations médicales

2006

suva

Mieux qu'une assurance

Publié par les médecins
de la Suva

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

ISSN 1423-3169

Référence: 77-2869.f

Index

Avant-propos	3
La qualité des expertises dans le secteur de l'assurance-accidents ... Christian A. Ludwig	5
Prestations de la Suva: indice de satisfaction du corps médical	17
Beatrix Deák	
Processus de gestion de la réadaptation, catégories cibles et voies thérapeutiques	24
Hans Peter Gmünder, Sönke Johannes, Peter Erhart	
Principes fondamentaux de l'appréciation médicale de l'exigibilité et de la capacité de travail	43
Michael Oliveri, Hans Georg Kopp, Klaus Stutz Andreas Klipstein, Jürg Zollikofer	
Travaux dans des atmosphères appauvries en oxygène	75
Marcel Jost, Beat Cartier, Martin Rüegger	
Atteintes à la santé causées par l'argent et ses composés dans le cadre professionnel	85
Claudia Pletscher	
Amiante et fibrose rétropéritonéale	90
Felix Ineichen	
Comment fonctionne le médecin ?	95
Niklaus E. Gyr	
Comment fonctionne le juriste ?	100
Paul Richli	
Entre deux chaises. Littérature et expertise	106
Hans-Walter Schmidt-Hannisa	
Notion de la maladie à la croisée du droit et de la médecine	112
Erich Bär	
Indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions médullaires	127
Wolfgang Meier	

Retraite du Docteur Rudolf Schütz, chef de la médecine du travail de la Suva	135
Docteur Rita Schaumann-von Stosch	137
Service médical de l'assurance militaire	138
Franziska Gebel	
Le team processus médecine des assurances est au complet!	141
Mutations	143
Profession: expert-psychiatre.	145
Ulrike Hoffmann-Richter	
Vocational Rehabilitation: pourquoi cet ouvrage?	151
Charles Gobelet	
Annexes.	153

Avant-propos

Chers confrères,

La devise managériale selon laquelle **«you can't manage it if you can't measure it»** a le don de déplaire au corps médical, notamment lorsqu'il est question d'appliquer ce principe à ses activités professionnelles. Etant donné le caractère très particulier du rapport unissant le médecin au patient, ce scepticisme est compréhensible. En effet, que peut-on bien vouloir mesurer ou «gérer» dans cette relation placée sous le signe de la confiance? D'un autre côté, les médecins ont un intérêt manifeste à pouvoir non seulement prétendre, mais aussi prouver l'efficacité de leurs interventions. Lors de l'évaluation du taux de complications post-opératoires par exemple, il est possible d'utiliser des moyens relativement simples. La chose est en revanche moins aisée lorsqu'il s'agit d'évaluer des facteurs de qualité subjectifs tels que l'impact des mesures médicales sur la qualité de vie, la capacité fonctionnelle dans la vie quotidienne ou la satisfaction des patients. Dans ce numéro des Informations médicales, vous découvrirez différentes approches de l'évaluation de la qualité. Le premier article est consacré à une vaste enquête de satisfaction menée auprès des médecins au sujet des prestations de la Suva et de ses services médicaux. Dans une deuxième contribution, nos spécialistes décrivent la méthode utilisée pour évaluer les résultats de leurs mesures de réadaptation à moyen terme et à long terme. La division médecine des assurances de la Suva, quant à elle, a tenté d'établir un relevé systématique de la qualité des expertises médicales au moyen d'une peer review. Si certains aspects des pratiques médicales échapperont toujours à tout jugement objectif, la gestion de la qualité peut néanmoins contribuer dans de nombreux domaines à l'identification de potentiels d'amélioration permettant d'optimiser le suivi des patients.

La Journée des médecins, organisée en 2005 sous le titre de «Médecine, médecine des assurances et droit», a réuni des juristes et des médecins de la Suva. Au début de la rencontre, un professeur de médecine et un professeur de droit nous ont expliqué l'optique de leurs «castes» respectives. Un agrégé en lettres externe à la Suva nous a appris comment des experts issus de disciplines différentes coopèrent – depuis toujours – avec plus ou moins de succès. Plusieurs discussions interdisciplinaires très instructives ont succédé à ces exposés, dont les textes sont publiés dans les pages qui suivent. Il a été intéressant de constater que les médecins et les juristes se distinguent non seulement par le langage, mais également par l'attitude professionnelle: alors que les médecins ont l'habitude d'évoluer en terrain peu connu, d'avoir plusieurs possibilités de diagnostics différentiels et même parfois d'«attendre pour voir», les juristes doivent souvent

prendre leurs décisions sur-le-champ et sans équivoque – oui ou non, ici et maintenant! En ayant conscience de ces différences, et sans oublier pour autant les points communs, la collaboration paraît soudain plus facile. Cette rencontre a conforté les médecins de la Suva dans leur désir de continuer de jouer un rôle de médiateurs entre les médecins traitants, les juristes et les gestionnaires cas de l'entreprise d'assurance, tout en veillant à ce que le dialogue transdisciplinaire n'en vienne jamais à s'interrompre.

Je vous prie de croire, chers confrères, à l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Christian A. Ludwig,
médecin-chef de la Suva
christian.ludwig@suva.ch

La qualité des expertises dans le secteur de l'assurance-accidents

Christian A. Ludwig

Quelle est la qualité des expertises médicales réalisées dans le secteur de l'assurance-accidents sociale? La forme et le contenu de 102 expertises demandées par la Suva auprès de médecins spécialistes externes ont été analysés. Neuf expertises sur dix répondaient aux questions posées par le donneur d'ordre. Néanmoins, une peer review a montré qu'une prise de position médicale sur deux ne remplissait pas les attentes plus spécifiques que peuvent avoir d'éventuels utilisateurs secondaires. Selon les réviseurs, les expertises péchaient par un manque d'argumentation technique et de valeur probante. Le résultat souligne l'importance de mesures contribuant à assurer la qualité dans le domaine de l'expertise médicale.

Dans le domaine de l'assurance-accidents sociale, le traitement des cas est tributaire du soutien médical apporté. Ainsi, les préposés de sociétés d'assurance demandent des prises de position médicales pour les questions de lien de causalité naturelle entre un événement accidentel et une atteinte à la santé. Ils font estimer la capacité de travail des patients ou apprécier l'exigibilité de certaines activités. En outre, la compétence médicale est nécessaire afin de pouvoir constater l'étendue d'une atteinte à l'intégrité ou d'évaluer les répercussions d'une erreur de traitement sur la santé. Un groupe d'étude de la Suva s'est fixé pour objectif d'évaluer la qualité de telles expertises.

Problématique

Afin de pouvoir également assurer un traitement médical efficace de ses cas, la Suva a de tout temps disposé de son propre service médical: des traumatologues et des psychiatres examinent les patients dans les agences. Ils se tiennent à la disposition aussi bien des assurés que des préposés ou des gestionnaires cas afin de les guider et de les conseiller. Au besoin, d'autres spécialistes appartenant au centre de compétence interne de la médecine des assurances se chargent des questions médicales plus spécifiques. Toutefois, des médecins externes à l'entreprise sont parfois invités à effectuer une expertise. Or, en raison de l'attribution décentralisée de ce type d'ordres, la Suva ne dispose que de relativement peu d'informations quant à leur nombre et à leur qualité.

Comment une expertise doit-elle être construite, et quelles exigences doit-elle remplir? Dans le cadre de cet examen, la notion de qualité représente selon nous l'ensemble des éléments qui montrent que l'expertise remplit les besoins fixés ou prérequis. Le premier utilisateur d'une expertise est la personne qui l'a demandée, en général le préposé d'une société d'assurance. La satisfaction des mandants dépend d'une part du délai d'exécution. D'autre part, le fait que l'expertise réponde aux questions posées et que l'exposé de l'expert s'avère être utile est des plus déterminants (cf. table 1). Outre le donneur d'ordre, des utilisateurs secondaires d'expertises peuvent entrer en jeu. En effet, avocats et juges se servent d'expertises comme de pièces à conviction dans le cadre de procédures légales du droit des assurances sociales. Le cas échéant, ils ont de plus grandes exigences vis-à-vis de ces documents. En Suisse, il n'existe pas de norme légale en matière de qualité des prises de position médicales au sein du système des assurances sociales. Dans la pratique courante, le Tribunal fédéral des assurances exige toutefois d'un rapport médical que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, qu'il se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'analyse de la situation médicale claires et aboutissent à des conclusions sérieusement motivées [1]. Les médecins des assurances ainsi que les experts secondaires attachent une grande importance à la technicité des constatations et au caractère convaincant de l'argumentation médicale.

Des critères de qualité tenant compte de ces différentes exigences ont été suggérés pour la rédaction des expertises médicales [2, 3 et 4]. Cette étude retient les exigences qualitatives des mandants d'expertises ainsi que celles des utilisateurs secondaires (cf. tableau 1). Elle a pour objectif d'évaluer la qualité de l'expertise d'après un échantillonnage et d'identifier d'éventuels potentiels d'amélioration.

Méthodologie

Dans le cadre de cette étude, les unités de la Suva en charge du traitement des cas ont été invitées à mettre à disposition l'ensemble des expertises écrites demandées par la Suva à des médecins externes et reçues sur une période de quatre mois (entre le 1.8.2003 et le 30.11.2003). L'ensemble comprend les expertises consacrées à des questions liées au traitement des accidents dans le cadre de la loi suisse sur l'assurance-accidents et comportant un examen du patient, mais pas les expertises relatives à l'éclaircissement de cas de maladies professionnelles. Les copies des expertises mises à disposition, toutefois sans le dossier correspondant au cas, ont été soumises à une évaluation systématique selon des critères prédéfinis. Le donneur d'ordre devait indiquer si la prise de position répondait aux questions qu'il avait posées, si les considérants de l'ex-

	Utilisateur primaire (mandant, premier destinataire)	Utilisateurs secondaires
Groupes cibles	Préposés et juristes d'une société d'assurance	Avocats, juges, experts-chefs, médecins des assurances, etc.
Dimension qualitative de l'expertise par rapport à l'ordre	Qualité du résultat direct	Qualité subséquente
Exigences de qualité vis-à-vis de la prise de position médicale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une réponse a été fournie pour chaque question posée ■ La prise de position est dûment motivée ■ L'expertise a été livrée en temps voulu 	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'expertise a été établie en pleine connaissance du dossier (anamnèse) ■ L'expertise prend en considération les plaintes exprimées ■ Le rapport se fonde sur des examens complets ■ Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée ■ La description du contexte médical et l'analyse de la situation médicale sont claires ■ Les conclusions de l'expert sont bien motivées

Table 1 Exigences formulées par différents groupes utilisateurs quant à la qualité d'une expertise

expertise lui paraissaient assez détaillés et si la durée de traitement correspondait à ses attentes. Il lui fallait également préciser pour quelle raison il avait été fait appel à un médecin externe à l'entreprise et non au service interne de médecine des assurances pour satisfaire cette demande. Les caractéristiques du donneur d'ordre, de l'expert et de l'établissement de l'expertise ont été consignées dans un formulaire d'enquête [cf. annexe: formulaire d'enquête 1]. L'administrateur de l'étude a vérifié les critères d'acceptation et enregistré le cas d'étude. Les informations découlant du premier formulaire d'enquête ont été codées et reportées dans une base de données d'étude. Les documents ont été traités de manière anonyme, les en-têtes, signatures et parties de texte assortis de caractères propres à des personnes susceptibles d'être identifiées ayant été masqués. Une copie du document ainsi modifié a été envoyée au coordinateur de l'étude, et la pièce d'origine mise sous clé. Le coordinateur a ensuite attribué les expertises pour revue aux médecins du centre de compétences de la médecine des assurances, où des spécialistes en médecine des assurances disposant d'une grande expérience dans le domaine de l'expertise exercent une activité à titre d'activité professionnelle principale. Lors de l'attribution des expertises, il a été tenu compte des compétences techniques dont disposait la personne dans le domaine spécifique en question. Les donneurs d'ordre n'ont pas participé au contrôle. Les réviseurs ont évalué les textes anonymisés selon certains critères de qualité prédéfinis [cf. annexe: formulaire d'enquête 2]. La qualité de la struc-

ture des expertises a été analysée en fonction de certaines parties caractéristiques (destinataire, objet, introduction, anamnèse selon les pièces communiquées, déclarations de la personne assurée, constatations, diagnostics, appréciation, réponse aux questions posées, signature). Le rating a été effectué comme suit: A lorsque tous les éléments précités étaient présents; B lorsque certains éléments manquaient ou ne se suivaient pas dans un ordre logique; C pour les expertises ne présentant pas de structure formelle ou construites de manière totalement différente. L'appréciation de la valeur probante s'est fondée sur les critères de qualité du Tribunal fédéral (cf. table 1), qui ont donné lieu aux trois catégories suivantes: A pour les expertises présentant une valeur probante présumée particulièrement élevée; aux yeux des personnes en charge de la révision, elles satisfaisaient parfaitement à toutes les exigences; B pour les expertises ne satisfaisant qu'aux exigences minimales sur le plan de la valeur probante; enfin, C pour les expertises ne satisfaisant pas à un ou plusieurs critères de qualité et dont la valeur probante avait ainsi lieu d'être remise en question. L'emploi de termes issus de la médecine et du droit des assurances a également été soumis à une évaluation selon les ratings A, B ou C. Une appréciation du contenu technique de l'expertise a aussi été entreprise, le réviseur devant se demander si l'expertise, au vu de son contenu spécifique, pouvait avoir valeur d'exemple, ce qui justifierait par exemple de la faire connaître dans le milieu médical en tant que cas d'espèce (rating A). Si, à cet égard, la qualité n'était pas excellente, mais néanmoins bonne, l'expertise s'est par conséquent vu attribuer le rating B. Les travaux moins convaincants ont obtenu le rating C. L'expertise, accompagnée du second formulaire d'enquête rempli, a ensuite été transmise au superviseur chargé de vérifier la plausibilité des appréciations rendues par les réviseurs. Les constatations tirées de la revue ont finalement été codées par le coordinateur d'étude, puis reportées dans la base de données d'étude (MS Access).

Résultats

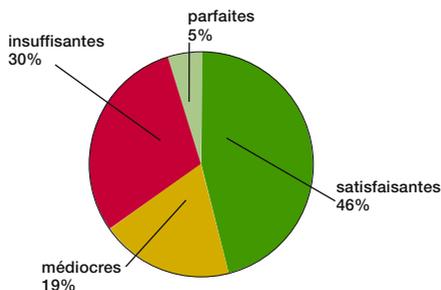
Au cours de la période précitée, 102 expertises remplissant les critères d'acceptation ont été rassemblées et soumises à l'évaluation. Il s'agissait de prises de position monodisciplinaires rendues par un total de 80 spécialistes, dont 67 avaient établi une seule expertise et 13 plusieurs. Les expertises provenaient des 20 agences Suva (une à quatorze par agence, avec un total de 80). La division prestations d'assurance et la division juridique de la Suva ont fourni 22 expertises supplémentaires, dont la moitié provenait de l'unité organisationnelle en charge du traitement des oppositions. Dans 81 cas, les patients avaient été examinés par un médecin de la Suva, mais l'expertise avait ensuite été réalisée en externe. La durée de traitement (c'est-à-dire l'intervalle de temps entre l'attribution de l'ordre et le retour de l'expertise au donneur d'ordre) était de 235 jours en moyenne, avec un minimum de 38 et un maximum de 1033 jours. Le volume

de l'expertise variait pour un même domaine de 2 à 68 pages de format A4. Sur un total de 102 expertises, 33 % avaient été établies par des psychiatres, 31 % par des chirurgiens ou des orthopédistes, 23 % par des neurologues et 13 % par des experts d'une autre spécialité médicale. Dans 33 % des cas, le médecin en charge de l'expertise exerçait dans son propre cabinet et, dans 30 % des cas, dans un hôpital universitaire; dans 26 % des cas, il était rattaché à un hôpital non universitaire et, dans les 11 % de cas restants, à une autre institution. Afin de justifier l'attribution de l'ordre d'expertise à un service externe, les donneurs d'ordre avançaient des motifs liés à la procédure à 48 %, au délai à 44 %, à la spécialisation à 7 % et à des considérations diverses à 1 %. Les donneurs d'ordre étaient tenus d'indiquer s'ils étaient satisfaits de la qualité des expertises rendues; dans 89 % des cas, ils ont estimé que des réponses conformes à l'ordre avaient été apportées aux questions posées. Le caractère détaillé des considérations de l'expert les ont satisfaits dans 83 % des cas. Les expertises neurologiques, dont un sixième présentait des lacunes, se sont avérées être les plus décevantes de ce point de vue. Dans 63 % des cas, les donneurs d'ordre ont estimé que la durée de traitement correspondait aux attentes et pouvait ainsi être considérée comme acceptable. L'appréciation des textes par les réviseurs a montré ce qui suit: sur le plan de leur structure, 6 % des expertises ont été jugées insuffisantes (cf. table 2); leur valeur probante a été considérée comme excellente dans 12 % des cas et satisfaisante dans 48 % des cas; dans les 40 % de cas restants, la valeur probante des expertises a été jugée suffisante (cf. tableau 2). Des termes relatifs à la médecine des assurances apparaissaient dans 99 expertises et, dans cinq cas seulement, tous provenant d'hôpitaux universitaires ou d'autres hôpitaux, leur emploi était impropre (cf. table 2). Quant au contenu technique, 10 % des expertises étaient pleinement satisfaisantes et, dans 54 % des cas, tout juste suffisantes (cf. table 2). Les doutes les plus fréquents à ce sujet portaient sur les experts spécialisés en neurologie et en psychiatrie (36 % pour chaque spécialité). Plus de la moitié des expertises peu convaincantes sur le plan technique provenaient de cabinets médicaux (52 %), cette part ayant été plus faible lorsqu'il s'agissait d'hôpitaux universitaires (40 %) ou d'autres hôpitaux (27 %). Plus de la moitié des expertises provenant d'autres institutions ont été critiquées sur le plan technique (56 %).

		Evaluation dans la peer review		
		excellent (rating A)	satisfaisant (rating B)	insuffisant (rating C)
Structure de l'expertise	n = 102	57 %	37 %	6 %
Valeur probatoire	n = 102	12 %	48 %	40 %
Terminologie	n = 99	46 %	49 %	5 %
Contenu technique	n = 102	10 %	54 %	36 %

Table 2 Aperçu de l'appréciation des expertises par rapport à leur contenu (répartition exprimée en pour cent)

Sur la base des résultats de l'appréciation des critères individuels, il a été déterminé quelle part des expertises méritait la mention «parfait». Une expertise a été jugée parfaite lorsque les critères relatifs à sa structure, sa valeur probante, sa terminologie et son contenu technique étaient parfaitement remplis (rating A). Sur la base de ces critères, 5% des expertises ont été considérées comme parfaites (cf. graphique 1). Les expertises ont été estimées satisfaisantes lorsqu'aucun des critères précités n'a obtenu un C; 46% des expertises ont ainsi pu être classées dans cette catégorie. Les prises de position ont été jugées inappropriées lorsque les critères «valeur probante» et «contenu technique» se sont eux-mêmes révélés inappropriés (rating C pour un de ces deux critères au moins), ce qui représentait 30% des expertises médicales. Les expertises restantes (19%) ont été jugées insuffisantes (cf. graphique 1).



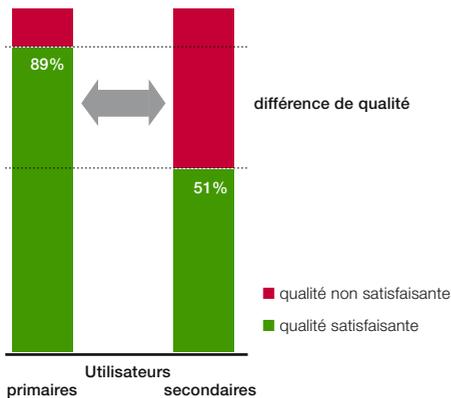
Graphique 1 Répartition des expertises selon quatre niveaux de qualité (n = 102)

Les personnes chargées de la révision étaient tenues d'évaluer le degré de difficulté des expertises d'après la classification TARMED, mais ne connaissaient toutefois ni l'étendue, ni le contenu des dossiers sur lesquels elles se fondaient, ni le prix réellement payé par le donneur d'ordre. Aucune expertise n'a été considérée comme appartenant au type A, correspondant aux expertises de difficulté moindre. Les expertises ont le plus souvent été attribuées au type D (33%), représentant les expertises de complexité élevée, suivies de celles de type C (29%), pouvant être qualifiées de «difficiles». Les autres expertises ont été évaluées comme appartenant au type E (24%), c'est-à-dire de difficulté extraordinaire, ou B (14%), de difficulté moyenne. La Suva a payé en moyenne CHF 4 500 par ordre (CHF 659 au moins, CHF 17 582 au plus; au moment de l'étude, la valeur du point tarifaire dans le secteur de l'AA/AM/AI était de CHF 1). Le groupe d'étude ne connaissait que le montant total facturé, mais ne disposait pas des décomptes individuels pour une analyse détaillée (il ne peut par conséquent pas être exclu que, outre les honoraires de l'expertise, les factures individuelles aient pu contenir des postes relatifs à des mesures diagnostiques ainsi qu'à d'autres prestations médicales). Avec un montant de CHF 3 600 en moyenne, les expertises chirurgicales et orthopédiques se sont révélées être

les moins coûteuses, suivies des expertises psychiatriques et neurologiques. Avec une moyenne de CHF 4 868, les expertises les plus chères provenaient de médecins d'autres domaines de spécialisation. Les divergences de prix entre les différents types d'institutions étaient assez peu importantes, et les expertises rendues par des cabinets individuels avaient en moyenne été facturées à des prix plus faibles.

Discussion

Dans le cadre du traitement des cas dans le secteur de la LAA, les experts médicaux soutiennent les préposés et les autres personnes qui appliquent le droit en appréciant les questions médicales spécifiques. S'ils ne sont pas habilités à se prononcer sur les affaires juridiques, leurs prises de position peuvent néanmoins influencer de manière déterminante les décisions en matière de droit des assurances. Au vu de la portée potentielle que peuvent avoir de telles décisions pour les assurés, les payeurs de primes et la société, on est en droit de s'attendre que les expertises remplissent les exigences qualitatives fixées. En tout, 102 expertises ont été évaluées, les donneurs d'ordre ayant d'une part été interrogés sur leur satisfaction quant à la qualité de ces prises de position spécifiques, et les documents en question ayant d'autre part été soumis à une analyse qualitative de type «peer review». Les expertises qualifiées de «parfaites» par les réviseurs (5% seulement) étaient à la hauteur de l'ensemble des exigences dans le déroulement d'un processus relatif au droit des assurances; 46% des expertises ont également atteint leurs objectifs, même si elles ne pouvaient pas être considérées comme exemplaires à tous égards. (cf. graphique 1). Les lacunes se situaient essentiellement au niveau des explications techniques, nombre d'expertises ne présentant pas une valeur probante suffisante (cf. table 2). Une comparaison des quotas de satisfaction des donneurs d'ordre avec ceux des réviseurs experts dans le domaine de la médecine des assurances a montré ce qui suit: parmi les 89% d'expertises pour lesquelles les donneurs d'ordre se sont montrés satisfaits des réponses apportées aux questions posées, nombre d'entre elles ne satisfaisaient toutefois pas aux exigences plus pointues. Aux yeux des réviseurs, la proportion d'expertises convaincantes sur le plan de la qualité n'avoisinait que 51%. En ce qui concerne la perception de la qualité des expertises, l'écart existant entre les utilisateurs primaires et secondaires est donc important (cf. graphique 2)!



Graphique 2 «Lacune qualitative» dans la comparaison des quotas de satisfaction des utilisateurs primaires et secondaires (utilisateur primaire: les réponses aux questions sont au moins conformes aux attentes; utilisateur secondaire: la qualité des expertises est au moins satisfaisante)

Afin d'évaluer si les résultats de cette enquête peuvent être considérés comme représentatifs, une extrapolation sur la base de l'agence présentant le quota de participation le plus élevé par rapport au nombre de cas d'accidents a été réalisée afin de déterminer combien d'expertises auraient au mieux pu être rassemblées durant la période donnée dans les autres unités organisationnelles. En se fondant sur cette réflexion, on peut supposer que le taux d'expertises prises en considération ne s'élève dans le pire des cas qu'à un tiers du potentiel existant. L'étude permet ainsi d'émettre des jugements qualitatifs, mais une généralisation des valeurs quantitatives serait néanmoins problématique. Le mélange des disciplines parmi les expertises examinées correspond largement à celui du centre de compétence de la médecine des assurances interne à la Suva. A cet égard, l'échantillonnage est représentatif d'une répartition typique au secteur de la LAA. Il s'agit en revanche d'expertises de difficulté supérieure à la moyenne, ce que traduisent les prix relativement élevés et les estimations des personnes en charge de la révision. Etant donné que la Suva dispose de son propre service médical et que, dans plus de 75% des cas examinés avant l'attribution d'un ordre externe, des médecins des assurances de la Suva avaient déjà été impliqués dans le processus, il devrait s'agir ici d'une sélection d'expertises toute particulière. Un cinquième d'entre elles, dont l'expérience a montré qu'elles étaient également de nature complexe, a été demandé dans le cadre du traitement d'une décision ou d'une procédure judiciaire. Il convient donc de tenir compte du fait que les experts externes se sont vu confier des tâches particulièrement exigeantes par la Suva. Les médecins-réviseurs appartenaient à la même entreprise que le donneur d'ordre. On peut supposer que cette proximité puisse être à l'origine de certaines distorsions lors de l'appréciation des expertises. Les critères de qualité et les instruments utilisés lors de l'examen, en l'occurrence les formulaires d'enquête (cf. annexe), se sont avérés être utilisables, leur valida-

tion n'ayant toutefois pas encore été prononcée. L'évaluation du contenu technique s'est révélée être particulièrement complexe. Les critères de classification choisis indiquent que le rating correspondant pourrait ne pas être libre de toute influence subjective. De meilleurs instruments devraient être développés en vue d'améliorer la description et l'évaluation du contenu technique des expertises. Les critères d'appréciation appliqués lors de cette étude seront également utilisés en médecine des assurances à la Suva sous une forme quelque peu modifiée pour de futures évaluations d'expertises [6]. Les personnes en charge de la révision précisent que, pour être en mesure de réaliser une appréciation complète et plus explicite, elles devraient disposer du dossier complet. Certaines distorsions dans l'évaluation des textes ne sont pas à exclure en raison de cette limitation. D'autre part, il convient de considérer que, dans le cadre d'une expertise, une pièce justificative isolée doit suffire afin de pouvoir convaincre.

Les résultats montrent que les mandants ne sont pas toujours en mesure d'évaluer la qualité d'ensemble des expertises (cf. graphique 2). En tant qu'utilisateurs primaires, ils sont capables d'évaluer si les critères de qualité individuels sont remplis, mais nombre d'entre eux ne possèdent pas la compétence requise pour apprécier également les expertises sur le plan des exigences secondaires. Ainsi, d'éventuelles lacunes dans la qualité subséquente peuvent ne pas être identifiées, ni l'auteur averti. Eu égard à l'éventuel cheminement ultérieur de la procédure, un document médical de qualité douteuse demeurera le cas échéant dans le dossier relatif au cas. Les experts sont alors confrontés à un dilemme: l'expertise doit-elle uniquement remplir les exigences du mandant ou doit-elle toujours correspondre aux objectifs secondaires (par ex. juridiques)? La pratique en matière de médecine des assurances a montré qu'il existe d'excellentes raisons de réaliser une prise de position médicale de manière que, outre les exigences qualitatives du donneur d'ordre, celles d'éventuels destinataires ultérieurs entrent en ligne de compte. Dans certains cas, une brève réponse aux questions posées peut certes s'avérer suffisante pour le traitement actuel du cas. Toutefois, en cas de développement juridique, l'expert en question n'aurait certainement pas la possibilité d'améliorer sa prise de position. Il devra s'attendre à être qualifié par un juge d'«expert peu consciencieux».

Cette étude montre l'importance d'une évaluation systématique de la qualité des expertises médicales. Une possibilité consisterait à mettre les mandataires en mesure d'apprécier de manière précise la qualité des expertises au sens des dispositions établies par le Tribunal fédéral. La Suva mise beaucoup sur une attribution centralisée des expertises par le centre de compétences de la médecine des assurances. A l'avenir, les expertises réalisées de manière externe devront être contrôlées par un service spécialisé dudit centre de compétence avant d'être approuvées en vue de la gestion ultérieure du cas. Les experts devront être informés de l'évaluation qualitative de leurs travaux et, le cas échéant, des possibilités d'amélioration. En cas de lacunes importantes, les expertises devront systématiquement être rendues à leurs auteurs pour amélioration. Au sein de la médecine des assurances Suva, les enseignements retirés

de cette enquête ont entraîné le développement du controlling interne. La médecine des assurances Suva dispose depuis 2002 d'un système de gestion certifié selon la norme ISO 9001:2000 et comprenant diverses mesures d'assurance de la qualité ainsi que l'évaluation périodique de la satisfaction des donneurs d'ordre. En outre, un programme de peer review interne a été introduit afin de vérifier également les prises de position médicales par rapport à leur qualité subséquente.

Les mesures évoquées permettent d'identifier les expertises présentant des lacunes ainsi que leurs auteurs. Dans l'éventualité où des lacunes sont décelées, une offre de formation adéquate est nécessaire afin de transmettre les compétences requises aux médecins chargés d'expertises. Afin d'améliorer la qualité du processus d'expertise de manière ciblée, des efforts plus soutenus en matière de recherche seront également nécessaires dans ce domaine. Reste à espérer que les initiatives de la Swiss Insurance Medicine (communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances) en la matière ainsi que celles de l'Academy of Swiss Insurance Medicine de l'université et de l'hôpital universitaire de Bâle puissent transmettre les impulsions nécessaires. Une gestion des cas correcte et équitable du point de vue du droit des assurances sociales est impensable sans un soutien médical compétent, les médecins concernés ne pouvant éviter à l'avenir d'avoir à se pencher de manière plus intensive sur la question de la qualité des expertises médicales.

Groupe d'étude

Direction: Dr Christian A. Ludwig. M.H.A. Les révisions ont été effectuées par les médecins spécialistes suivants (par ordre alphabétique): Dr Beat Hiltbrunner, Dr Ulrike Hoffmann-Richter, Dr Bertrand Kiener, Dr Wolfgang Meier, Dr Georgios Wellis et Dr Walter Vogt. Le support informatique a été fourni par Monsieur Kurt Bösch et Monsieur Sandro Fischer. La coordination de l'étude a été confiée au Dr Bruno Ettlin. Les revues ont été surveillées par le Dr Erich Bär et le Dr Klaus Stutz. Enfin, Monsieur Roland L. Frei a été chargé de l'administration de l'étude.

Bibliographie

1. Arrêt du tribunal fédéral: ATF 125 V 351 (TFA, 6.11.1990)
2. Meine J.: Die ärztliche Unfallbegutachtung in der Schweiz – Erfüllt sie die heutigen Qualitätsanforderungen? *Swiss Surg* 4:53-7 (1998)
3. Bär E., Meine J., Vogt W.: Standards de qualité des expertises médicales pratiquées dans le domaine de l'assurance-accidents. *Informations médicales (Suva)* 71:64-7 (1999).
4. Mumenthaler M.: Grundsätzliches zum ärztlichen Unfallgutachten. *Bulletin des médecins suisses* 28:1521-4 (2001)
5. Commission des tarifs médicaux LAA (éditrice): TARMED, version 1.1 (2002)
6. Feuille d'évaluation d'expertise (formulaire Suva): ce formulaire peut être téléchargé depuis le site web www.suva.ch/suvacare/informations_medecin.htm ou demandé auprès du service de renseignements de la médecine des assurances de la Suva au 041 419 52 39 ou encore par e-mail à l'adresse suivante: versicherungsmedizin@suva.ch.

Annexe: critères d'évaluation

Formulaire d'enquête 1 (Caractéristiques de l'ordre d'expertise, satisfaction du donneur d'ordre)

- Cas Suva numéro *
- Nom, fonction et unité organisationnelle du donneur d'ordre
- Motif de l'expertise
- Nom *, titre / spécialité FMH et type d'institution (cabinet / hôpital non universitaire / hôpital universitaire / autre institution) de l'expert
- Date de passation de l'ordre, date de réception
- Prix payé pour l'expertise
- Appréciation de l'expertise par le donneur d'ordre: réponses aux questions (évaluation selon les ratings A, B ou C: conformes aux attentes / supérieures aux attentes / inférieures aux attentes), durée de traitement (évaluation selon les ratings A, B ou C: conforme aux attentes / plus rapide que ce qui était attendu / plus longue que ce qui était attendu), degré de précision de la motivation (évaluation selon les ratings A, B ou C: conforme aux attentes / supérieur aux attentes / inférieur aux attentes)
- Raison de la demande d'une prise de position médicale externe à la Suva (en raison: du contenu spécifique / de la logistique / de la procédure / de l'échéance / de la géographie / autre raison?)
- Un examen préliminaire par un médecin de la Suva a-t-il été réalisé (oui / non)?

Formulaire d'enquête 2 (peer review)

- Nom et titre du médecin spécialiste en charge de la révision
- Volume approximatif de l'expertise (nombre de pages A4)
- Structure de l'expertise, évaluée en fonction des éléments suivants: destinataire, objet, introduction, anamnèse selon les pièces communiquées, déclarations de la personne assurée, constatations, diagnostics, appréciation, réponse aux questions posées, signature (évaluation selon les ratings A, B ou C: tous les éléments mentionnés sont présents / il manque certains éléments, ou les éléments n'ont pas d'ordre logique / l'expertise n'a pas de structure formelle ou une structure complètement différente)
- Valeur probante, déterminée en fonction des critères de qualité du Tribunal fédéral concernant la valeur probante d'une expertise: les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, elle se fonde sur des examens complets, elle prend en considération les plaintes exprimées, elle a été établie en pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical et l'analyse de la situation médicale sont claires et aboutissent à des conclusions dûment motivées (évaluation selon les ratings A, B ou C: valeur probante particulièrement élevée / valeur probante remplie / valeur probante discutable)
- Utilisation de notions et de bases de la médecine et du droit des assurances, évaluée sur la base d'une utilisation appropriée de termes correspondants tels que causalité naturelle, degré de vraisemblance, degré de preuve, status quo ante, status quo sine, incapacité de travail, exigibilité, atteinte à l'intégrité, etc. (évaluation selon les ratings A, B ou C: toutes les notions et bases ont été utilisées à bon escient / les notions et bases n'ont pas toutes été utilisées à bon escient / les notions et bases nécessaires n'ont pas été utilisées ou ne l'ont pas été correctement / de telles notions n'apparaissent pas dans l'expertise)
- Contenu technique, apprécié en fonction de la question suivante: L'expertise, au vu de son contenu médico-théorique, peut-elle être considérée comme ayant valeur d'exemple? (évaluation selon les ratings A, B ou C: excellente qualité technique / qualité technique moyenne / qualité technique décevante)

*) Dans le cadre du processus d'anonymisation, les informations marquées d'une * ont été masquées immédiatement après leur insertion dans la base de données et n'étaient pas disponibles lors de l'évaluation.

- Estimation du degré de difficulté ou du temps passé/du volume de l'expertise sur la base des catégories TARMED 00.2310, 00.2390, 00.2400, 00.2410 et 00.2420 (expertises de type A, B, C, D ou E) [5].

Adresse de correspondance:

Suva
Dr Christian A. Ludwig
M.H.A., médecin-chef Suva
Fluhmattstrasse 1
6002 Lucerne
christian.ludwig@suva.ch

Le responsable de l'étude remercie les membres du groupe d'étude de leur collaboration engagée et consciencieuse. Cette étude n'aurait pas pu être réalisée sans la participation de l'ensemble des collaborateurs Suva cités. Il remercie également le Professeur Niklaus Gyr (Swiss Academy for Insurance Medicine, Université et hôpital universitaire de Bâle), Monsieur Otmar Niederberger (division juridique, Suva), le Dr Rita Schaumann-von Stosch (médecine des assurances, Suva), le Dr Franziska Gebel (médecine des assurances, Suva) et le Dr Jürg Bleuer, M.P.H. (Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Berne) pour l'examen critique du manuscrit et leurs précieux conseils.

Prestations de la Suva: indice de satisfaction du corps médical

Beatrix Deák

Résultats du sondage auprès des médecins en 2005

L'étude

A la mi-octobre 2005, la Suva a lancé un sondage auprès des médecins et des hôpitaux dans toute la Suisse en vue de savoir s'ils étaient satisfaits de la qualité des prestations fournies par la Suva (attentes, points à améliorer, etc.). Sur les 9752 médecins (médecine générale, chirurgie, médecine interne, ophtalmologie, orthopédie, psychiatrie, radiologie, dermatologie) contactés par écrit, 2262 ont renvoyé le questionnaire dûment rempli (ce qui correspond à un taux de 23 %).

Le sondage a porté sur les points ci-après, établis au cours d'une étude préalable auprès des médecins:

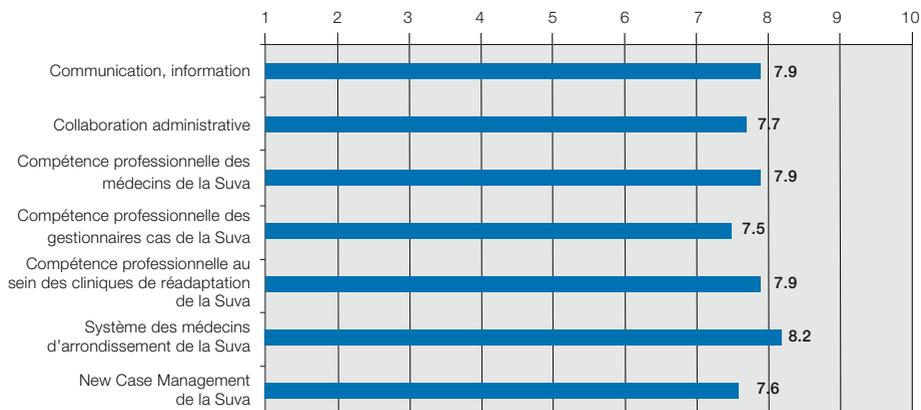
- image,
- communication, information avec la Suva en général,
- collaboration administrative,
- compétences spécifiques des médecins, des gestionnaires cas et des cliniques de réadaptation,
- médecin d'arrondissement (système),
- New Case Management (NCM).

Les données recueillies ont été évaluées par l'institut de sondage Qualitest SA à Zoug.

Les résultats

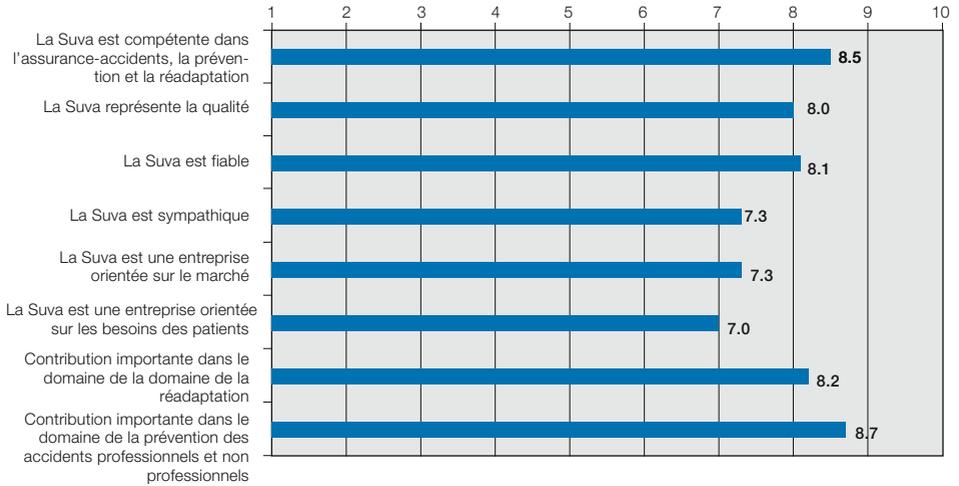
L'indice de satisfaction est représenté sur une échelle de 1 à 10 (10 étant la valeur maximale). Les résultats obtenus varient entre 7,5 et 8,2 (bien à très bien). Ce sondage révèle que la satisfaction est plus haute en Suisse alémanique qu'en Suisse romande ou au Tessin.

Satisfaction générale



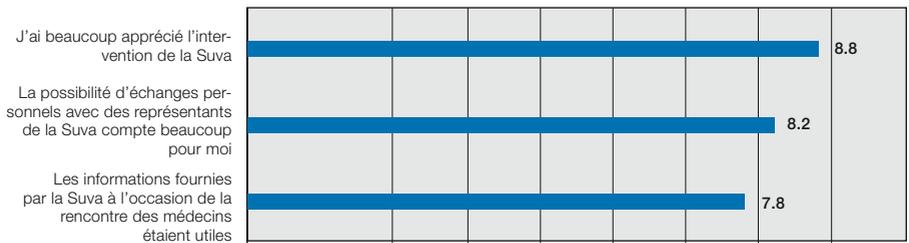
D'une manière générale, **l'image de la Suva** a été notée comme positive. Les avis résultent avant tout des expériences faites par le corps médical au sujet des mesures de prévention et de réadaptation de la Suva. La Suva est synonyme de qualité et de fiabilité (8,0 et 8,1). Quant aux points La Suva est sympathique et La Suva est une entreprise orientée sur le marché, ils ont obtenu 7,3 points chacun. En revanche, le point La Suva est une entreprise orientée sur les besoins des patients a été noté de manière beaucoup plus sévère (7,0).

Image



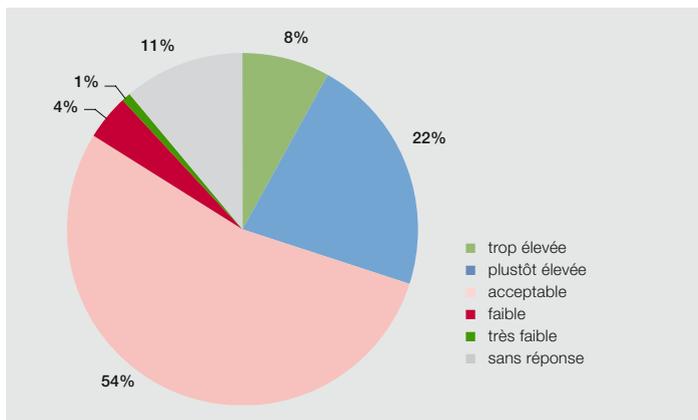
La rubrique **Information/communication avec la Suva en général** a obtenu de justesse la mention Tout à fait d'accord. Les points suivants n'ont obtenu que la mention D'accord: A la Suva, je trouve rapidement l'interlocuteur compétent (7,4), Les brochures et moyens publicitaires de la Suva sont adaptés pour favoriser la sensibilisation à la prévention et à la maîtrise des coûts (7,5). 71 % des médecins ayant répondu au questionnaire estiment que la quantité de contacts par écrit est adéquate; 21 % souhaitent moins et 6 % plus de contacts par écrit. Au cours des 12 derniers mois, 17% des médecins sondés ont participé à une manifestation où la Suva était représentée avec des sujets et/ou des présentations. Ils ont attribué la note 7,8 à l'utilité de l'information et la note 8,2 pour les échanges avec les représentants de la Suva. Les présentations de la Suva ont été particulièrement appréciées (note 8,8).

Rencontre des médecins



30% des médecins pensent que la charge administrative en vue de la collaboration administrative est plutôt élevée, voire trop élevée. 54 % trouvent cette charge acceptable.

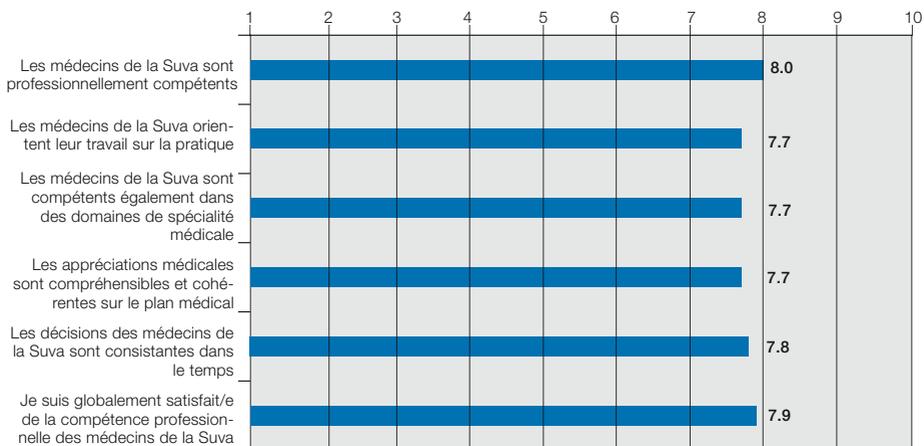
Appréciation de la charge administrative en vue de la collaboration avec la Suva



Sur le plan de la **collaboration administrative**, les médecins apprécient la clarté des formulaires, leur structure et le fait que la facturation électronique fonctionne sans problème. En revanche, les numéros d'accidents ne sont pas communiqués assez rapidement (note la plus basse: 6,9). Par ailleurs, la Suva devrait travailler de manière encore plus rapide et efficace, et les processus devraient fonctionner de façon plus optimale.

Avec 8,0, la **compétence professionnelle des médecins de la Suva** est très bien notée. Les personnes sondées souhaitent cependant que les médecins de la Suva se rapprochent encore plus de la pratique (7,7).

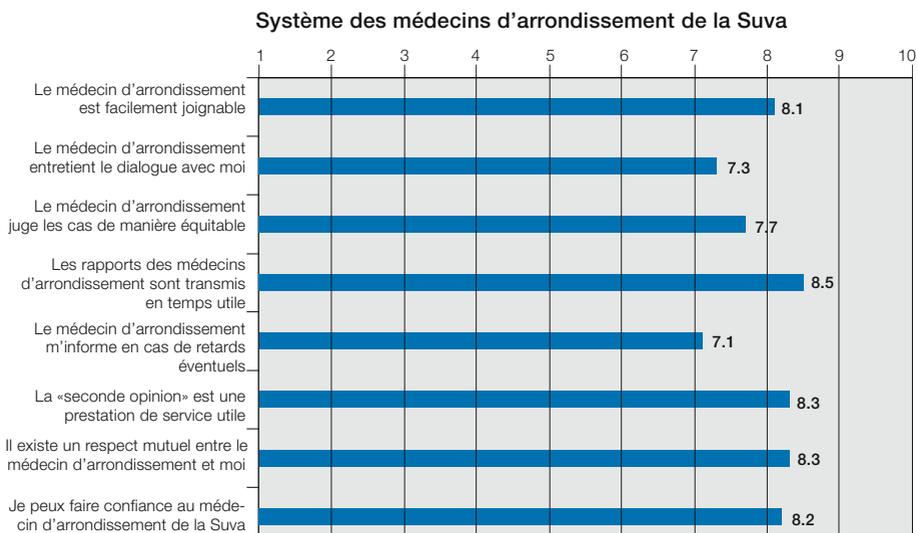
Compétence professionnelle des médecins de la Suva



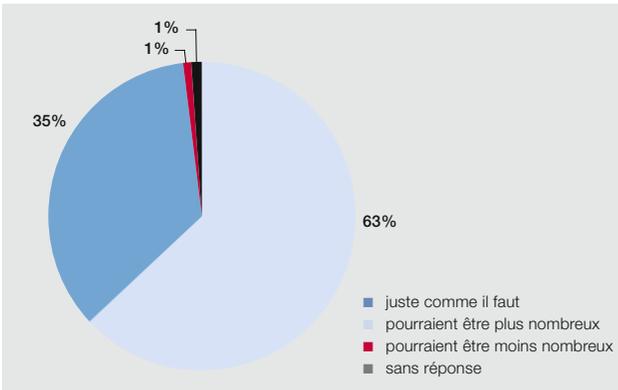
La compétence des **gestionnaires cas de la Suva** est moins bien notée aux plans professionnel et décisionnel.

En revanche, la **compétence professionnelle au sein des cliniques de réadaptation de la Suva** est très appréciée (7,9). 53% des médecins ont déjà adressé des patients à une clinique de réadaptation de la Suva. Dans 65% des cas, le transfert s'est déroulé sans problème. Les cliniques de réadaptation de la Suva fournissent des prestations médicales de qualité élevée (8,1), et les rapports de sortie sont satisfaisants (8,0).

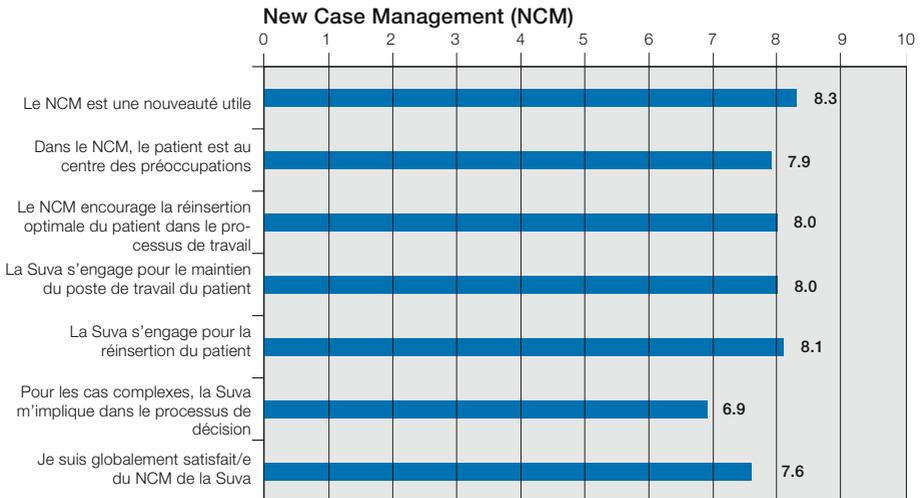
Globalement, le **système des médecins d'arrondissement** est apprécié de manière positive. 58% des sondés connaissent le médecin d'arrondissement de leur région. Chez les Alémaniques, ce pourcentage est plus important (61%) que chez les Romands (49%) et les Tessinois (43%). Le médecin d'arrondissement est facilement joignable (8,1), il existe un respect mutuel entre le médecin d'arrondissement et moi (8,3), je peux faire confiance au médecin d'arrondissement de la Suva (8,2), la «seconde opinion» est une prestation de service utile (8,3). On reproche toutefois le manque de dialogue de certains médecins d'arrondissement de la Suva (7,3) et les éventuels retards devraient être mieux communiqués (7,1). Le nombre des contacts personnels est jugé comme juste comme il faut par 63% des participants, mais 35% souhaitent plus de contacts.



Appréciation du nombre de contacts entre le médecin d'arrondissement de la Suva et le médecin traitant



38 % des médecins connaissent le **New Case Management (NCM) de la Suva**, qui préconise le conseil et le suivi précoce, intensif et global des personnes accidentées associé à l'engagement ciblé pour le maintien de l'emploi, voire la réinsertion professionnelle. Les médecins qui ignorent le NCM considèrent qu'il s'agit d'une nouveauté utile (8,3). D'une manière générale, on pense que le NCM favorise la réinsertion du patient (8,1) et que la Suva s'engage pour le maintien du poste de travail du patient (8,0). On critique cependant l'implication soit insuffisante soit tardive du médecin traitant dans le processus de décision pour les cas complexes (6,9).



Après avoir analysé minutieusement les résultats de ce sondage, on peut affirmer que les médecins estiment que la Suva est une entreprise présentant un bon fonctionnement. Elle est considérée comme une institution utile, voire exem-

plaire. Il s'agit maintenant d'améliorer certains processus jugés trop lents et trop peu efficaces. Par ailleurs, on signale également que les cas particuliers (difficiles, complexes et de longue durée) présentent un potentiel d'amélioration. La priorité est mise sur l'interlocuteur compétent, la communication active et la collaboration étroite avec le médecin traitant et la Suva. Les résultats montrent que nous devons rechercher davantage le contact avec le médecin traitant.

La Suva tient à remercier les médecins ayant participé à ce sondage. Les réponses obtenues nous permettront d'améliorer les prestations dans les services concernés.

Adresse de l'auteur:

Suva
Beatrix Deák
Division clients et
partenaires/Marketing
Postfach
Fluhmattstrasse 1
6002 Luzern
beatrix.deak@suva.ch

Processus de gestion de la réadaptation, catégories cibles et voies thérapeutiques

Hans Peter Gmünder, Sönke Johannes, Peter Erhart

Réadaptation, traitement complémentaire, cure

Aujourd'hui, il va de soi que les personnes ayant subi un accident ou une maladie grave suivent un «traitement complémentaire ou post-hospitalier» au terme de la phase de traitement aigu. Au cours des dernières années, on constate que les patients des centres de soins aigus sont de plus en plus rapidement orientés vers des cliniques de réadaptation, qui se voient contraintes d'intégrer le «traitement complémentaire» de ces personnes dans leurs concepts thérapeutiques globaux de réadaptation. Les objectifs, les stratégies et les contenus thérapeutiques de la médecine de réadaptation diffèrent toutefois profondément de ceux de la médecine aiguë, et la réadaptation ne peut pas être réduite à un prolongement de la médecine aiguë dans le sens d'un «traitement post-hospitalier» ou même d'un simple «traitement complémentaire». Le terme de cure, encore souvent utilisé comme synonyme, ne suffit plus pour décrire les éléments clés d'une réadaptation moderne, même s'il a évolué au cours du temps et reste pertinent pour certains aspects thérapeutiques. En phase de réadaptation, les patients ont surtout besoin de «récupération», mais dans le cadre d'un programme thérapeutique ciblé, actif, exigeant et tenant compte de leurs capacités encore relativement réduites.

Le terme de réadaptation signifie littéralement «adaptation nouvelle» et peut, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), être défini comme suit: **la réadaptation est l'engagement combiné des mesures médicales, sociales, pédagogiques et techniques destinées à la formation, à la reconversion et à la réhabilitation des personnes concernées et de leur environnement en vue de leur permettre de retrouver la meilleure capacité fonctionnelle, ainsi qu'une place à leur mesure au sein de la société.**

La réadaptation s'attache donc essentiellement à rétablir des fonctions et des capacités perdues. Le patient doit être en mesure d'assumer de manière autonome et du mieux possible ses différents rôles dans la société. Dans ce sens, il est nécessaire de tenir compte de différents objectifs thérapeutiques – dits objectifs participatifs ou partenariaux – situés au-delà des handicaps purement

fonctionnels. Si le rétablissement des fonctions et des capacités est compromis ou impraticable en raison de la gravité ou de la complexité de l'atteinte, la réadaptation doit tout de même permettre à la personne concernée de mener une vie «normale» en dépit des séquelles. Dans ce type de cas, la meilleure réinsertion, et donc la participation aux situations de la vie professionnelle et socio-culturelle, exige des stratégies thérapeutiques biopsychosociales globales (c'est-à-dire une prise en compte des différentes dimensions du handicap et de l'intégrité physique sur lesquelles repose tout concept thérapeutique pluridimensionnel). Une telle approche thérapeutique pluridimensionnelle ne peut être mise en œuvre qu'avec l'aide de différents groupes professionnels spécialisés (multimodalité), ces derniers devant œuvrer non seulement «en parallèle», mais également en interaction et en accordant leurs efforts dans le sens d'une démarche transdisciplinaire.

Pour les patients, ces stratégies thérapeutiques signifient notamment qu'ils doivent aussi apprendre à «assumer» des handicaps permanents. Le passage du rôle passif de patients en phase de traitement aigu à celui de partenaires actifs en phase de réadaptation constitue une condition sine qua non pour qu'ils retrouvent un certain équilibre psychique, physique et social. Ce changement de rôle doit être exigé et encouragé par l'équipe de réadaptation et plus particulièrement par le médecin.

Dans cette approche de la réadaptation, il est important de délimiter le traitement complémentaire, plus rudimentaire et généralement axé sur les seuls aspects médicaux. Il s'agit en l'occurrence du traitement médical et physiothérapeutique post-hospitalier dispensé après un traitement chirurgical ou interne aigu dans le but d'obtenir une guérison à travers un rétablissement des structures et des fonctions organiques altérées par des états pathologiques. Conséquence nécessaire des mesures de médecine aiguë appliquées, ce traitement post-hospitalier devrait être essentiellement mené par des spécialistes des disciplines impliquées. Dans la mesure où les patients concernés jouissent d'une autonomie suffisante, les structures ambulatoires offrent des conditions satisfaisantes à cet égard.

Pour qu'une réadaptation reposant sur un concept pluridimensionnel et multimodal soit efficace, il est indispensable que le patient soit placé **de manière ciblée** au centre d'un réseau d'investigations, de mesures et de traitements finement coordonnés.

La réadaptation dans le contexte de la CIF

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF; titre original: International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) est un système de classification de l'OMS faisant partie «... d'une famille de systèmes de classification applicables à différents aspects de la santé». La CIF adoptée en mai 2001 remplace la CIH publiée en 1980 (Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages, CIH). La CIF permet de regrouper systématiquement différentes dimensions d'intégrité physique et de handicap dans un langage unifié (classification des composantes de santé et non plus classification des conséquences des maladies, sur laquelle la CIH était focalisée). La CIF s'applique non seulement aux personnes souffrant d'un handicap, mais elle est aussi valable pour l'ensemble de la population et complète idéalement l'approche de la CIM-10 (Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision). En raison de son approche pluridimensionnelle, l'optique proposée dans la CIF est parfaitement adaptée à l'analyse des problèmes, au tri et à la conduite des processus propres à la médecine de réadaptation.

La CIF repose sur les composantes suivantes:

- structures et fonctions de l'organisme humain
- diverses activités exercées par un individu
- participation à des domaines de vie (relations interpersonnelles, éducation, formation, travail et emploi, vie sociale et civique, etc.)

Ces trois composantes sont mises en relation avec des facteurs contextuels, à leur tour subdivisés en facteurs environnementaux et facteurs personnels (non classifiés en raison de l'importance des différences socioculturelles), illustrant le mode de vie d'un individu (fig. 1).

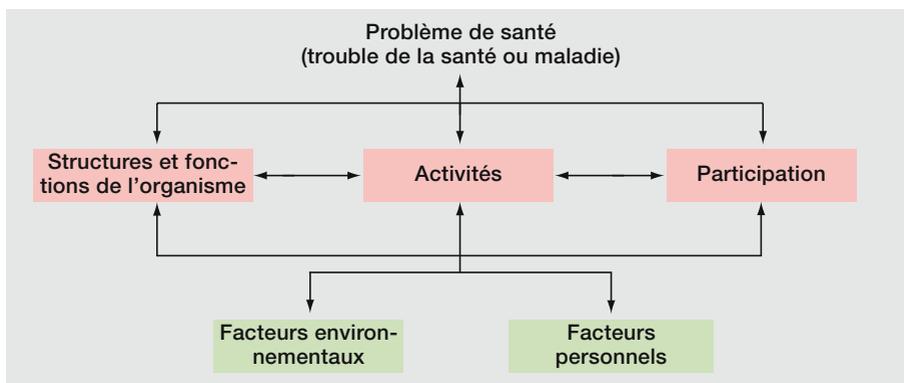


Figure 1: interaction entre les composantes de la CIF.

Définition des composantes considérées

- **Fonctions de l'organisme:** fonctions physiologiques des systèmes du corps humain (y compris les fonctions psychologiques).
- **Structures de l'organisme:** éléments anatomiques du corps humain, tels que les organes, les membres et leurs segments.
- **Activités:** éventail des tâches ou des actes (actions) effectués par un individu.
- Participation: implication dans une situation de vie.

Qualitativement parlant, les capacités sont considérées comme des aspects positifs et les handicaps comme des aspects négatifs des composantes énumérées.

Les facteurs contextuels sont subdivisés en deux groupes.

- Les **facteurs environnementaux**, qui illustrent l'environnement matériel, social et conceptuel du patient, sont en interaction avec les composantes fonctions et structures de l'organisme, activités et participation. Ils peuvent exercer une influence positive ou négative sur les performances d'un individu.
- Les **facteurs personnels**, qui illustrent le vécu et le mode de vie d'un individu, englobent également des spécificités étrangères au problème ou à l'état de santé de la personne considérée. Exemples: sexe, appartenance culturelle, éducation, formation, profession, expériences, etc.

La CIF opère également une distinction entre **performance** et **capacité**, deux notions primordiales dans le contexte de la médecine de réadaptation. Le critère d'évaluation de la performance décrit ce qu'un individu fait dans son environnement habituel, c'est-à-dire son implication dans une situation de vie. La capacité s'applique au fonctionnement d'un individu à son niveau le plus élevé dans un environnement standard (par exemple en situation de traitement ou de test en clinique de réadaptation).

Processus de réadaptation

Le processus de réadaptation débute par l'analyse du problème sur la personne du patient (fig. 2); outre l'approche diagnostique, la prise en compte systématique de la CIF joue un rôle extrêmement important dans cette première étape. Voici un exemple dans le domaine des systèmes du corps humain et des atteintes dont ils peuvent faire l'objet: «Deux personnes souffrant de la même maladie peuvent présenter des niveaux de fonctionnement différents, mais deux personnes ayant le même niveau de fonctionnement n'ont pas nécessairement le même problème de santé».

Outre une anamnèse traditionnelle et l'examen pratiqué par le médecin, l'analyse du problème doit systématiquement inclure tous les aspects fondamentaux décrits dans la CIF, à savoir les fonctions, la capacité, la participation et les facteurs contextuels. Pour ce faire, il faut intégrer d'autres spécialités (physiothé-

pie, ergothérapie, neuropsychologie, logopédie, soins, etc.) dans une méthode standard comprenant des systèmes d'évaluation prédéfinis. Il s'agit d'entretiens semi-structurés, d'observations et d'examens cliniques pratiques ainsi que de méthodes de test choisies (évaluations). Pour l'évaluation de la catégorie CIF «mobilité», notre service de réadaptation neurologique utilise également des tests et des questionnaires ciblés en complément des résultats des examens médicaux et thérapeutiques (test de Chedoke McMaster, trois minutes de marche, test de coordination manuelle, etc.). Ces examens complémentaires sont prédéfinis en se fondant sur un groupe initial de patients établi d'après notre système de «catégories cibles» (voir ci-après). Dans le domaine de la réadaptation musculo-squelettique, il peut s'avérer utile de pratiquer des tests de «performance minimale» avant le début de la réadaptation (soulever des charges, vitesse de marche, donner le bras, force au niveau de la main). Ce type de tests permet notamment de définir les programmes de réadaptation fonctionnelle et professionnelle adaptés aux besoins des patients.

Dans un second temps, il s'agit de fixer un objectif de participation à long terme en accord avec le patient. Pour ce faire, il est pratique de pouvoir recourir à un catalogue d'objectifs de participation prédéfinis («catégories cibles»). La Rehaklinik Bellikon utilise douze catégories cibles correspondant à ses trois principaux secteurs stratégiques, c'est-à-dire la **réadaptation aiguë**, la **réinsertion professionnelle** et les **expertises médicales** (table 1).

I Réadaptation aiguë et qualité de vie

- Examens médicaux et traitement
- Vie en foyer
- Vie à domicile
- Participation à la vie socioculturelle
- Travail en milieu protégé

II Réinsertion professionnelle

- Réinsertion professionnelle/scolaire en phase de réadaptation secondaire
- Reconversion professionnelle
- Recherche d'emploi
- Nouvelle activité dans l'entreprise employant précédemment le patient
- Ancienne activité dans l'entreprise employant précédemment le patient

III Expertises médicales

- Evaluation d'exigibilité, bilan, préparation de la clôture du cas
- Expertises

Table 1: catégories cibles fondées sur la CIF.

Ces catégories de cas doivent être spécifiées pour les différentes spécialités et institutions thérapeutiques de réadaptation, car elles varient sensiblement en fonction du collectif de patients traités et des possibilités de l'établissement. L'attribution des patients à des objectifs de participation prédéfinis est non seulement nécessaire dans la perspective d'un processus de réadaptation systématique, voire au besoin standardisé, mais aussi dans l'optique de diverses analyses des résultats pratiquées ultérieurement (résultats médicaux, prévisions de rentabilité (coûts et bénéfices), satisfaction du patient).

Dans les catégories cibles se rapportant à la participation, il faut déterminer avec précision les critères concernant les autres composantes de la CIF (fonctions et structures de l'organisme, activités, facteurs environnementaux et facteurs personnels) qu'il s'agira d'avoir remplis au terme de la phase de réadaptation en cours (table 2).

Critères principaux des composantes CIF de l'objectif de participation «reconversion professionnelle» (exemple)		
Structures et fonctions de l'organisme	Activités	Facteurs personnels et environnementaux
Le diagnostic posé pour la nouvelle activité n'est pas limitatif	Endurance minimale pour la nouvelle activité: 4 heures à la demi-journée	Le patient a droit à des mesures de l'AI (et rarement à celles d'autres assureurs) Ressources personnelles suffisantes (âge, éducation, connaissances linguistiques, formation, profession, etc.

Table 2:
critères principaux de la catégorie cible «reconversion professionnelle» (exemple).

L'attribution définitive est cependant toujours fondée sur le résultat individuel de l'analyse du problème réalisée d'après la CIF. L'ensemble de l'équipe de réadaptation connaît et respecte les catégories cibles fixées, ce qui permet d'utiliser un langage unifié et de pratiquer une réadaptation orientée sur les ressources.

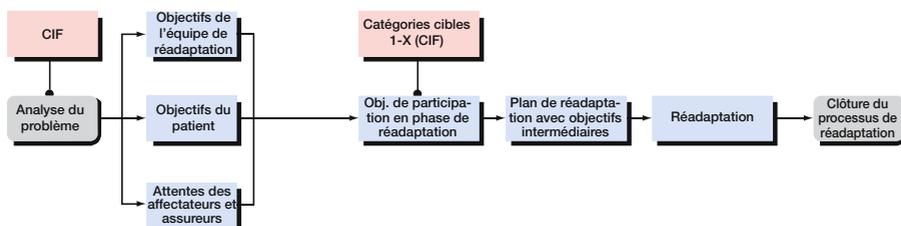


Figure 2: schéma du processus de réadaptation.

Pour établir un plan de réadaptation détaillé, il est nécessaire de formuler des objectifs clés (si possible standardisés) et des objectifs intermédiaires à court terme (souvent des objectifs hebdomadaires) dans les différents groupes thérapeutiques professionnels impliqués, ces derniers devant être en relation directe avec les catégories cibles fixées et la durée de séjour prévue.

Il est nécessaire d'effectuer des **évaluations du déroulement**, relativement semblables aux évaluations d'admission, afin de contrôler l'atteinte des objectifs de réadaptation. La sélection doit s'effectuer de manière très soigneuse afin que ces observations fournissent une illustration véridique du processus de réadaptation. La plupart de ces instruments de mesure doivent être attribués aux **évaluations spécifiques** qui permettent notamment de contrôler les structures et les fonctions de l'organisme ainsi que les activités de la vie quotidienne. Le choix des **évaluations génériques** est plus délicat, en particulier pour le contrôle de la participation. La recherche clinique centrée sur l'évaluation des résultats patients, qui représente un domaine très important en réadaptation, se sert notamment de ces différents instruments d'évaluation. En réadaptation, la recherche clinique centrée sur l'évaluation des résultats patients se distingue des modèles biomédicaux (exclusivement orientés sur des maladies et des pathologies structurelles ainsi que l'influence des mesures spécifiques appliquées à ces maladies) par l'utilisation complémentaire d'évaluations génériques.

Voies thérapeutiques utilisées en réadaptation

Dans le cadre des forfaits par cas introduits en médecine aiguë, les processus de traitement sont souvent contrôlés et adaptés de manière plus étroite. Dans ce contexte, les directives médicales constituent des références importantes pour déterminer des voies diagnostiques et thérapeutiques tenant compte des spécificités d'une clinique. Elles permettent de fixer précisément les examens et le traitement correspondant à la «voie» d'un patient ayant un certain diagnostic. Dans le processus de réadaptation, cette méthode n'est pas très utile en ce qui concerne les diagnostics médicaux, car les objectifs et les mesures thérapeutiques ne peuvent être que partiellement établis à partir de ce type de groupes diagnostiques. L'analyse du problème incluant la prise en compte des différentes dimensions de l'intégrité physique et du handicap d'un patient ainsi que des facteurs contextuels (cf. chap. «La réadaptation dans le contexte de la CIF» et «Processus de réadaptation») joue un rôle déterminant en médecine de réadaptation. Cette étape est indispensable afin d'établir un plan de réadaptation complet répondant aux besoins de l'individu. Cette condition étant remplie, il est ensuite parfaitement possible de formuler des voies thérapeutiques judicieuses pour la réadaptation. Outre une voie générale (fig. 3), le lien établi avec des diagnostics basés sur la pathologie structurelle (fig. 4) et la définition des catégories cibles (objectifs de participation fondés sur la CIF, fig. 5) permettent de préciser

toujours mieux la voie thérapeutique et d'opérer une sélection parmi des programmes prédéfinis de traitement orienté sur les ressources. Cette méthode systématique permet de composer un programme de réadaptation en adéquation avec les besoins du patient tout en utilisant des objectifs standard. Si un aménagement individuel complémentaire du processus de réadaptation demeure toujours possible, celui-ci ne doit cependant jamais être le fruit du hasard, mais résulter de l'application d'une méthode intégrée dans le processus global de réadaptation. Pour ce faire, la Rehaklinik Bellikon utilise un «processus de définition d'objectifs» (fig. 6) comprenant divers mécanismes de feed-back et de pilotage ainsi que des indicateurs de résultat et de processus servant au contrôle et à l'amélioration de la qualité.

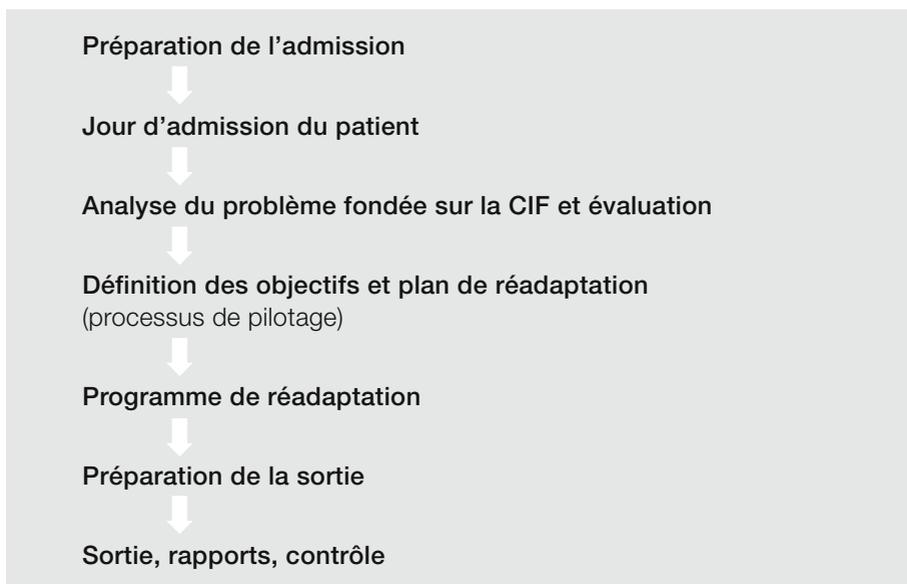


Figure 3: voie thérapeutique générale et composantes associées (sous-processus1).

¹ Chacun de ces processus partiels se définit par 20 activités ou données de mesure environ.

Préparation de l'admission



Jour d'admission du patient



Analyse du problème fondée sur la CIF et évaluation



Définition des objectifs et plan de réadaptation
(processus de pilotage)



Programme de réadaptation



Fauteuil roulant



Equipement prothétique



Entraînement à la marche



Préparation de la sortie



Sortie, rapports, contrôle

Figure 4: voie thérapeutique de l'**amputation d'une extrémité inférieure** (exemple).

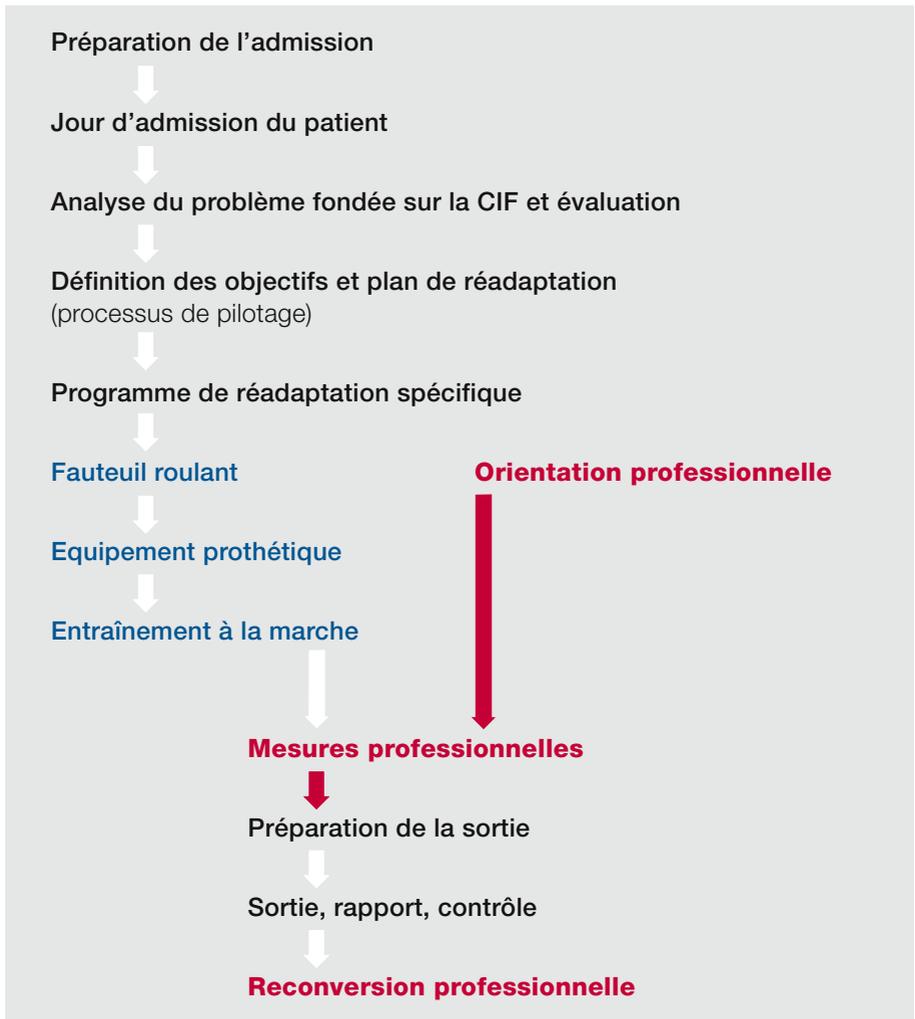


Figure 5: voie thérapeutique de l'**amputation d'une extrémité inférieure**, **catégorie cible «reconversion professionnelle»** (exemple).

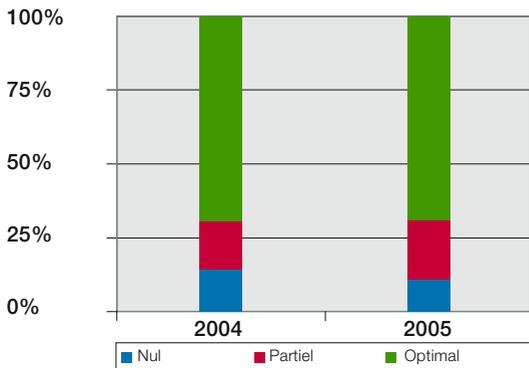
Indicateurs de processus

- Atteinte des objectifs
- Satisfaction du patient
- Décalages entre les objectifs de l'équipe thérapeutique, ceux du patient et ceux de l'affectateur
- Corrélation catégorie cible et (ou) diagnostic avec la durée de séjour
- Corrélation catégorie cible et (ou) diagnostic avec l'atteinte des objectifs
- Analyse coûts-bénéfices par catégories cibles et (ou) diagnostics

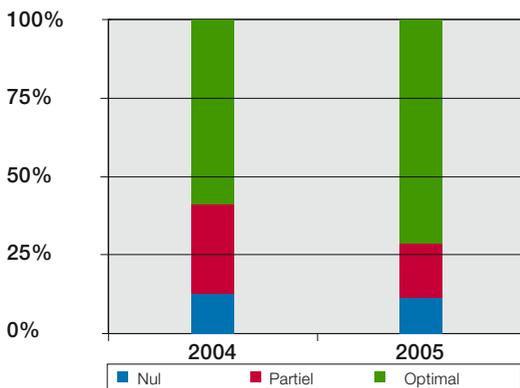
Résultats

Nous présentons ci-après quelques exemples d'indicateurs de processus qui montrent notamment que l'analyse différenciée des résultats par catégories cibles fournit des indications complémentaires importantes.

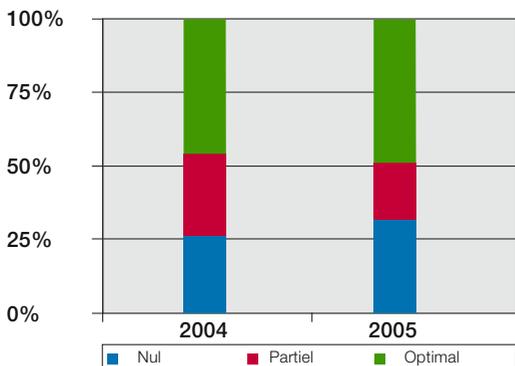
Taux de réalisation des objectifs du groupe «réadaptation aiguë et qualité de vie»



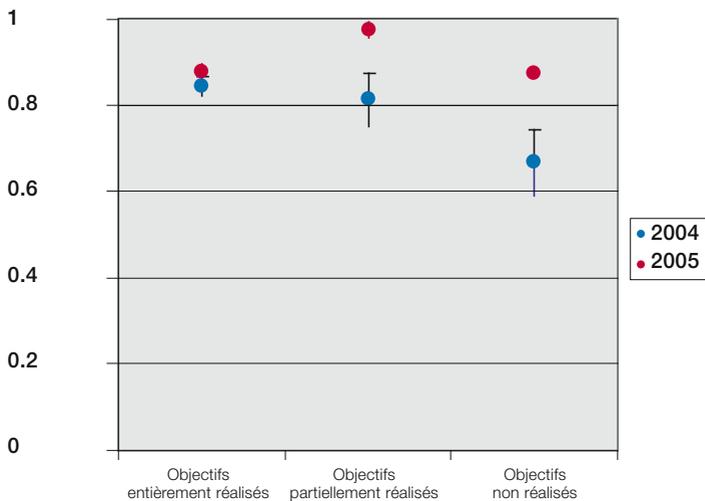
Taux de réalisation des objectifs du groupe «réinsertion professionnelle»



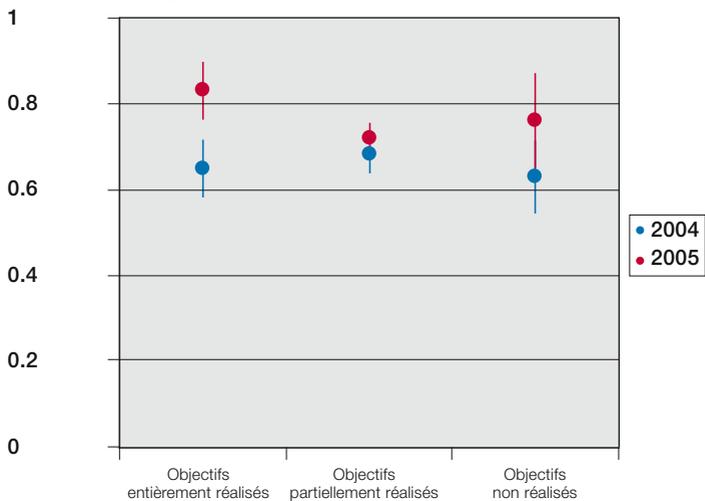
Taux de réalisation des objectifs du groupe «expertises médicales»



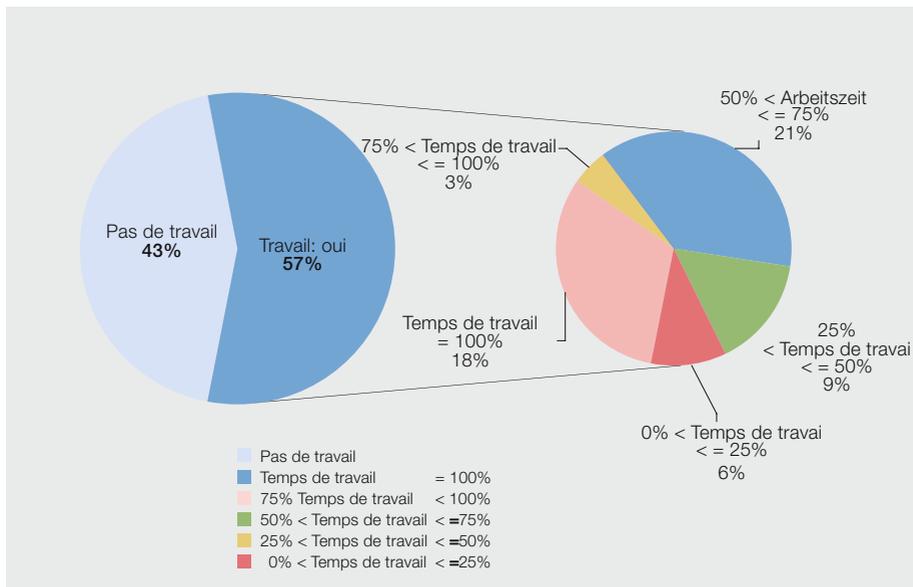
Satisfaction du groupe «réadaptation aiguë et qualité de vie» concernant les traitements dispensés



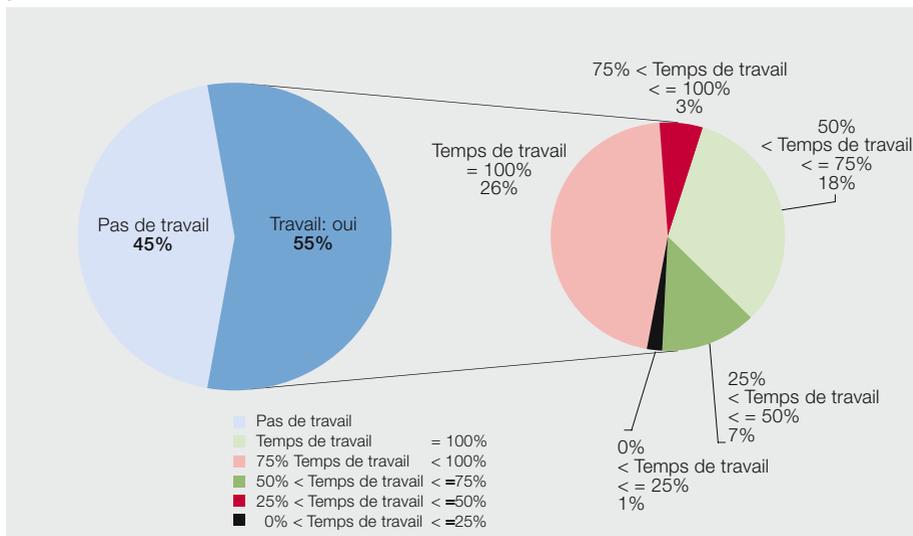
Satisfaction du groupe «expertises médicales» concernant les traitements dispensés



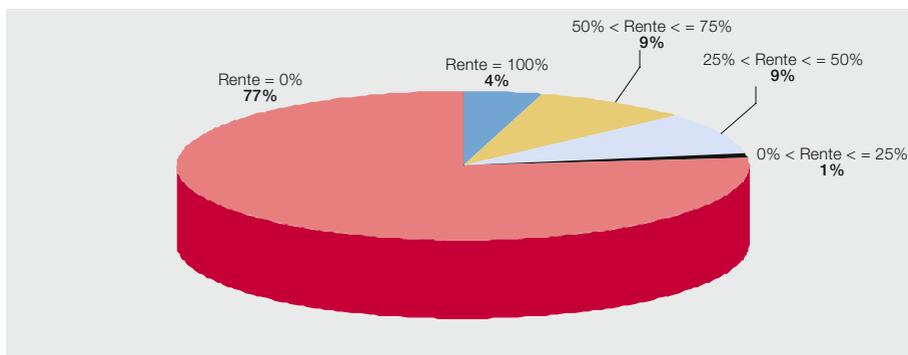
Temps de travail exprimé en pour cent (2004, après 2 mois) du groupe «réinsertion professionnelle»



Temps de travail exprimé en pour cent (2004, après 2 mois) du groupe «réinsertion professionnelle»



Rentes (2004, après 1 an) du groupe «réinsertion professionnelle»

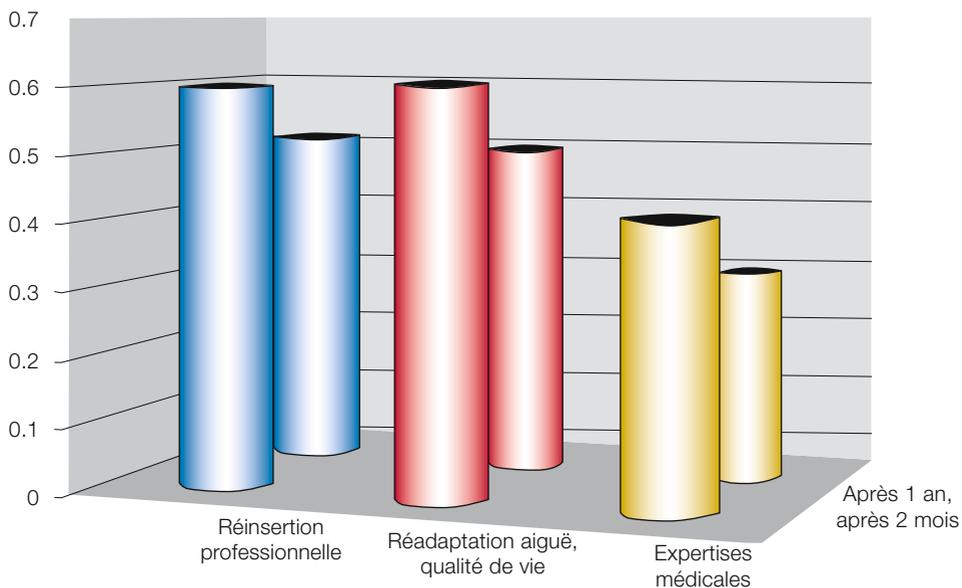


Catégories cibles (groupées)	Durée de séjour en jours (2004)	Contribution de couverture (2004)
I Réadaptation aiguë et qualité de vie	37 – 93	négatif
II Réinsertion professionnelle	36 – 52	positif
III Expertises médicales	17 – 34	positif
Principal problème médical		
Lésions extrémité supérieure	33 – 36	positif
Lésion cérébrale traumatique	54	négatif
Lésions extrémité inférieure	40 – 47	positif
Polytraumatisme	69	négatif
Amputation extrémité supérieure	47	négatif
Amputation extrémité inférieure	54	positif
Traumatisme du rachis cervical	36	positif

Grandeurs de mesure du processus traumatismes du rachis cervical

	Travail après 1 an	Durée de séjour	Coûts du processus	DB I
Réinsertion professionnelle	73	32	100%	+
Réadaptation aiguë et qualité de vie	21	36	128%	+/-
Expertises médicales	13	30	95%	+

Satisfaction de la vie



Bibliographie

- Andresen EM: Criteria for assessing the tools of disability outcomes research. Arch Phys Med Rehabil 81, Suppl 2:15-20; 2000
- Barnes MP, Ward AB: Textbook of Rehabilitation Medicine. Oxford University Press, Inc, New York; 2000
- Braddom RL: Physical Medicine and Rehabilitation 2nd Edition. Saunders, Philadelphia, London, New York; 2000
- Ewert T, Cieza A, Stucki G: Die ICF in der Rehabilitation. Phys Med Rehab Kuror 12: 157-162; 2002
- Gmünder HP: Rehabilitation. In: Rüter, Trentz Wagner: Unfallchirurgie: 443-450. Elsevier, Urban&Fischer, München; 2004
- Haaf HG: Gesundheitsökonomische Analyse der Vergütung mit Fallpauschalen in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 41: 14-30; 2002
- Jette AM et al: Beyond function: predicting participation in a rehabilitation cohort. Arch Phys Med Rehabil 86: 2087-2094; 2005
- Kaplan RM: Quality of life: An outcomes perspective. Arch Phys Med Rehabil 83, Suppl 2: 44-60; 2002
- Knüsel O: ALVR-Grundlagen der Rehabilitation. Schweizerische Ärztezeitung 83: 1923-1924; 2002
- Köhler F: Auswirkungen des DRG-Systems auf Anschluss- und Rehabilitationsbehandlung in Sydney, New South Wales, Australien. Rehabilitation 41: 10-13; 2002
- Müller K, Schneider W: Autonomie und soziale Integration. Geriatrie Praxis 3: 28-30; 2003 Arch Phys Med Rehabil 83, Suppl 2: 44-60; 2002
- Rentsch HP, Bucher PO: ICF in der Rehabilitation. Schulz-Kirchner, Idstein; 2005
- Rochell B, Roeder N: DRGs als Grundlage der künftigen Krankenhausfinanzierung – Stand der Umsetzung und Einfluss auf die Rehabilitation. Rehabilitation 41: 1-9; 2002
- Rushton PW, Miller WC: Goal attainment scaling in the rehabilitation of patients with lower-extremity amputations: a pilot study. Arch Phys Med Rehabil 83: 771-775; 2002
- Schut HA, Stam HJ: Goals in rehabilitation teamwork: Disabil Rehabil 16(4): 223-226; 1994
- Schuntermann MF: Die Bedeutung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für die Rehabilitation. Med Sach 99 No3: 94-97; 2003
- Sivaraman Nair KP, Wade DT: Satisfaction of members of interdisciplinary rehabilitation teams with goal planning meetings. Arch Phys Med Rehabil 84, Suppl 2: 1710-1713; 2003
- Stoll T et al: Sind stationäre Rehabilitation oder ambulante Physiotherapie bei Patienten mit muskuloskelettalen Problemen wirkungsvoll und landen Patienten auf dem richtigen Behandlungspfad? Physiotherapie 4: 17-21; 2004
- Stucki G, Sigl T: Assessment of the impact of disease on the individual. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 17(3): 451-473; 2003
- Whiteneck GG et al: Quantifying Environmental factors: a measure of physical, attitudinal, service, productivity, and policy barriers. Arch Phys Med Rehabil 85: 1324-1335; 2004
- Organisation mondiale de la Santé: Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Genève; 2001.

Adresses de correspondance:

Suva
Dr Hans Peter Gmünder
Médecin-chef et directeur médical
Rehaklinik Bellikon
5454 Bellikon
hanspeter.gmuender@rehabellikon.ch

Suva
Prof. Sönke Johannes
Directeur médical adjoint et
médecin-chef du service de
réadaptation neurologique
Rehaklinik Bellikon
5454 Bellikon
soenke.johannes@rehabellikon.ch

Suva
Dr Peter Erhart
Contrôle de la qualité médicale et recherche
Rehaklinik Bellikon
5454 Bellikon
peter.erhart@rehabellikon.ch

Principes fondamentaux de l'appréciation médicale de l'exigibilité et de la capacité de travail

Michael Oliveri a), Hans Georg Kopp a), Klaus Stutz b), Andreas Klipstein c), Jürg Zollikofer d)

- a) Clinique de réadaptation de Bellikon
- b) Médecine des assurances, Suva Luzern
- c) Clinique de rhumatologie, Hôpital Universitaire, Zürich
- d) Ossingen (cabinet médical), Président de la Société Suisse des Médecins-Conseils

Quintessence

- L'appréciation médicale de l'exigibilité repose sur trois critères essentiels: le niveau de charges (pénibilité du travail, limites concrètes concernant par ex. les charges à manipuler ou les postures corporelles au travail), le temps de travail (temps de présence, pauses supplémentaires en cas de besoin) et d'éventuelles restrictions supplémentaires affectant la limitation du rendement (par ex. rythme de travail, qualité, besoin d'un encadrement accru).
- L'appréciation de la capacité de travail en pourcentage doit se fonder sur un travail concret. Il s'agit en général de la dernière activité qui a été exercée. Si la capacité de travail est réduite, les restrictions qui la motivent doivent être concrétisées en tenant compte des critères d'exigibilité énumérés ci-dessus.
- L'incapacité de travail de longue durée nécessite en outre une autre mesure: c'est l'estimation de l'exigibilité d'autres activités offertes sur le marché du travail et susceptibles d'entrer en ligne de compte. Cette estimation fait également appel aux critères déjà énoncés. Toutefois, la fixation de la capacité de gain en pourcentage relève de la compétence de l'assureur, qui se fonde sur l'appréciation médicale pour prendre sa décision.
- En soi, l'exigibilité n'a pas à être limitée par les douleurs qu'exprime le patient ou par des diagnostics et des examens médicaux. Nombreux sont ceux qui travaillent tout en souffrant de douleurs ou d'autres symptômes plus ou moins intenses, car ils ont appris à continuer à vivre malgré tout. Ce sont les déficits fonctionnels qui sont déterminants avant tout par rapport à l'activité professionnelle; par conséquent, ils doivent être explicités concrètement dans les rapports.

Article reproduit avec l'aimable autorisation d'EMH Schweizerischer Ärzte Verlag AG (Forum Médical Suisse). Dans le domaine de la réintégration professionnelle et dans celui des assurances, on devrait en lieu et place du terme de «patient» plutôt utiliser celui de «client» ou d'«assuré». C'est par souci d'uniformité que l'on a renoncé à cette distinction.

- Il faut se fixer le plus tôt possible un objectif prioritaire: la personne concernée doit être présente à son poste de travail pendant toute la journée. Cette mesure est garante d'une réinsertion optimale (il faut évidemment tenir compte des limitations concernant la pénibilité des tâches et accroître les pauses si cela s'avère nécessaire). Limiter le travail à la demi-journée est une mesure qui ne devrait être accordée qu'à titre exceptionnel et pour des motifs bien précis.
- Une amplification des symptômes ou un comportement dysfonctionnel non malade se constate fréquemment en cas de problèmes de santé de longue durée assortis d'une incapacité de travail. Une amplification des symptômes est caractérisée par les cinq manifestations suivantes, qui sont plus ou moins développées suivant les cas: 1. description vague de symptômes constitués par des douleurs vives, éventuellement très étendues – topographiquement parlant – ou par d'autres plaintes, ainsi que 2. présentation d'un handicap lourd (les points 1 et 2 ne sont pas vraiment plausibles, si l'on tient compte des données objectives des examens et du diagnostic); 3. fixation sur les symptômes et éventuellement profit tiré de la maladie, 4. niveau de participation (disposition à faire un effort) insuffisant et auto-limitation ainsi que 5. incohérence.
- Une capacité de charge diminuée subjectivement en raison d'une amplification des symptômes non malade ne justifie pas une diminution correspondante de la capacité de travail et de l'exigibilité. En principe, on est en droit d'attendre que le patient entreprenne lui-même ce qui est nécessaire à l'amélioration de ses capacités fonctionnelles pour permettre une réinsertion optimale dans le milieu professionnel (obligation de contribuer à la diminution du dommage). Il n'est pas exclu que l'on mette en évidence en toile de fond une atteinte à la santé et un handicap plausibles, en plus d'une amplification des symptômes et d'une autolimitation.
- L'appréciation de la capacité de travail et de l'exigibilité n'ont alors qu'à tenir compte exclusivement de cet aspect clinique plausible de l'ensemble du problème de santé et du handicap.
- L'appréciation d'une limitation éventuelle de la capacité à fournir un effort de volonté – consécutive à une affection psychiatrique malade – relève de la compétence d'un psychiatre. Celui-ci effectue son appréciation sur la base de critères psychiatriques et psycho-sociaux.
- Un trouble somatoforme malade doit être distingué soigneusement d'une amplification des symptômes (banale) – d'après l'expérience dont nous disposons, le diagnostic de trouble somatoforme est posé trop fréquemment.
- Un diagnostic psychiatrique ne constitue pas en lui-même un motif suffisant pour limiter la capacité de travail ou l'exigibilité. La détermination de l'exigibilité se fonde sur l'importance du handicap et sur des considérations ayant trait au pronostic.

Introduction

L'appréciation correcte tant de la capacité de travail que de l'exigibilité peut avoir des conséquences d'une grande portée. D'une part, il s'agit du maintien – ou de la promotion – de la capacité de gain et de la prévention de l'invalidité, d'autre part de la recherche de règlements financiers corrects. A l'heure actuelle, de nombreux médecins¹ tendent encore à sous-estimer ces conséquences, car ils accordent plus d'importance aux mesures diagnostiques et thérapeutiques. Souvent, la formation des médecins en médecine des assurances est insuffisante; en plus, ils ne recourent fréquemment pas au même langage que les juristes dans ce domaine particulier. Plusieurs initiatives ayant vu le jour récemment revalorisent la médecine des assurances et témoignent d'une meilleure collaboration interdisciplinaire en Suisse. En 2003, l'Institut pour les sciences et la pratique juridiques de l'Université de St-Gall (Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis) a organisé à Lucerne un symposium destiné aux médecins, aux juristes et autres spécialistes ou professionnels des assurances intitulé «Douleur et capacité de travail» («Schmerz und Arbeitsfähigkeit»). Ce symposium est à l'origine d'une publication [1]. C'est la même année qu'a été fondée l'association Swiss Insurance Medicine, à laquelle appartiennent médecins et assureurs. En janvier 2005, les activités de l'Académie interdisciplinaire de médecine des assurances ont débuté à l'Université de Bâle.

Dans cet article, nous aborderons de manière systématique l'appréciation médicale de la capacité de travail et de l'exigibilité, tout en tenant compte des principes de médecine des assurances. Puis nous détaillerons la question de la présentation de cette appréciation – et de l'argumentation soigneuse qui la sous-tend – dans les rapports médicaux. Capacité ou incapacité de travail et exigibilité constituent des notions interdépendantes.

L'exigibilité joue en outre un rôle central dans les notions de capacité et d'incapacité de gain totale ou partielle (pour autant qu'elle ne concerne pas des aspects médicaux de l'exécution du travail). En cas de sinistre ou d'atteinte dommageable portée au corps humain, c'est-à-dire d'un accident assuré, il est exigé de l'assuré qu'il atténue le dommage et fasse tout ce qui est exigible de sa part pour maintenir les prestations de l'assureur aussi basses que possible.

Conditions cadres juridiques de l'assurance sociale

L'incapacité de travail bénéficie d'une définition juridique depuis le 1^{er} janvier 2003. L'art. 6 de la Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) [2] évoque toute «perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir **dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui**, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever

d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.» La jurisprudence en vigueur au 31 décembre 2002 conserve sa validité avec la nouvelle teneur de l'art. 6 de la LPGA; selon le droit des assurances sociales, est incapable de travailler soit la personne qui ne peut plus exercer son activité actuelle, soit celle qui ne peut plus l'exercer que d'une manière limitée, soit celle qui ne peut l'exercer qu'en courant le risque de nuire à sa santé. Dans ce cas, il faut souligner le rôle déterminant de l'évaluation médicale spécialisée qui détermine l'aptitude à exercer une activité productive au poste de travail habituel [3].

La Loi précise aussi le terme d'**incapacité de gain**. Selon l'art. 7 de la LPGA, il s'agit de «**toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré dans un domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.**» L'art. 8 al. 1 de la même loi définit l'**invalidité** comme «l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.» Chez les mineurs sans activité lucrative, la notion d'invalidité se réfère par contre à l'incapacité de gain future «probable» (art. 8 al. 2 LPGA). L'invalidité résulte de l'impossibilité d'accomplir les travaux habituels (art. 8, al. 3 LPGA) chez les personnes majeures n'exerçant pas d'activité lucrative.

Ces trois définitions illustrent le rôle de l'**exigibilité**, qui apparaît également dans d'autres articles. On peut citer en particulier l'obligation qui incombe à chaque assuré de contribuer à la diminution des dommages en participant individuellement à sa réinsertion. L'art. 21, al. 4 de la LPGA détaille [2]: «Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui **peut être exigé** de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement **exigible** et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de gain ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. «Les termes de cet article sont pratiquement identiques à ceux de l'art. 61 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) [4].

On cherche vainement une définition générale de l'exigibilité dans la LPGA. Seul l'art. 21, alinéa 4, rappelle que les traitements et mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Comme d'habitude, la concrétisation de ce terme juridique imprécis est du ressort de l'assureur et – en cas de litige – du tribunal [5]. La notion d'exigibilité génère évidemment des questions qui sortent du cadre purement médical et qui ressortent de domaines divers: il peut s'agir de l'aptitude et de l'envie de l'assuré à exécuter un travail plutôt qu'un autre. On peut également citer les aspects non médicaux de la trajectoire professionnelle, de la situation sociale ou de la rétribution, dont il s'agit également de tenir compte. L'art. 16 de la Loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI) [7] définit le concept du travail raisonnablement exigible dans le cadre particulier de l'assurance-chômage.

Concept de l'exigibilité du point de vue juridique

Dans le langage courant, la notion d'exigibilité est liée à une certaine forme de comportement que l'on est en droit d'attendre d'une personne, en l'occurrence d'une personne assurée. Ce comportement implique éventuellement des désavantages ou même des sacrifices qui doivent être consentis par les assurés. Il faut le souligner: l'assurance ne peut formuler des exigences qui sont supérieures à la moyenne et qui seraient à son seul avantage. D'autre part, il n'y a pas lieu de désavantager les assurés assidus et qui prennent des initiatives. Ce qui est exigé de l'assuré doit être compatible avec son atteinte à la santé, avec ses aptitudes et ses capacités personnelles, et ne doit pas modifier fondamentalement ses habitudes de vie [5]. L'exigibilité est également comprise comme l'expression d'un certain effort de volonté [6] ou d'une volonté tendue vers un certain but. Cette volonté permet de surmonter des difficultés d'ordre subjectif (indispositions, douleurs, symptômes psychiques) qui font obstacle à l'accomplissement d'un travail. Murer voit également dans la rigueur de l'appréciation de l'exigibilité une raison plus profonde et positive. Il souligne qu'il est en fait plus humain et plus utile pour l'assuré de retrouver le chemin de la vie active plutôt que de devoir renoncer à «une partie centrale ou essentielle» de sa vie par l'octroi d'une rente [5]. La responsabilité personnelle et l'obligation pour l'assuré de réduire les dommages sont étroitement associés au principe d'exigibilité [5, 8]. L'assuré est tenu de faire tout ce qui est en son pouvoir pour que les conséquences économiques de son invalidité restent aussi réduites que possible. L'attitude suivante découle de cette obligation: les mesures qui sont exigibles de la part d'une personne lésée sont les mêmes que celles qu'une personne raisonnable prendrait si elle n'avait absolument aucune prestation à espérer [5, 8].

Un point est essentiel dans le contexte de l'appréciation médicale de la capacité ou de l'incapacité de travail et de l'exigibilité: le médecin chargé de la rédaction du rapport ou de l'expertise ne doit prendre position quant aux notions de capacité/incapacité de travail et d'exigibilité que dans l'optique exclusive de sa spécialité médicale. C'est là que se trouvent les limites de l'appréciation médicale. Par contre, le médecin ne doit pas s'exprimer sur les questions d'incapacité de gain, ni même d'invalidité (le cas échéant, les médecins concernés ne doivent pas hésiter à retourner ce type de questions au mandant). Compte tenu de la situation juridique que nous venons d'esquisser, les **tâches** qui sont dévolues au médecin chargé de la rédaction d'un rapport ou d'une expertise sont les suivantes:

- a) Dans **tous les cas**, le médecin spécialiste est tenu de procéder à un **examen et à une appréciation minutieux de l'état de santé** de la personne concernée. Ce travail comporte les étapes suivantes: étude des éléments du dossier, anamnèse, analyse des plaintes (notamment quant à leur crédibilité), examen et constatations cliniques, description des résultats des examens effectués (en précisant les méthodes et techniques utilisées), diagnostic et, le

cas échéant, diagnostics différentiels. Dans la mesure du possible, le diagnostic clinique est à compléter par les éléments suivants: résultats d'exams concernant les capacités fonctionnelles (capacités fonctionnelles liées à la vie quotidienne ou celles qui sont liées à l'activité professionnelle) et observations concernant le niveau de participation (disposition à faire un effort) et la cohérence des performances à l'aide de tests fonctionnels ou dans le cadre de programmes thérapeutiques ou de réadaptation. Une expertise poli- ou interdisciplinaire peut s'avérer indiquée dans certains cas difficiles et complexes, après en avoir discuté avec le mandant. Une expertise médicale doit être apte à fournir des preuves solides. Par conséquent, elle est soumise à un certain nombre d'exigences qui ont été précisées par la jurisprudence [6 (p. 47 ss), 9].

- b) L'appréciation de la capacité ou de l'incapacité de travail se base impérativement et spécifiquement sur **le travail exercé habituellement** dans les cas suivants: incapacité de travail **de brève durée** (n'excédant pas 3 mois), **situations permettant de s'attendre à la reprise du travail habituel par l'assuré après une durée prévisible**. C'est au médecin qu'il revient de démontrer si l'assuré est confronté à des **limites fonctionnelles** dans l'exercice de son activité professionnelle habituelle et quelle est l'importance de ces limites (**capacité de rendement**). En outre, la connaissance de l'activité professionnelle exercée jusqu'alors fait également partie des tâches de l'expert médical. Dans la plupart des cas, la décision du médecin concernant l'incapacité de travail se concrétise par un pourcentage **conclusif**. En outre, en cas de capacité de travail partielle, il est indispensable de préciser la répartition temporelle du travail (p.ex. 50% à plein temps ou à la demi-journée) et d'indiquer d'éventuels critères limitatifs (p.ex. charges à manipuler et à soulever, postures de travail, travail sur une échelle ou un échafaudage). Le médecin peut en outre mentionner – avec leurs pourcentages respectifs – les activités qui ne peuvent plus être accomplies désormais dans le cadre du travail habituel, tout en tenant compte des mesures d'adaptation qui peuvent être prises au lieu de travail. L'activité ou la profession exercée jusqu'alors par l'assuré reste exigible tant qu'une telle aptitude au travail quantifiée persiste d'un point de vue médical spécialisé.
- c) L'évaluation médicale de la capacité ou de l'incapacité de travail doit nécessairement s'élargir dans les cas d'incapacité de travail **de longue durée** (plus de 3 à 6 mois en fonction de la problématique) et dans l'ensemble des situations ne permettant pas une **reprise de l'activité habituelle**. En effet, l'expert médical ne peut se contenter alors d'une l'évaluation de la capacité ou de l'incapacité à travailler dans le secteur habituel; il est également tenu de fournir des renseignements portant sur des **activités différentes** de celles exercées jusqu'alors et susceptibles d'être envisagées pour l'assuré d'un **point de vue médical**. Il s'agit d'être très concret en répondant à cette question: dans quelle mesure faut-il tenir compte de limitations dans l'ac-

complissement d'un travail en raison de la diminution des capacités fonctionnelles? L'expert doit exprimer son avis de manière différenciée en fonction des restrictions imposées par les atteintes à la santé: il peut estimer si l'assuré est capable de travailler en se déplaçant, en position assise ou en position debout, à l'air libre ou dans des locaux (chauffés), sans interruptions ou avec des pauses (supplémentaires), en évitant les facteurs environnementaux défavorables (courants d'air, bruit, matériaux toxiques, humidité, froid, chaleur, poussière), en soulevant et/ou en déplaçant des charges (limite de poids). L'expert peut également estimer si l'assuré est capable de travailler à plein temps ou dans une proportion moindre [6] (p. 48). Lorsque des facteurs d'ordre psychique ont été mis en évidence, il revient à l'expert médical de préciser si l'assuré est capable de travailler dans les conditions suivantes: atmosphère agitée, contraintes de temps, pressions psychologiques, contraintes de haute précision, tâches ou processus de travail structurés de manière complexe. Le médecin doit confirmer l'exigibilité de la reprise et de l'exercice de l'activité professionnelle, dans la mesure où une telle capacité de travail – décrite et commentée d'un point de vue médical – existe encore. C'est ensuite à l'assureur, et en cas de litige au tribunal, de décider si les dispositions législatives en vigueur obligent les assurés à accepter un **tel travail répondant à des critères d'ordre médical** énoncés plus haut. Dans ce contexte, il faut également tenir compte d'autres aspects de la notion d'exigibilité, tels que l'obligation de contribuer à une réduction des dommages et le principe d'exigibilité cités en introduction (voir encart). La jurisprudence suisse privée énonce une notion d'exigibilité de nature objective [10]; en d'autres termes, les critères n'illustrent pas le point de vue subjectif de l'individu définissant lui-même ce qui peut-être exigible de sa part ou non; au contraire, ils sont fixés de manière objective par ceux qui sont chargés de l'application de la législation indépendamment des cas individuels. Ces critères permettent de décider si l'on peut exiger d'une personne qu'elle réintègre ou non le milieu professionnel, et dans quelle mesure.

Il n'est pas rare que le médecin soit également tenté de quantifier – sous forme d'un pourcentage – son appréciation concernant l'exigibilité d'autres types d'activités. Ce mode d'estimation n'est pas critiquable en soi, pour autant qu'il précise le plus clairement possible à quelles activités il se réfère. Mais il faut rappeler une distinction essentielle: une telle estimation globale de l'incapacité de travail par le médecin ne correspond **aucunement** au degré d'incapacité de gain. Cette distinction n'est pas toujours facile à expliquer aux patients, qui estiment souvent à tort qu'une incapacité de travail générale de 50% leur donne droit également à une rente d'environ 50%. L'appréciation médicale de l'exigibilité s'attache à définir la reprise et l'accomplissement de nouvelles tâches bien précises tout en cherchant à les quantifier dans certains cas. C'est à l'assureur – ou au tribunal, s'il y a litige – qu'il revient de la transformer en capacité de gain. L'assureur a pour tâche de vérifier la situation suivante: les limitations se rappor-

tant à l'exécution d'autres travaux par l'assuré et qui sont décrites et explicitées par le médecin conduisent-elles à une perte de gain si l'on se réfère aux possibilités de revenus qu'aurait le patient sans atteinte à la santé? Le calcul des pertes de gain est effectué selon l'art. 16 LPGA [2], la comparaison des revenus se fonde sur la base de données documentées des places de travail ou sur les statistiques salariales [11].

C'est surtout de l'appréciation médicale de l'exigibilité dans les cas d'incapacité de travail de longue durée qu'il va être question ci-dessous.

Principes de l'appréciation médicale de l'exigibilité

L'appréciation de l'exigibilité constitue un processus qui nécessite que des données soient recoltées, qu'une démarche décisionnelle soit instituée et que des preuves soient rassemblées. Cette appréciation recourt à une argumentation transparente qui se fonde sur les principes qui vont être développés plus loin. Il n'y a pas de règles générales et applicables à tous les cas qui définissent le contenu de l'appréciation. En forçant quelque peu le trait, nous pourrions dire la chose suivante: la qualité du processus est avant tout fonction de la transparence des constatations ainsi que de la cohérence et de la crédibilité des arguments. Que l'appréciation et son contenu soient corrects ne peut en soi être contrôlé. Une argumentation solide permet à l'ensemble des spécialistes concernés un jour ou l'autre (qu'il s'agisse de médecins, de spécialistes des assurances, de juristes, etc.) d'apprécier les constatations d'un oeil critique. Une attente légitime résulte de l'obligation de veiller à la qualité du contenu de l'appréciation médicale: Une appréciation soigneusement motivée ne peut que se répercuter de manière positive sur la qualité de l'appréciation de l'exigibilité.

I L'appréciation de l'exigibilité se base sur les dimensions «activité et participation» selon l'ICF

Le système de classification ICF (International Classification of Functions, Disability and Health) repose pour l'essentiel sur les **dimensions** intitulées **fonctions et structures physiques, activité et participation** (p.ex. travail) ainsi que sur les **facteurs contextuels** personnels et environnementaux [12]. L'exigibilité se fonde essentiellement sur les aptitudes et déficits d'une personne par rapport aux exigences de son travail; elle concerne donc en priorité les domaines **activité et participation**. Le diagnostic et ses éléments qui se rapportent à l'atteinte à la santé peuvent, le cas échéant, donner une certaine plausibilité aux limitations évoquées dans l'anamnèse et aux déficits fonctionnels constatés. Cependant, en règle générale, les diagnostics ne constituent pas en eux-mêmes la base de l'appréciation de l'exigibilité. Une constatation a toute son importance dans ce contexte: souvent, il n'y a pas de vraie corrélation entre les atteintes à la santé d'une part, et les handicaps d'autre part. Dès 1959, David Mechanic [13] précisait: «Illness and disability vary independently». Des douleurs ou autres symp-

tômes subjectifs en soi ne peuvent pas non plus motiver une limitation de l'exigibilité (p.ex. se reposant sur l'argumentation du patient: «**Parce que** j'ai telle douleur... » ou «**Tant que** j'aurais telle douleur, je ne pourrais pas travailler, ou je ne pourrais pas faire ceci ou cela»). C'est un fait bien connu en pratique médicale: des patients souffrant des mêmes atteintes à la santé peuvent différer considérablement dans leur attitude; leur tolérance à la charge démontrée, leur comportement envers les sollicitations et leur disposition à travailler varient beaucoup, leur manière de faire face à la douleur jouant un rôle essentiel (efficacité de maîtrise de la douleur, ou échec des stratégies de coping et comportement dysfonctionnel face à la maladie) [14–16].

Dans des cas simples, nous sommes en mesure de déterminer quelles activités ne sont pas exigibles; nous basons alors notre jugement plutôt théorique sur un diagnostic, sur les résultats d'examens médicaux et sur une certaine expérience; par exemple, des travaux de peinture ne sont pas exigibles s'ils doivent être effectués dans une situation de limitation notable de la mobilité de l'épaule dominante – dans la mesure où cette limitation est prouvée d'un point de vue médical. Autre exemple: les activités qui doivent être exercées essentiellement en position debout ou qui nécessitent des déplacements ne sont pas exigibles en cas de gonarthrose avancée et douloureuse. Toutefois, il faut souligner le fait que les aptitudes et déficits fonctionnels au travail ne se laissent pas déduire en toute fiabilité des diagnostics structurels et fonctionnels. Dans de telles situations, une analyse ergonomique serait justifiée, par exemple une «**évaluation de la capacité fonctionnelle**» (ECF) [17 – 19]. En outre, cette méthode d'évaluation ECF bénéficie d'une place de plus en plus importante en jurisprudence [6, 20]. D'ordinaire, une telle expertise est commandée par des assureurs-accidents, de l'assurance-invalidité, parfois des caisses de pension et des assureurs perte de gain.

L'appréciation d'activités exigibles est généralement difficile en présence de signes d'un trouble fonctionnel sans substrat organique, en cas d'un niveau de participation insuffisant et de résultats d'examens incohérents. La même remarque vaut également pour l'évaluation ergonomique ECF. Cette analyse n'a aucun sens si l'on est confronté à un mauvais niveau de participation, l'appréciation doit alors se fonder avant tout sur des considérations médicales théoriques. Par contre, des **tableaux cliniques mixtes** apparaissent souvent. Ils sont caractérisés par une amplification des symptômes – partielle seulement – et par une incohérence, souvent de peur de faire certains mouvements ou certains efforts après une période d'épargne prolongée. Également, il peut arriver parfois que la question du niveau de participation ait été appréciée de manière contradictoire par les experts précédents. Dans ces cas particuliers, la contribution d'une évaluation ergonomique est loin d'être négligeable: Elle peut assister en effet les patients dans leur confrontation progressive aux sollicitations du monde du travail et elle peut leur ouvrir des perspectives d'une réadaptation et d'une réinsertion fondée sur le travail. Il n'est pas rare de voir des patients manifester

une reconnaissance particulière pu bénéficier d'une évaluation ergonomique; elle les aide à réaliser qu'ils sont capables de faire des efforts beaucoup plus importants qu'ils ne le croyaient auparavant. Les très nombreuses observations collectées par les tests qui constituent l'évaluation ergonomique permettent de répondre plus clairement aux questions qui relèvent de la cohérence et du niveau de participation (disposition à faire un effort).

II Eléments formels de la description de l'exigibilité

Les éléments importants et constitutifs de l'exigibilité sont les suivants:

Niveau de la capacité de charge, tolérance à la charge

Il est peut s'avérer utile de déterminer le niveau de la capacité de charge exigible d'un point de vue physique en référence aux critères du Dictionary of Occupational Titles [21] (poids maximaux à soulever/à manipuler occasionnellement entre parenthèses):

■ très léger, surtout en position assise	(5 kg au max.)
■ léger	(5 – 10 kg au max. ou mouvements fréquents de bras nécessaires ou obligation d'actionner fréquemment une pédale)
■ léger à moyennement lourd	(10 – 15 kg au max.)
■ moyennement lourd à lourd	(15 – 25 kg au max.)
■ lourd	(25 – 45 kg au max.)
■ très lourd	(> 45 kg)
■ aucune activité exigible	(actuellement)

Tableau 1. Niveau de la capacité de charge.

Des restrictions concrètes doivent être précisées – à titre complémentaire et si cela s'avère nécessaire – par ex. «alterner les positions de travail: travail en position assise et en position debout», «pas de travail à effectuer au-dessus du niveau des épaules», «pas de travail nécessitant l'usage fréquent de la force de la main gauche», «pas de travail sur une échelle». On peut aussi recommander des adaptations ergonomiques destinées à diminuer les charges ou les sollicitations mal tolérées, par ex. un plan de travail mobile (réglable mécaniquement) pouvant être déplacé jusqu'à la hauteur de la poitrine et permettant de travailler en position debout. Le niveau de capacité de charge est une donnée connue lorsqu'il s'agit de décrire l'exigibilité de l'activité professionnelle exercée précédemment. Dans ce cas, il s'agira plutôt de préciser – si nécessaire – certains critères d'épargne, comme «ne soulever que rarement des charges de 20 kg au max. à partir du sol».

Temps de travail

Le temps de travail à effectuer comprend un temps de présence (travail à plein temps, travail à la demi-journée, nombre d'heures par jour) et des pauses supplémentaires – qui peuvent s'avérer éventuellement indispensables (total des pauses par jour). La répartition des pauses supplémentaires doit être spécifiée: pauses de durée prolongée, ou pauses fréquentes de courte durée (par ex. pour changer de position, se détendre et se dégourdir les jambes).

Autres limitations de rendement importantes pour le travail

Diminution de la productivité (qui est exigée habituellement pendant les heures de travail prévues), par ex. rythme de travail plus lent, acceptation d'une qualité inférieure, encadrement accru. Le diagnostic de déficits psychologiques ou neuro-psychologiques rendent de telles adaptations souvent indispensables.

III Raisons d'une limitation de la performance au travail exigible

Le tableau 2 présente les raisons principales d'une limitation de l'exigibilité et leurs manifestations éventuelles.

	Motifs d'une limitation	Constatactions
Sécurité	Risque d'accident élevé (pour soi-même ou pour autrui)	Diminution de la concentration et erreurs le travail. Raisons: fatigue, intensification des douleurs, effets indésirables des médicaments, déficits neuro-psychologiques, vertige, trouble du comportement de nature psychologique
Santé	Menaces d'atteinte à la santé ou aggravation de problèmes préexistants	Appréciation médicale avec observations fonctionnelles, indices suggestifs d'un risque d'aggravation potentielle en raison de certaines charges ou sollicitations (par ex. récidives plus fréquentes), pronostic défavorable à long terme de l'affection avec les charges ou sollicitations actuelles
Travail	Performances et productivité trop faibles (en raison de déficits fonctionnels) par rapport aux exigences du travail	Handicap physique (force/endurance, mobilité, coordination) Apparition irrégulière des problèmes de santé: absences répétées Limitation d'ordre (neuro-)psychologique tels que ralentissement, erreurs, besoin d'un encadrement accru
Qualité de vie	Décompensation psychique consécutive à une incapacité de faire face à la douleur, un état d'épuisement, un état anxieux ou un état dépressif	Douleurs chroniques affectant l'équilibre psychique Besoin élevé d'analgésiques, éventuellement avec des effets indésirables Temps de loisirs avec qualité de vie insuffisante (douleurs intenses ou état d'épuisement pendant le temps libre, le soir et le week-end) consécutive aux sollicitations professionnelles

Tableau 2. Principales raisons d'une limitation de l'exigibilité

Des facteurs tels qu'une qualité de vie perturbée ou une instabilité psychique sont susceptibles de limiter l'exigibilité. Cependant, ils ne doivent pas être pris en compte sans un examen soigneux et prudent. Toute mention subjective, que ce soit de douleurs intenses et chroniques ou de fatigue excessive ne légitime pas – et de loin – une limitation de l'exigibilité. Des plaintes qui s'expriment de manière timide ou réservée peuvent révéler des problèmes beaucoup plus graves que si elles sont présentées sur un mode démonstratif et dramatique. En règle générale, les conditions suivantes

- La constatation d'une coopération et d'un niveau de participation de bonne qualité ainsi que d'une cohérence lors des examens, des tests ou d'un séjour de réadaptation sont des indices qui confirment la plausibilité des informations. Les propositions de traitement appropriées, exigibles et destinées à atténuer le problème de santé ont été acceptées par le patient et elles ont été appliquées.
- Les informations du patient sur ces plaintes sont différenciées, elles ne contredisent pas l'anamnèse, et les observations faites au cours de tests ou de séjours de réadaptation permettent de les confirmer.

Citons un exemple caractéristique: un patient – qui semble cohérent – nous informe de la manière suivante: son médecin lui aurait dit qu'une phase d'adaptation et d'habituaiton s'avéraient nécessaires pour que son problème s'atténue; dans ce contexte, le travail représentait également un traitement judicieux. Il aurait suivi ce conseil et il aurait repris le travail à plein temps malgré d'importantes douleurs. Il aurait été épuisé le soir et le week-end, souffrant de violentes douleurs. Il n'y aurait plus de qualité de vie dans ses loisirs, il se verrait obligé de s'allonger en permanence après le travail pour que ses douleurs s'atténuent jusqu'au lendemain. Bien qu'il ait résisté pendant 6 mois, il n'y aurait aucune amélioration constatable. Le patient dit que cela ne peut plus continuer ainsi, qu'il a besoin d'un peu de temps libre et d'une certaine qualité de vie. Une adaptation du temps de travail à la situation semble être ici justifiée.

IV Limitation de l'exigibilité: priorités

Une diminution du travail peut en principe être envisagée sous forme de limitation des sollicitations et/ou du temps de présence ou du temps de travail. Il faut toujours vérifier d'abord si une diminution des efforts ou des performances est possible sur la base d'un travail à plein temps.

L'option d'un travail à plein temps est assortie de plusieurs avantages: Elle permet d'éviter une certaine forme d'«enlèvement» – médicalement non justifiée – dans un travail d'une durée réduite et le risque de perdre l'emploi. En outre, elle contribue aussi à diminuer les prestations financières injustifiées qui sont à la charge des assureurs.

La liste des limitations à prescrire établie par ordre de priorité est présentée au tableau 3. L'organisation du travail de l'entreprise et la faisabilité des limitations

doivent également être prises en compte. L'exemple suivant le démontre: du point de vue médical on exige d'un ouvrier du bâtiment qu'il travaille à mi-temps; cependant, cette décision ne peut être concrétisée pour la raison suivante: les chantiers sont éloignés et toute l'équipe d'ouvriers doit y être transportée dans un véhicule de l'entreprise. On ne peut exclure que l'employeur ne soit pas en mesure de proposer à cet ouvrier une activité moins pénible comme p.ex. celle de magasinier. Une solution alternative consisterait à faire travailler l'ouvrier par périodes de 3 jours interrompues par 1 jour de repos intermédiaire.

La concrétisation d'une limitation certifiée de la capacité de travail est loin d'être toujours évidente. Il revient alors au médecin de s'informer quant aux possibilités d'une activité adaptée au handicap du patient dans l'entreprise. Cette tâche peut être déléguée éventuellement à l'assureur. **L'employeur doit, lui aussi, assumer la responsabilité de contribuer à la meilleure réinsertion possible de ses employés après une maladie ou un accident** qu'ils auraient subis. Des modèles de primes peuvent l'y inciter financièrement. L'efficacité de la réinsertion professionnelle et la prévention d'une éventuelle invalidité sont fonction d'une certaine souplesse de l'employeur et de sa capacité à faire travailler un employé malgré son handicap. La bonne volonté des tous les intervenants, surtout des médecins ou des «case managers» des assurances, et l'efficacité de leurs contacts interpersonnels jouent à cet égard un rôle essentiel.

Tableau 3. Limitation de l'exigibilité: priorités

<p>1. Travail à plein temps avec limitation de certaines sollicitations</p>	<p>Suppression de certaines sollicitations/charges critiques et non exigibles (poids maximums, durée/fréquence des efforts).</p>
<ul style="list-style-type: none"> – limites de charges/sollicitations – mesures relatives à l'organisation du travail, moyens auxiliaires – autres activités – adaptées au handicap – dans la même entreprise 	<p>Modification des conditions de travail, si nécessaire et si possible (éventuellement: job rotation), recours aux moyens auxiliaires (p.ex. pour le transport de charges).</p>
<p>2. Travail à plein temps avec des pauses supplémentaires / un rendement inférieur</p>	<p>Charges/sollicitations critiques tolérées (p.ex. manipulation de certaines charges, certaines positions de travail), mais seulement avec un rythme de travail diminué ou une fréquence ou durée réduite. L'application que des mesures détaillées sous 1. La seule application des mesures détaillées sous 1 ne permet pas de réduire des effets de surcharge ou sursollicitation</p> <p>Une présence au travail pendant toute la journée est exigible, mais le patient n'est pas en mesure d'avoir un rendement normal pour des raisons psychologiques ou (neuro-)psychologiques</p>
<ul style="list-style-type: none"> – pauses de brève durée, mais plus fréquentes, pauses plus longues, rythme de travail ralenti – prise en compte d'un rendement plus faible pendant le travail – (si nécessaire, combiner ces mesures avec celles détaillées sous 1.) 	

3. Temps de travail réduit, mais rendement normal

Par exemple

- Demi-journée de travail ou x heures par jour (rendement normal pendant ces périodes de travail)
- Absence du travail pendant x jours par mois (en moyenne)
- Travail à plein temps, mais x jours par semaine seulement

Les problèmes de santé augmentent notablement au cours de la journée en fonction de l'accumulation des sollicitations. Une diminution spécifique des sollicitations/charges ou des pauses plus fréquentes n'ont pas d'effets préventifs. Illustration de cet état de fait: le patient indique: «Je peux travailler pratiquement à plein régime pendant les premières heures, mais, par la suite, cela va de plus en plus mal». Autre exemple: on constate la présence d'un odème qui s'accroît au fil des heures.

L'organisation du travail dans l'entreprise n'autorise pas de diminution spécifique et suffisante des sollicitations/charges et/ou l'instauration de pauses plus fréquentes.

Des problèmes aigus de santé récidivants entraînent des absences (par ex. plusieurs jours par mois); ils ne peuvent être prévenus par la seule réduction des sollicitations ou par des pauses plus fréquentes.

Une présence à plein temps n'est pas exigible pour des raisons psychologiques ou (neuro-)psychologiques.

4. Temps de travail abrégé et rendement inférieur

Les mesures énumérées et explicitées ci-dessus sont insuffisantes pour adapter le travail au handicap.

V Appréciation de l'exigibilité dans l'activité professionnelle exercée précédemment

Pour apprécier l'exigibilité et la capacité ou l'incapacité de travail qui concerne l'emploi précédent, il faut se baser sur l'activité qui était exercée habituellement avant l'accident ou la maladie. Des prestations réduites ou des tâches exécutées ultérieurement dans le cadre d'un travail adapté à une certaine forme de handicap ne peuvent servir de référence. Prenons l'exemple d'un maçon qui ne peut être occupé pendant un certain temps que comme magasinier, car il doit bénéficier d'une diminution de la pénibilité de son travail. Dans ce cas précis, on ne pourra parler sans réserve d'une prestation de travail à 100% (par rapport au travail prévu initialement dans le contrat de travail), même si cette activité est exercée pendant toute la journée. En cas de travail à temps partiel prévu de manière contractuelle, une incapacité de travail certifiée doit se référer clairement et spécifiquement à cet horaire de travail réduit.

L'appréciation de la capacité/incapacité de travail ne se fonde pas uniquement sur l'examen de l'aptitude à tolérer certaines sollicitations ou à supporter certaines charges. L'analyse des **exigences professionnelles joue également un rôle essentiel à cet égard**. Prenons l'exemple d'une fracture de l'avant-bras non-dominant qui a été plâtrée. Ce traumatisme justifie une incapacité de travail

de 100% pour un ouvrier du bâtiment, mais pas nécessairement pour un vendeur ou un secrétaire. Le médecin doit avoir une idée précise du travail exercé par son patient (charges à manipuler: type de charges, fréquence des manipulations; usage – ou non – de la force physique; mouvements et positions du corps; exigences psycho-mentales). Il obtient ses premières informations de la part de son patient, mais elles ne sont pas toujours fiables. Les descriptions du poste de travail effectuées par l'assureur sont très utiles, si elles ont été réalisées. Si nécessaire, le médecin devrait obtenir ces informations particulières directement de l'employeur; par la même occasion, il aurait la possibilité de s'enquérir de l'existence d'activités moins pénibles au sein de l'entreprise.

En cas d'arrêt de travail prolongé, il faut prendre en compte non seulement les résultats d'examen et de tests récents, mais également l'**évolution antérieure de la capacité de travail et le déroulement des différentes tentatives de reprise du travail** (quel était le rendement au travail, de quelle nature étaient les obstacles rencontrés?). Les comptes rendus des discussions entre collaborateurs des services externes des assureurs d'une part et assurés ou employeurs d'autre part contiennent souvent des renseignements précieux; ils contribuent à la formulation d'une appréciation de l'exigibilité la plus complète et la plus correcte possible.

Dans un certain nombre de cas, il est impossible d'estimer le rendement au travail auquel on pourrait s'attendre avec suffisamment de précision avant la reprise proprement dite du travail: la capacité de travail est alors estimée provisoirement dans un premier temps pour être suivie quelques semaines plus tard d'une évaluation précise du rendement au travail au sein de l'entreprise (évaluation réalisée par l'assureur en collaboration avec l'employeur). Dans ces situations, il est également possible de ne préciser que le temps de travail et de mentionner que la capacité de travail – en pourcentage – «sera fixée ultérieurement».

Parfois, une reprise du travail s'avère utile en dépit d'un rendement que l'on prévoit comme étant extrêmement faible. Une telle reprise doit être planifiée avec l'employeur et l'assureur pour permettre une réinsertion progressive dans le milieu professionnel et prévenir une absence au travail prolongée. Dans ce contexte, il est recommandé de certifier une «capacité de travail en vue d'une adaptation et d'une habitude» ou une «capacité de travail à visée thérapeutique». Nous entendons par «adaptation» l'adaptation physique, et par «habitude» l'adaptation psychique aux exigences du travail. Dans ces cas-là, l'intégralité de l'indemnité journalière est prise en charge par l'assureur-accidents ou l'assureur responsable des indemnités journalières.

Une **limitation de la capacité de travail** est toujours fixée jusqu'au prochain contrôle ou pour une période dont la durée est médicalement justifiée. Pour des raisons compréhensibles, les assurances ne peuvent accepter la certification d'une incapacité de travail de «durée indéterminée», certificat qui est porteur par ailleurs d'un signal erroné adressé au patient.

VI Appréciation de l'exigibilité dans une perspective à long terme

(dans le cadre de rapports détaillés)

Une appréciation générale de l'exigibilité dans le cadre de rapports détaillés doit s'inscrire dans une perspective à long terme, ce qui n'est pas le cas de l'établissement de la capacité de travail, qui se fait de manière ponctuelle. Des mesures facilitant la reprise du travail pendant une phase initiale telles que des «pauces plus fréquentes, d'une durée de 2 heures par jour au maximum, pendant 2 mois» (p.ex. après une incapacité de travail de longue durée) doivent être fixées séparément. L'appréciation de l'exigibilité doit – quant à elle – se baser sur la capacité de charge (exigible) du patient après cette phase initiale.

Par contre, l'exigibilité doit se rapporter provisoirement à la situation présente, si d'autres mesures sont prévues (réadaptation, intervention chirurgicale, entraînement progressif des déficits fonctionnels au travail). Dans ses cas, il faut aussi préciser ces mesures améliorerons «très probablement», «probablement» ou «éventuellement» l'exigibilité.

VII Objectivité de l'appréciation de l'exigibilité

Tant l'appréciation que l'argumentaire développé doivent établir une distinction nette entre les données objectives – résultats d'examens, constatations, faits susceptibles d'être prouvés – et les données subjectives de l'assuré. L'appréciation doit dans toute la mesure du possible reposer sur des faits et constatations objectifs qui comportent les volets suivants: faits tirés de l'anamnèse, résultats de l'examen clinique et de l'imagerie diagnostique, résultats d'examens fonctionnels (si possible): par ex. aptitude à la marche, à monter les escaliers, à soulever et transporter des charges. D'autres observations – ou absence d'observations – sont aussi importantes: manifestations/signes d'efforts ou de douleurs lors de l'examen clinique ou au cours des tests de performance (p.ex. contractions musculaires, mouvements d'évitement, stabilisation insuffisante, pouls élevé ou autres symptômes d'ordre neuro-végétatif tels que sudation, rougeur faciale). D'autres observations liées au comportement du patient sont importantes: la représentation qu'a le patient de sa maladie, la manière qu'il a de faire face aux symptômes: fait-il preuve d'une maîtrise active de ses douleurs, d'un certain sens des responsabilités et d'une volonté de réinsertion sociale et professionnelle optimale? Attend-il passivement d'être guéri (n'ayant que la «santé» et l'absence de douleur comme but, et les médecins ou thérapeutes étant les seuls responsables de son sort ou de son destin)? A-t-il un comportement marqué d'épargne et d'évitement?

Les données subjectives concernant les problèmes de santé et les limitations ne sont cependant pas négligeables. Elles ont à figurer dans l'argumentation de la manière suivante:

- Elles peuvent confirmer les données objectives (observations et faits) et contribuer ainsi à compléter le tableau.

- Souvent, les données «solides» ou objectives ne suffisent pas à une appréciation définitive de l'exigibilité; les indications subjectives peuvent par conséquent combler certaines lacunes qui persistent dans l'argumentation. Toutefois, il est important que leur plausibilité soit confirmée, ce qui est le cas lorsque le patient fait preuve de bonne volonté ou de coopération, que ses informations sont cohérentes, qu'il est bien disposé à l'égard des questionnaires, examens et tests qu'on lui fait subir et qu'il décrit ses douleurs et problèmes de santé de manière différenciée. A l'inverse, de l'incohérence, une collaboration qui laisse à désirer, une description des problèmes de santé de manière imprécise et non-différenciée, sur un mode global et dramatique, mettent sérieusement en cause la plausibilité des plaintes.
- Il arrive que des données subjectives, à la fois précises et différenciées, contredisent les observations et les faits vérifiables. Cette constatation peut signifier que la problématique complexe du patient n'a été que partiellement comprise. L'approche que l'on en a doit donc être élargie. Les indications ou les plaintes d'un patient ne sont pas toujours suggestives dès le départ d'un tableau clinique précis. Il se peut que nous soyons tentés de les scotomiser. Cependant, en les réexaminant de manière plus approfondie, nous y trouvons des éléments nouveaux explicitant la problématique. C'est la plausibilité du comportement observé qui nous décide ou non à pousser nos investigations plus loin lorsque nous sommes confrontés à cette discordance.

Une formulation nuancée est parfois d'une importance considérable pour garantir l'objectivité de nos constatations. Par exemple, les affirmations suivantes diffèrent beaucoup les unes des autres: «(le patient) ne **peut** pas soulever plus de 10 kg», «il **faut éviter** de porter des charges de plus de 10 kg»; ou «(le patient) **ne soulève** pas plus de 10 kg», «(le patient) **ne se sent pas capable / n'est pas disposé** à porter plus de 10 kg». Les deux premières affirmations décrivent une limite de charge fondée d'un point de vue fonctionnel et somatique et qui se base sur des examens et des observations concordants. Les dernières formulations n'illustrent qu'un comportement face aux symptômes sans corrélation somatique évidente. Elles sont à utiliser si on ne note aucun signe d'un effort particulier réalisé ou d'un trouble de nature fonctionnelle par ex. lors d'un test de port de charge: en d'autres termes, le patient interrompt le test après n'avoir manipulé qu'une charge minimale, tout en disant que «ça ne va plus», bien qu'aucune limite fonctionnelle n'ait pu être constatée à ce niveau d'effort. Peut-être que des signes évidents d'incohérence et d'amplification des symptômes avaient déjà été mis en évidence dans l'anamnèse, par l'examen clinique et par d'autres tests de performances fonctionnelles (voir chapitre «Appréciation de l'exigibilité en cas d'amplification des symptômes ...» p. 63).

VIII Caractère abstrait de l'appréciation de l'exigibilité

L'appréciation de l'exigibilité doit être effectuée théoriquement et indépendamment de la situation concrète au travail. Prenons un exemple: l'employeur ne peut offrir au patient qu'un travail à la demi-journée en tant qu'activité exigible et adaptée à son handicap. Pourtant, du point de vue de l'exigibilité, cela ne signifie pas que cette activité ne soit exigible qu'à la demi-journée. Les deux points que nous venons d'évoquer sont donc à préciser dans un tel cas: d'une part, il s'agit de mentionner l'exigibilité d'un point de vue théorique, p.ex. travail à plein temps pour une activité particulière adaptée au handicap, et d'autre part, l'offre réelle, à savoir la reprise du travail à la demi-journée pour des raisons propres à l'entreprise. Dans les rapports, il est donc recommandé de faire clairement la différence entre l'exigibilité d'un point de vue théorique et les recommandations concrètes concernant le travail et les perspectives de réinsertion.

IX Appréciation médicale de l'exigibilité en cas de problèmes médicaux multiples: importance de la référence

Les **références de l'appréciation** sont à préciser et à développer lorsque plusieurs assureurs (par ex. deux assureurs-accidents ou un assureur-accidents et une assurance-maladie) sont responsables de la prise en charge de problèmes médicaux multiples:

1. Les limitations constatées et établies sont à attribuer – si possible – aux atteintes à la santé correspondantes (p.ex. port de charges de plus de 15 kg limité, restriction de la position assise et de la position penchée en avant en raison d'un **problème dorsal**, limitation de la position debout prolongée et des déplacements en raison d'un **problème de genou**).
2. L'appréciation de l'exigibilité et de l'incapacité ou de l'incapacité de travail peut privilégier des points de vue différents: on peut se pencher sur l'un ou l'autre problème de manière sélective (p.ex. sur un problème de dos ou un problème de genou) ou procéder à une évaluation dite globale (c.-à-d. en tenant compte de l'ensemble des problèmes en présence). Les assurances-accidents désirent avant tout disposer d'une appréciation sélective relative au problème de santé qu'elles prennent en charge. Mais il est parfois difficile d'opérer une séparation claire des problèmes, surtout quand des handicaps physiques s'accompagnent de troubles psychiques. Dans de telles situations, on peut faire usage d'une appréciation d'exigibilité qualifiée de «globale»; il faut – si possible – y adjoindre les pourcentages estimés qui se rapportent à chaque problème de santé particulier et qui contribuent à la diminution globale de la capacité de travail.

La problématique de l'**origine** des problèmes médicaux (**causalité**) ne doit généralement être appréciée que dans le cadre d'une expertise. De toute manière, il faut veiller à ne pas faire usage – dans les rapports – de termes ou de notions qui établissent à priori une notion de causalité qui n'est peut-être pas prouvée.

On peut prendre ici le diagnostic de «céphalées post-traumatiques» comme exemple: il se peut que l'origine des maux de tête en question fasse l'objet d'un litige en médecine des assurances, le patient ayant déjà souffert de céphalées dans le passé.

Capacité de travail malgré les douleurs?

En discutant avec les médecins de famille, il n'est pas rare d'entendre la remarque suivante: «Mais si mon patient me dit qu'il ne peut pas travailler avec les douleurs qu'il endure, je le crois». Que faut-il répondre à cette remarque?

Les douleurs qui sont rapportées par les patients et, par conséquent, la conviction qu'ils expriment d'être incapables de travailler sont pratiquement toujours «crédibles»; il est plutôt rare de rencontrer de véritables simulateurs (simulation de douleurs et d'un handicap). Pourtant, le médecin ne doit pas faire sienne la conception du patient, mais il doit l'évaluer lui-même. En effet, il fonctionne également comme conseiller et se voit aussi obligé de formuler une appréciation du point de vue de la médecine des assurances. Il est donc de son devoir de procéder à sa propre évaluation de la conception du patient. De même, le médecin ne demande pas toujours l'IRM ou il ne va pas toujours demander l'opération qui est réclamée par son patient. En cas de chronicité, nous savons parfaitement que l'intensité de la douleur perçue et du handicap ressenti dépendent très étroitement de facteurs psychiques et sociaux diversifiés comme p. ex. l'occurrence de peurs, d'espoirs, d'humeurs et de situations particulières. Ces facteurs peuvent – jusqu'à un certain point – être influencés dans une direction ou dans une autre. La même remarque vaut également pour l'auto-évaluation de la capacité de travail.

L'appréciation de l'exigibilité de l'exercice du travail malgré les douleurs est toujours fonction d'un examen minutieux de l'ensemble des facteurs individuels. Il n'y a aucune recette miracle en la matière. Les considérations suivantes n'en donnent que quelques exemples.

- De nombreuses personnes travaillent tout en ressentant des douleurs de divers ordres. Elles se sont vues obligées de les intégrer à leur existence. Mais après avoir subi un accident ou une maladie, certains individus sont pourtant convaincus qu'ils leur est impossible de travailler en ayant mal; ils attendent d'être à nouveau en parfaite santé pour reprendre leur travail. La certitude d'une toute-puissance de la médecine moderne et des médecins est souvent évoquée: «à l'époque où l'homme peut marcher sur la lune ». Ne devrions-nous pas confronter – avant tout – ces patients au fait que leur attente d'une disparition (rapide) de leurs douleurs n'est pas réaliste, malgré les succès de la médecine moderne, et qu'ils feraient mieux de s'habituer à vivre le plus normalement possible avec leurs douleurs?

- Les douleurs éprouvées dans une activité adaptée à l'atteinte à la santé seraient-elles vraiment plus intenses que celles éprouvées à domicile?
- Un travail ne contribuerait-il pas à faire oublier un peu ses douleurs au patient, ou est-il préférable de le laisser les ressasser sans cesse sur son canapé? Le principe de distraction représente l'une des stratégies les plus importantes du traitement des douleurs chroniques!
- Ne pouvons-nous pas espérer qu'avec une activité quotidienne, le patient bénéficie peu à peu d'une adaptation et d'une habitude? De nombreux patients signalent que leur douleur persiste après la reprise du travail, mais qu'ils s'y sont habitués et qu'ils peuvent, dans une certaine mesure, coexister avec elle et la contrôler.
- Le patient n'éprouve-t-il pas des difficultés à relever d'autres défis dans sa vie? Quelles sont les ressources qu'il peut-il mobiliser? Dire: «Je ne peux faire ni ceci, ni cela» représente une réaction humaine face à des défis qui ne relèvent pas uniquement d'une problématique algique. Être capable franchir un tel obstacle représenterait également une étape importante d'une certaine forme du développement personnel. Dans de telles situations, des conseils et un suivi appropriés s'avèrent souvent nécessaires pour maîtriser ces difficultés (p.ex. stratégies de maîtrise de la douleur). Seulement accepter, en tant que médecin, la position du patient, et formuler: «Je crois et je comprends bien que vous ne puissiez pas faire telle ou telle chose» suscite probablement chez le patient un sentiment de soutien et de compréhension momentané. Toutefois, cette réaction n'est pas vraiment garante d'une évolution positive et on ne peut exclure qu'elle contribue à la chronicité des symptômes et au développement de l'invalidité.
- Y a-t-il des facteurs dans l'environnement du patient (par ex. l'ambiance de travail, des relations difficiles avec un supérieur hiérarchique, une mauvaise influence de proches ou d'un avocat) dont il faut débattre ou qu'il s'agit de préciser, voire d'influencer dans le bon sens pour faciliter la décision de reprise du travail?
- Souvent, les patients ne sont pas conscients des conséquences psychosociales d'un long arrêt de travail, d'un licenciement et même d'une rente. Ils sous-estiment les dangers inhérents à la perte d'un statut et d'une estime sociales, à cette impression de n'être plus bon à rien, à l'isolement social, à un état dépressif, au déclin social, à de graves soucis financiers. Le médecin doit en informer son patient et le confronter avec tact et doigté à ces éventualités futures. Par contre, si un travail n'est plus exigible d'un point de vue médical, le patient doit être préparé à affronter ces difficultés et bénéficier éventuellement d'un soutien psychologique.
- Dans certaines situations, il peut s'avérer utile de prévoir une pause et de retarder la reprise du travail, pour que le patient soit en mesure de se préparer physiquement et psychologiquement en toute sérénité à sa future activité professionnelle.

La situation des patients âgés handicapés est difficile et de nombreux médecins la considèrent à juste titre comme injuste. En effet, ces patients n'ont souvent aucune chance de retrouver un emploi sur le marché du travail actuel, même s'ils font preuve d'une volonté affirmée allant dans le bon sens. Les vagues de rationalisation ont entraîné la suppression de nombreux postes de travail moins pénibles. Dans ces cas-là, il n'y a malheureusement rien d'autre à faire que de constater quelles sont les aptitudes et les déficits par rapport à un travail, (ce qui comporte bien sûr toujours une certaine marge de jugement), en tenant compte des conditions cadres de la médecine des assurances. La prise en considération des circonstances personnelles et professionnelles (par rapport à l'âge: une adaptation à une nouvelle activité professionnelle est-elle exigible? Une reconversion est-elle envisageable? Peut-on exiger d'un indépendant qu'il travaille comme employé? Dans quel degré un déclin social est-il exigible? Faut-il changer de domicile et de région à cause d'un nouvel emploi?) constitue un problème juridique et doit être confié à l'assurance et éventuellement au juge [8].

Appréciation de l'exigibilité en cas d'amplification des symptômes et de l'insuffisance de la coopération et du niveau de participation

Nous l'avons déjà mentionné dans nos propos sur l'exigibilité et l'obligation de contribuer à la réduction du dommage: l'appréciation de l'exigibilité concernant la coopération, le niveau de participation (disposition à faire un effort) et l'attitude face à la maladie se réfère à un comportement que l'on peut qualifier de normal. En fait, il s'agit d'apprécier les handicaps fonctionnels effectifs. Des plaintes et l'affirmation ou la démonstration d'une limitation du rendement disproportionnées – médicalement inexplicables – ne doivent per se pas entraîner une exigibilité plus faible (par contre, les troubles psychiatriques maladiques doivent être pris en compte de manière appropriée selon chapitre suivant). La plausibilité de l'importance des plaintes formulées et de la restriction du rendement démontrée doit être remise en question s'il y a amplification des symptômes et autolimitation. A l'inverse, un niveau de participation et une cohérence élevés (lors de l'anamnèse, de l'examen clinique, de tests fonctionnels ou de traitements) parlent en faveur de la plausibilité des handicaps présentés et examinés, notamment dans les cas où aucune atteinte à la santé notable n'a pu être mise en évidence par les examens cliniques habituels.

Une amplification des symptômes est souvent associée à une incapacité de travail prolongée, mais elle peut également se manifester très tôt après un accident ou au début d'une maladie.

1. La notion d' «amplification des symptômes» n'est ni un diagnostic, ni une entité nosologique. Elle ne fait que décrire un phénomène susceptible de faire l'objet d'une évaluation en s'aidant des 5 domaines d'observation suivants:

1. Description des symptômes

- Douleurs d'intensité vive avec irradiation topographique disproportionnée, non plausible d'un point de vue clinique
- Description des symptômes non différenciée et imprécise ne suggérant pas un tableau clinique défini
- Ignorance des mécanismes ou des circonstances accentuant ou atténuant les symptômes. Pas de stratégie de maîtrise des symptômes
- Échec de tous les traitements – pas d'attitude positive

2. Handicap fonctionnel

- Importance disproportionnée du handicap fonctionnel, pas de plausibilité d'un point de vue clinique
- Comportement marqué d'évitement et d'épargne

3. Rôle social des symptômes

- Délégation du contrôle de l'environnement personnel et du futur existentiel aux symptômes: le centre de l'existence est constitué par les symptômes, le patient est emprisonné dans un monde de symptômes
- Avantage social, profit tiré de la maladie (p.ex. profit de nature financière, obtention de plus d'attention et de protection)

4. Niveau de participation

- Niveau de participation insuffisant et auto-limitation vérifiés dans les tests d'effort ou les programmes d'entraînement: le patient interrompt très rapidement sa participation aux tests ou aux exercices d'entraînement, avant même l'apparition de signes d'efforts ou de limites fonctionnelles, p.ex. contraction musculaire, mouvements d'évitement, capacité de stabilisation insuffisante ou accélération des pulsations cardiaques
- Pas de disposition à tolérer des efforts pourtant adaptés à des problèmes de santé et exigibles
- Manque de coopération, respect insuffisant des consignes
- Parfois réactions d'évitement très démonstratives

5. Cohérence

Incohérence concernant

- les données de l'anamnèse
- les examens cliniques
- le comportement lors des tests d'effort ou des programmes d'entraînement

¹ Le terme «amplification des symptômes» correspond à la notion «Symptomausweitung» ou «Symptom Magnification». Il a été utilisé aussi dans plusieurs décisions du Tribunal fédéral des assurances.

L'amplification des symptômes n'est pas confirmée par telle ou telle observation isolée, mais par la somme de différentes observations appartenant à plusieurs des domaines cités.

Une amplification des symptômes indique que des éléments importants de la symptomatologie et des handicaps fonctionnels ont – partiellement au moins – une étiologie non organique. Il s'agit souvent d'une **peur de l'effort ou des sollicitations** en raison d'une détérioration de la santé que l'on redoute ou peur d'une aggravation de douleurs préexistantes ou d'un diagnostic grave à l'origine de ces douleurs. Une telle crainte est généralement associée à un **comportement d'évitement et d'épargne**, qui devient de plus en plus indépendant et se consolide au fil du temps par la force de l'habitude. Par conséquent, le patient n'est pas actif, mais il adopte une **attitude passive et d'attente de la guérison**. **L'accentuation ou le renforcement social** de ce comportement erroné joue un rôle capital dans la genèse et la consolidation d'une amplification des symptômes. On entend par là les attitudes ou les conduites suivantes: une médicalisation excessive du problème (nombreux examens médicaux et interventions effectués pour des affections plutôt banales); des explications médicales inadéquates (par ex. «on voit une lésion discale tout-à-fait nette sur cette radiographie»); des traitements constitués essentiellement de mesures passives et de conseils encourageant le patient à se ménager et à éviter les efforts; trop d'attention et de soutien au rôle de malade; un comportement protecteur excessif et un «syndrome d'aide» de la part des proches; une absence de la possibilité d'une reprise progressive du travail («ne revenez que quand vous pourrez travailler à 100%») ou une menace de licenciement; une communication inadéquate avec le patient (qui ne se sent pas pris au sérieux) ou un traitement inapproprié du cas par l'assurance. Il n'est pas rare aussi qu'un **profit tiré de la maladie** – plus ou moins conscient – joue un rôle important [14, 15], si la constellation psychosociale s'y prête et si la durée des handicaps ou de l'incapacité de travail se prolonge.

On diagnostique parfois un **trouble psychique** (dépression, trouble anxieux, trouble somatoforme ou trouble de conversion) en toile de fond d'une amplification des symptômes détectée tout d'abord par des observations. Dès lors, on ne fait plus référence à une amplification des symptômes, mais bien à ce diagnostic psychiatrique et à ses conséquences. En fin de compte, la notion d'«amplification des symptômes» se définit comme une adaptation inadéquate ou bien un comportement dysfonctionnel sans trouble psychiatrique malade. C'est dans ce sens que nous l'utiliserons par la suite.

Quelles conséquences faut-il attendre de la constatation d'une amplification des symptômes et d'une autolimitation? Il s'agit tout d'abord d'évoquer les possibilités de traiter ce trouble du comportement avant d'apprécier l'exigibilité de manière définitive, avec de conséquences à la clé qui relèvent de la médecine des assurances. Une thérapie comportementale intégrée dans un programme de réadaptation peut s'avérer bénéfique pour traiter une amplification des symptômes. Il faut cependant que le processus de chronicisation ne soit pas trop

avancé et que l'espoir d'un profit tiré de la maladie ne motive pas essentiellement ce comportement dysfonctionnel [22, 23]. Avant d'envisager un traitement, les questions suivantes s'imposent:

- Quelle a été l'évolution de ce problème de santé jusqu'à aujourd'hui?
- Des circonstances extérieures (p.ex. prise en charge maladroite du patient par les médecins ou les assurances) ont-elles favorisé l'amplification des symptômes?
- Un essai de réadaptation approprié et de durée suffisante a-t-il eu lieu dernièrement? Si tel a été le cas, comment le patient s'y est-il comporté?

Une tentative de réadaptation doit être proposée et mise en route au cas où l'amplification des symptômes ne semble pas encore avoir été traitée définitivement. Il faut savoir qu'en général le **cercle vicieux** suivant s'est installé:

douleurs → comportement d'épargne excessif → déconditionnement et perte d'aptitudes → diminution de la tolérance physique et psychique → davantage de douleurs → etc. Par conséquent, la période de réadaptation doit être en général plus intensive et plus longue si la chronicisation s'est installée avec une amplification des douleurs. Une telle réadaptation doit satisfaire aux critères suivants: avoir un but précis, viser l'augmentation des performances, être stricte et accompagnée d'un soutien psychologique en cas de nécessité.

En effet, on ne peut attendre d'un séjour de «bien-être» – comprenant des traitements essentiellement passifs et peu d'entraînements stimulants – qu'il conduise un patient à corriger ses convictions et son comportement dysfonctionnels pour acquérir de nouvelles expériences. Il est donc important qu'un centre de réadaptation soit choisi tout d'abord en fonction des critères de qualité déjà mentionnés. Pour que les chances de succès soient réelles, le patient doit en premier lieu être motivé (il doit au moins être prêt à s'engager vraiment dans le programme qu'on lui propose; il lui faut également tolérer les éventuels désagréments et douleurs apparaissant pendant ou après les efforts exigibles dans le cadre des exercices). Le patient doit aussi viser des progrès réguliers et mesurables pendant la durée du programme. La réadaptation doit être interrompue prématurément si aucun progrès n'a été constaté de manière répétée et si l'absence d'amélioration n'a pas d'explication de nature médicale. Il faut préciser, le cas échéant, que l'assuré a failli à son obligation de contribuer à réduire le dommage, puis apprécier l'exigibilité de manière définitive.

En présence d'une amplification des symptômes s'avérant résistante aux traitements, notre appréciation prendra comme point de départ un état qui aurait pu être atteint avec un niveau de participation normal et à l'aide des traitements exigibles proposés précédemment. Dans ces situations, la capacité fonctionnelle exigible ne peut être estimée sur la seule base des données de l'anamnèse et des résultats des tests d'effort effectués en raison de l'amplification des symptômes et de l'autolimitation. Il faut donc recourir dans les rapports médicaux à des formules telles que «d'un point de vue médical théorique, les examens médicaux effectués et les diagnostics posés ne motivent aucune limitation fonc-

tionnelle significative» ou «..., l'importance des limitations fonctionnelles présentes ne peut être suffisamment motivée». Disposant d'une évaluation médicale et fonctionnelle complète, les instances responsables (assurances, juge) possèdent finalement les éléments suivants pour apprécier l'exigibilité: 1) des informations concernant ce que le patient est disposé à faire. 2) des informations concernant la capacité de rendement: le niveau constaté ne peut pas être considéré comme une mesure crédible et valable des activités exigibles (en raison de l'incohérence et de l'autolimitation); il faut s'attendre à des performances réelles plus élevées. 3) des informations concernant les limitations: comment les apprécier d'un point de vue médical théorique. Si des troubles psychiatriques permettent d'expliquer totalement ou partiellement le comportement anormal face à la maladie, il faut en tenir compte dans l'appréciation (voir prochain chapitre). Nous ne le soulignerons jamais assez, il est absolument indispensable de présenter les faits et les observations rassemblés avec une grande minutie et de manière exhaustive surtout si l'on est confronté à un manque de coopération, à un niveau de participation médiocre et à des données incohérentes. Il s'agit de manifester à la fois une très grande correction vis-à-vis du patient et de donner une assise solide et crédible à un avis lourd de conséquences sur le plan juridique.

Appréciation de l'exigibilité en cas de troubles psychiques

Les troubles psychiques qui doivent faire l'objet d'une appréciation interdisciplinaire de l'exigibilité appartiennent souvent aux domaines de la dépression, de l'anxiété et de la somatisation. De quelle manière l'exigibilité y est-elle diminuée? Principalement en raison de l'inhibition dépressive de la volonté, de l'indécision et de la perte d'énergie; également par des troubles anxieux avec leur comportement d'évitement ; indirectement par des troubles somatoformes avec un vécu dépressif et/ou anxieux de la symptomatologie physique et psychique. Au cours d'une chronicisation, il se développe parfois un phénomène d'amplification des douleurs avec un abaissement considérable du seuil de tolérance. Vouloir maîtriser activement les douleurs ne suffit plus, résignation et passivité se développent face à la souffrance non maîtrisée.

La diminution de l'aptitude à manifester la volonté nécessaire à la maîtrise de la symptomatologie et des handicaps fonctionnels est fonction de l'importance du trouble psychique donné. Quels sont les facteurs généralement déterminants pour l'appréciation de l'exigibilité? Il s'agit de la gravité et de l'ampleur des troubles psychiques, de leurs conséquences sociales et pratiques (qui sont également liées à d'éventuelles comorbidités) et du degré de chronicisation. Les ressources qui sont à disposition du patient et qui lui permettent de faire face aux difficultés psychologiques doivent également être prises en considération.

Sans nul doute, il peut s'avérer nécessaire de tenir compte des interactions qui se développent entre les troubles psychiques particuliers et la situation professionnelle. Par exemple, une dépression perturbe beaucoup plus l'exercice d'un métier où l'activité créatrice prédomine qu'un travail manuel de routine; d'autre part, on ne peut exclure que les victimes d'un traumatisme psychique se retrouvent dans des situations qui éveillent le souvenir du traumatisme. Leur fonctionnement s'en trouve alors perturbé.

Difficultés liées au diagnostic d'un trouble psychique maladif lors de douleurs chroniques

La formulation d'une exigibilité et les différentes étapes qui la constituent sont irréalisables sans une appréciation particulièrement minutieuse. Cette appréciation doit permettre de savoir si des symptômes psychologiques particuliers sont réellement à considérer comme des troubles psychiques **maladifs**. L'une des grandes difficultés que l'on rencontre dans l'évaluation de patients souffrant de douleurs est la suivante: comment différencier une situation banale de maîtrise insuffisante des douleurs (c.-à-d. une amplification des symptômes avec des convictions et des comportements dysfonctionnels non maladifs) d'un trouble somatoforme douloureux (maladif)? Les deux situations présentent des caractéristiques communes: douleurs très vives et préoccupantes (nettement disproportionnées par rapport à ce que laissent supposer les constatations des examens médicaux), limitations fonctionnelles également disproportionnées par rapport à la pathologie organique, difficultés psychosociales (les patients souffrant de douleurs chroniques sont pour la plupart confrontés à des problèmes sociaux et psychiques). Selon toute probabilité, le diagnostic d'un «trouble somatoforme douloureux» est donc trop souvent posé. La problématique liée à cette distinction sera développée plus en détail par la suite.

Le diagnostic des troubles psychiques au sens strict repose sur des critères psychiatriques classiques, c.-à-d. sur un mode descriptif-syndromal d'après l'ICD-10. Pour ce qui est des troubles somatoformes, l'ICD-10 prend cependant ses distances à l'égard de ce mode syndromal. Deux points particuliers sont concernés:

Tout d'abord, l'ICD-10 exige que **les symptômes physiques ne puissent être expliqués «suffisamment»** par une pathologie organique (exclusion d'un trouble physique) pour que le diagnostic d'un trouble somatoforme puisse être posé. Bien que son importance pratique ne soit pas mise en doute, ce critère ne peut cependant prétendre à une validité absolue pour les raisons suivantes:

- Certains symptômes somatiques sont généralement difficiles à appréhender avec les techniques diagnostiques habituelles. L'exemple des céphalées est particulièrement illustratif à cet égard. Si les démarches diagnostiques courantes ne nous ont pas permis de mettre en évidence de cause somatique, il ne nous est pas permis d'en conclure automatiquement qu'elle n'existe pas.

Il arrive également parfois qu'une origine somatique des symptômes n'ait tout simplement pas encore été découverte par les examens déjà effectués. Prenons un exemple: écrasé par la roue d'un tracteur, un ouvrier forestier a été victime d'un traumatisme abdominal. Par la suite, il a souffert pendant de longues années de crises aiguës de douleurs abdominales, bien localisées, de brève durée et particulièrement violentes. Ce problème de santé a été considéré comme étant de nature psychosomatique, aucune pathologie organique n'ayant été découverte pouvant expliquer ces douleurs. Le patient en a été très affecté d'un point de vue psychologique. Après plusieurs années, un médecin nouvellement installé a été consulté. Dans son diagnostic, il a fait état d'une suspicion d'angine abdominale s'expliquant par une sténose post-traumatique d'une petite artère abdominale suscitant des crises douloureuses semblables à celle d'un véritable angor. Après avoir subi examens et traitement adéquats, ce patient a pu être guéri.

- L'étendue du vécu subjectif des symptômes peut se situer dans un contexte psychiatrique, même si les symptômes physiques sont en partie explicables d'un point de vue somatique. Dans la pratique clinique quotidienne, nous sommes confrontés régulièrement à de très nombreux patients algiques, présentant à la fois une «fraction somatique» (plus ou moins importante) et une caractéristique somatoforme de leur douleur. Distinguer l'une de l'autre, savoir laquelle de deux affections prédomine est souvent extrêmement difficile, voire impossible.
- Le point de vue faisant intervenir la dichotomie «corps ou psyché» est de plus en plus mis en cause à l'heure actuelle. Des travaux de recherche se penchent aujourd'hui sur la relation entre processus mentaux et somatiques et ils étudient les mécanismes physiologiques d'adaptation à la douleur dans le cerveau et la moelle épinière. Il n'est pas exclu que ces mécanismes représentent le substrat somatique expliquant la chronicisation des états algiques.

Comme nous l'avons précisé au chapitre «Amplification des symptômes», une description précise de symptômes bien délimités, un niveau de participation élevé et de la cohérence parlent plutôt en faveur d'une origine somatique de la symptomatologie, même si les examens médicaux effectués n'ont pas été concluants à cet égard.

En outre, l'ICD-10 exige un autre critère diagnostique pour les troubles somatoformes: il s'agit de conflits émotionnels ou de problèmes psychosociaux qui doivent être suffisamment importants pour être pris en considération comme facteurs **étiologiques déterminants** – et constituer ainsi la preuve positive d'une étiologie psychogène. Pourtant, dans les situations concrètes, cette recherche d'un facteur étiologique psychique reste souvent d'ordre spéculatif. L'exploration psychiatrique doit mettre en évidence le «but» éventuel de nature psychosociale des symptômes présentés («profit tiré de la maladie»). Celui-ci pourrait témoigner d'un contexte psychosomatique de la symptomatologie. Un tel «but» psychosomatique de la souffrance doit-il également être considéré

comme étiologique et dans quelle mesure? Cette question reste très théorique et sa réponse n'est pas toujours évidente.

Dans la pratique médicale, c'est plutôt un abord «athéorique» qui a fait ses preuves en raison des difficultés évoquées précédemment (une symptomatologie apparemment somatique est-elle la manifestation d'un trouble somatoforme?). Henningsen propose dans ce sens un modèle pluridimensionnel basé sur des éléments positifs et constitué de plusieurs niveaux: un premier niveau consacré aux symptômes comporte trois axes (symptomatologie somatoforme, dépressive et anxieuse) complété et chapeauté par un niveau supérieur d'élaboration de la maladie (de nature dysfonctionnelle éventuellement et importante d'un point de vue thérapeutique) [24]. L'association de ces trois axes symptomatiques est importante et elle se réfère au modèle du stress et de ses réactions ; elle s'explique par la comorbidité élevée de la dépression et/ou de l'anxiété avec des symptômes somatoformes. Une telle comorbidité péjore les pronostics des traitements et elle aggrave les limitations fonctionnelles et les handicaps [25]. En outre, des symptômes somatoformes sont souvent associés les uns aux autres (présentation de symptômes «multi-somatoforme», la douleur n'étant pas la seule manifestation somatoforme). L'ensemble de ces critères associés avec d'éventuels traumatismes existentiels contribuent au processus de différenciation dont nous avons parlé plus haut [26]. Concrètement, on dispose ainsi des instruments qui nous permettent de savoir si la symptomatologie présentée (douleurs, mais également vertige, fatigue ou autres symptômes végétatifs) est à ranger dans la catégorie des troubles somatoformes. Dans ce cas, ces symptômes correspondent à un trouble psychique au sens strict du terme. Des troubles psychiques comorbides (anxiété et/ou dépression) ou d'autres troubles comorbides somatoformes (affections cardiaques, circulatoires, respiratoires, gastro-intestinales, le côlon irritable en particulier) qui ne sont pas explicables par une pathologie organique sont également suggestifs de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Le tableau 4 opère la distinction entre amplification des symptômes et trouble somatoforme en faisant appel à cette option pluridimensionnelle et à notre propre expérience.

	Amplification des symptômes	Trouble somatoforme
Nature des symptômes, observations:		
Explication somatique des symptômes	Insuffisante	Pas d'explication ou explication insuffisante
Description des symptômes	Sur un ton souvent dramatique et démonstratif (extériorisation) Plaintes permanentes exprimées souvent sur un ton accusateur (le médecin est coupable, il ne guérit pas la douleur)	Les patients insistent aussi sur la gravité des problèmes, mais souvent avec une certaine retenue (intériorisation) Sentiment de désespoir, de pesanteur

Poids de la souffrance manifeste	Non / situation souvent floue	Oui Souvent rumination de représentations de la maladie Souvent demande insistante d'exams supplémentaires Occasionnellement crainte ou croyance préoccupante d'être atteint d'une maladie, fondée sur une interprétation erronée de certaines sensations
Coopération et niveau de participation (disposition à faire un effort)	Niveau de participation en général insuffisant Incohérences assez frappantes Attitude souvent revendicatrice Pas d'initiative individuelle Volonté de coopération insuffisante	Fixation sur les symptômes, incohérence parfois, mais souvent bonne volonté. Le patient donne l'impression de faire tout son possible
«But» psychosocial des symptômes («profit tiré de la maladie»)	«But» recherché souvent discernable (attitude plus ou moins consciente)	Pas de recherche manifeste (si oui: en général inconsciente)
Comorbidités:		
Autres troubles psychiques tels que troubles anxieux, dépression	En général aucun	Fréquents
Autres troubles somatoformes (par ex. problèmes cardiaques, circulatoires, respiratoires, gastro-intestinaux)	Plutôt rares	Plutôt fréquents
Traumatismes existentiels	Plutôt rares	Fréquents

Tableau 4.
Différences entre l'amplification des symptômes non maladifs et le trouble somatoforme

Dans de nombreux cas, les caractéristiques énumérées ci-dessus permettent de distinguer l'amplification des symptômes du trouble somatoforme. Toutefois, le diagnostic de trouble somatoforme relève de la compétence d'un psychosomaticien ou d'un psychiatre expérimenté. Ce diagnostic donne également l'occasion d'envisager des options psychothérapeutiques spécifiques.

L'ICD-10 évoque une autre forme de somatisation: il s'agit du **tableau clinique évoquant le trouble de conversion**. A la différence du trouble somatoforme douloureux, un bénéfice résultant de la maladie appelé primaire (le patient n'en a pas conscience) est souvent plus au moins ostensible, et la souffrance semble être plutôt légère (vécu d'un sentiment de détachement, impression d'être un observateur extérieur de son propre fonctionnement: «belle indifférence»).

Aucune diminution de l'exigibilité ne peut généralement être attestée d'un point de vue psychiatrique dans la situation suivante: on ne constate pas de trouble psychique malade, mais des douleurs qui n'ont que peu d'éléments vérifiables d'une pathologie organique sous-jacente et qui sont associées à des modes d'élaboration dysfonctionnels (inactivité disproportionnée avec autolimitation, incohérences et délégation de responsabilité) – en d'autres termes, seule la constatation d'une amplification des symptômes entre en ligne de compte. Selon l'ICD-10, le diagnostic psychiatrique d'une telle «amplification des symptômes» serait à ranger dans la catégorie «facteurs psychologiques et comportementaux dans des pathologies classées ailleurs».

Problématique de la quantification d'une diminution de l'exigibilité pour des raisons psychiques

Le diagnostic de trouble psychique représente bien évidemment une étape importante de l'appréciation psychiatrique de l'exigibilité; cependant, ce diagnostic ne motive pas à lui seul une diminution de la capacité de travail ou de l'exigibilité. Une fois diagnostiqué, le trouble psychique (p.ex. trouble somatoforme, trouble anxieux, dépression) doit être quantifié; il s'agit d'évaluer tant les conséquences sociales que les perspectives évolutives à long terme de l'exigibilité. Seule une telle analyse débouchera sur une estimation de l'exigibilité valable à très long terme. L'appréciation doit aussi faire état des possibilités de traitement du trouble psychique et proposer – le cas échéant – de procéder à une tentative thérapeutique avant la décision finale.

Les considérants du Tribunal fédéral des assurances [6] qui se rapportent à cette thématique sont les suivants: en cas de problématique douloureuse, une invalidité ne peut généralement être accordée que si un rapport de causalité hautement probable peut être établi avec une atteinte à la santé bio-psychique notamment avec un trouble psychique malade dûment diagnostiqué par un spécialiste. En cas de trouble psychique, la symptomatologie psychiatrique doit être d'autant plus marquée que des facteurs psychosociaux et socioculturels sont importants (on pourrait ajouter: dans les cas où il n'est pas «seulement» question d'une amplification des symptômes). Pour les troubles somatoformes douloureux, Meyer [6] précise (à notre avis, ces remarques valent également pour d'autres troubles somatoformes): d'autres éléments sont nécessaires pour confirmer le caractère insurmontable (à savoir la diminution de l'exigibilité d'un effort de volonté suffisant) associé à un tel trouble somatoforme: une comorbidité psychiatrique (p.ex. une dépression grave) ou d'autres critères de chronicité et importants définis par Foerster (cité aux pages 80 et suivantes). Foerster a défini ces critères pour les expertises médico-sociales des troubles psychiques en partant du chapitre F4 de l'ICD-10. Ces critères s'appliquent aux points suivants: structure de la personnalité, éléments de comorbidité psychiatrique, mais également présence d'affections corporelles comorbides, évolution allant jusqu'à une perte d'intégration sociale consécutive à la maladie psychique (dans le sens d'un «isolement social confirmé»), présence d'un trouble psychi-

que s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable de la symptomatologie inchangée ou progressive, profit tiré de la maladie, échecs de traitements ambulatoires et hospitaliers conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements) en dépit de l'attitude coopérative du patient.

Ces critères aident ainsi à définir l'ensemble et la gravité de la situation psychique, ses conséquences sociales et son pronostic. L'estimation du psychiatre doit faire état (une certaine liberté de jugement étant évidemment garantie) des éléments et des données qui sont à l'origine de sa conclusion, celle d'un trouble psychique notable; il doit en outre préciser en quoi consistent les conséquences de cette pathologie et l'illustrer – si possible – par des exemples parlants et des renseignements concrets de tierces personnes portant sur l'existence habituelle du patient. Il doit enfin pouvoir dire si l'ensemble des éléments se concrétise en un tableau cohérent. Les juristes ou les tribunaux sont alors en mesure de comprendre le mieux possible l'appréciation psychiatrique et l'exigibilité qui en découle ou de la prendre en considération sous un angle différent.

Remerciements

Nous remercions le Prof. Ulrich Meyer, Docteur en droit, de Lucerne, de ses précieuses remarques portant sur le chapitre «Conditions cadres juridiques de l'assurance sociale», le Docteur Alain Kiener, de Berne, pour la traduction, et le Docteur Pierre-André Fauchère de Sion pour sa relecture critique.

Références

- [1] Schmerz und Arbeitsfähigkeit. Universität St. Gallen, Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, 2003.
- [2] Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), Systematische Rechtssammlung (SR 830.1).
- [3] Bundesgerichtsentscheid (BGE) 130 V 343 ff. mit Hinweisen.
- [4] Unfallversicherungsverordnung (UVV; SR 832.202).
- [5] Omlin P. Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung. Freiburg Schweiz: Universitätsverlag, 1995.
- [6] Meyer-Blaser U. Der Rechtsbegriff der Arbeitsfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung. In: Schaffhauser R, Schlauri F, editors. Schmerz und Arbeitsfähigkeit. Universität St. Gallen, Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, 2003: 27-120.
- [7] Bundesgesetz vom 25. Juni 1982 über die Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzent-schädigung (AVIG; SR 837.0).
- [8] Ruedi R. Im Spannungsfeld zwischen Schadenminderungspflicht und Zumutbarkeitsgrundsatz bei der Invaliditätsbemessung nach einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt. In: Schweiz. Institut für Verwaltungskurse UStG, editor. Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung. St. Gallen: 1998.
- [9] Bundesgerichtsentscheid (BGE) 125 V 261 Erw. 4 in Verbindung mit 352 Erw. 3a.

- [10] Bundesgerichtsentscheid (BGE) 102 V 165 und 127 V 294.
- [11] Bundesgerichtsentscheid (BGE) 129 V 472.
- [12] WHO. ICF [International Classification of Function]. Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Bearbeitung: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information). 2003. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (www.dimdi.de/Klassifikationen/ICF).
- [13] Hadler NM. The disabling backache. An international perspective. *Spine* 1995; 20(6): 640-649.
- [14] Kopp HG, Oliveri M, Thali A. Erfassung und Umgang mit Symptomausweitung. *Medizinische Mitteilungen der Suva* 1997; 70:56-78.
- [15] Matheson LN. Symptom Magnification Syndrome. In: Isernhagen SJ, editor. *Work Injury: Management and Prevention*. Gaithersburg, Maryland: Aspen, 1988: 257-282.
- [16] Waddell G. *The Back Pain Revolution*. Churchill Livingstone, 1998.
- [17] Isernhagen SJ. Functional Capacity Evaluation. In: Isernhagen SJ, editor. *Work injury: Management and Prevention*. Gaithersburg: Aspen, 1988: 139-191.
- [18] Oliveri M. Arbeitsbezogene funktionelle Leistungsfähigkeit (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit EFL). In: Hildebrandt J, Müller G, Pflingsten M, editors. *Lendenwirbelsäule. Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen*. München: Urban&Fischer, 2005.
- [19] Oliveri M. Was sollen wir messen: Schmerz oder Funktion? Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit als Mittel für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. In: Schaffhauser R, Schlauri F, editors. *Schmerz und Arbeitsfähigkeit*. Universität St. Gallen, Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, 2003: 389-407.
- [20] Locher T. Die invaliditätsfremden Faktoren in der rechtlichen Anerkennung von Arbeitsunfähigkeit und Invalidität. In: Schaffhauser R, Schlauri F, editors. *Schmerz und Arbeitsfähigkeit*. Universität St. Gallen, Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, 2003: 243-258.
- [21] US Department of Labor. *Dictionary of Occupational Titles*. 4th, revised ed. Washington DC: Employment and Training Administration, 1986.
- [22] Matheson LN. Getting a Handle on Motivation: Self-Efficacy in Rehabilitation. In: Isernhagen SJ, editor. *The Comprehensive Guide to Work Injury Management*. Gaithersburg, Maryland: Aspen, 1995: 514-542.
- [23] Oliveri M. Work Conditioning und Work Hardening. In: Hildebrandt J, Müller G, Pflingsten M, editors. *Lendenwirbelsäule. Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen*. München: Urban&Fischer, 2005.
- [24] Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 2003; 65(4):528-533.
- [25] de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184:470-476.
- [26] Henningsen P. Die Psychosomatik des chronischen Kreuzschmerzes. Klassifikation, Ätiologie und Therapie. [The psychosomatics of chronic back pain. Classification, aetiology and therapy]. *Orthopäde* 2004; 33(5):558-567.

Adresse de correspondance:

Dr. med. Michael Oliveri
 Abteilung für berufliche Rehabilitation
 Rehaklinik Bellikon
 5454 Bellikon
michael.oliveri@rehabellikon.ch

Travaux dans des atmosphères appauvries en oxygène

Marcel Jost, Beat Cartier, Martin Rüegger

Nouvelle technologie de travail en atmosphère appauvrie en oxygène

A l'étranger, la technologie de réduction d'oxygène dans l'air est appliquée dans divers secteurs pour la prévention des incendies. Par l'adjonction d'azote dans des espaces clos, la teneur en oxygène est réduite, ce qui diminue le risque d'incendie. La concentration en oxygène normalement de 21% est abaissée en dessous de 17%. Le degré de réduction de la teneur en oxygène dépend de l'inflammabilité des produits stockés. Cette méthode est utilisée à l'étranger dans des installations de l'industrie chimique (dépôts de substances dangereuses), de l'industrie alimentaire (stockage de produits alimentaires) et pour la protection d'installations électroniques. A ce jour en Suisse, un dépôt de produits alimentaires est équipé de ce dispositif, et des dépôts de substances dangereuses sont planifiés dans le secteur des industries chimiques. Des projets sont en discussion dans le domaine électronique, des télécommunications, des coffres-forts, des locaux d'archives et des bibliothèques.

Cette nouvelle technologie comporte des avantages pour les entreprises. Les investissements de base contre l'incendie sont nettement moins onéreux que pour les systèmes conventionnels car ils ne nécessitent ni la construction de parois anti-feu ni l'installation de sprinklers. Les bassins de rétention et les systèmes d'aspiration des fumées sont également superflus. Les risques d'incendie et de dégâts d'eau pour les marchandises sont ainsi minimisés et les conséquences d'un incendie sur la marche de l'entreprise sont supprimées. Un principe de base de la protection de la santé est cependant lésé, celui qui veut qu'on remplace un procédé dangereux par un autre qui l'est moins.

Lorsque des travailleurs sont appelés à effectuer des opérations de contrôle, de maintenance et des réparations, des mesures contraignantes dans les domaines technique, organisationnel et personnel doivent être planifiées et appliquées. De plus, ces personnes doivent subir un examen médical préventif avant de pénétrer dans ces locaux.

Bases physiques

On ne dispose actuellement pas encore d'expériences de longue durée chez les travailleurs qui séjournent dans des atmosphères appauvries en oxygène. L'appréciation du risque est basée essentiellement sur les connaissances de la médecine d'altitude et sur des travaux expérimentaux. Les effets de la réduction d'oxygène sur l'homme dépendent de la concentration partielle en oxygène régnant dans l'air respiré. La pression atmosphérique moyenne au niveau de la mer est de 1013 hPa. En prenant de l'altitude, cette pression diminue de 11.5 hPa par 100 mètres. La pression partielle de l'oxygène ne dépend donc pas uniquement de sa concentration dans l'air, mais également de l'altitude. Par exemple, la pression partielle d'oxygène à 1700 mètres correspond à celle régnant dans une pièce à 17 vol.-% d'oxygène au niveau de la mer. A 2700 mètres, elle correspond à une teneur de 15 vol.-% et à 3800 mètres de 13 vol.-%. Il faut tenir compte du fait que lorsqu'on pénètre dans un local dont l'air est appauvri en oxygène, la période d'adaptation est très courte. Ajoutons encore que la pression partielle d'oxygène est également influencée par les conditions météorologiques (basse/haute pression).

Risques pour les travailleurs

Comme nous l'avons dit, on ne dispose pas d'expériences de longue durée chez des personnes ayant séjourné dans des atmosphères appauvries en oxygène. On évoque par exemple la possibilité d'effets neuropsychologiques ou d'une hypertension artérielle pulmonaire. Les influences de l'effort physique, du stress psychique et d'une exposition complémentaire à des substances chimiques n'ont été qu'incomplètement investiguées. Les risques découlant d'une exposition à des concentrations en oxygène inférieures à 13 vol.-% n'ont fait encore l'objet d'aucune analyse systématique dans le cadre de la protection de la santé.

Limitations des performances et augmentation du risque d'accidents

Des études expérimentales ont montré que parallèlement à la baisse de la pression partielle en oxygène les performances diminuent, la fatigabilité augmente et qu'il peut en résulter un risque accru d'accidents. Lors de tâches visuelles, on a pu montrer que le taux d'erreurs ainsi que le temps de réaction augmentent. Dans le domaine du raisonnement logique, on a observé une augmentation du taux d'erreurs et une diminution d'évocation des informations disponibles. Le sens de l'équilibre peut également être perturbé. Tous ces facteurs peuvent augmenter le risque d'accidents en cas de chute du taux d'oxygène. Lors de concentrations très basses, il faut avant tout redouter l'apparition d'une euphorie et de comportements aberrants dangereux pour le travailleur et pour autrui.

Mal d'altitude

Le problème du mal d'altitude aigu est bien connu en médecine. Il se traduit par des céphalées, de la faiblesse, de l'abattement, des vertiges, de l'inappétence, des nausées, des vomissements et souvent des insomnies. Plus la montée est rapide, plus ces troubles sont fréquents et intenses ; ils augmentent également proportionnellement à l'altitude. Il existe en la matière des variations d'un individu à l'autre. Les complications les plus redoutables sont l'œdème cérébral ou pulmonaire. Comme le séjour en altitude, comportant une réduction proportionnelle de la pression atmosphérique globale, ne peut être directement assimilé à celui dans un local placé sous atmosphère appauvrie en oxygène – le risque étant vraisemblablement plus faible en situation normobare, mais le temps d'adaptation lors de la pénétration dans un tel local étant très court – et en l'absence d'expériences de longue durée sur cette nouvelle technologie, il n'est pas possible d'apprécier le risque d'être atteint d'un mal d'altitude aigu pour ces travailleurs. On peut par contre affirmer que plus basse sera la concentration en oxygène appliquée, plus graves et plus fréquents seront les troubles auxquels il faut s'attendre. Ce risque doit donc être minimisé par une limitation du temps de séjour dans ces locaux et une réglementation des pauses.

Risques pour les travailleurs atteints de maladies préexistantes

La diminution de la pression partielle de l'oxygène est susceptible de mettre en danger les travailleurs atteints de maladies cardiovasculaires, respiratoires, d'anémies ou d'hémoglobinopathies (drépanocytose p. ex.). Des séjours prolongés en atmosphère réduite en oxygène seraient en outre susceptibles d'aggraver une polyglobulie préexistante.

Principes de protection de la santé

Aucun poste de travail fixe ne doit être prévu dans des locaux placés en atmosphère appauvrie. Ces locaux ne doivent être occupés que pour des opérations d'inspection, de maintenance ou de réparation. La concentration en oxygène doit être maintenue au plus haut niveau possible. Lors de la planification de tels locaux, une analyse de risques doit faire appel à un médecin du travail. Comme on ne dispose d'aucune information sûre sur les risques pour des concentrations en oxygène inférieures à 13 vol.-%, les travailleurs pénétrant dans de tels locaux doivent être équipés d'appareils respiratoires autonomes.

Le degré des mesures à prendre dépend du taux de réduction de la concentration en oxygène. On applique la classification suivante :

- Catégorie A: Concentration en oxygène 15-18 vol.-%
- Catégorie B: Concentration en oxygène 13–15 vol.-%
- Catégorie C: Concentration en oxygène < 13 vol.-%

Ces catégories sont valables pour des locaux situés au maximum à 700 mètres d'altitude. Au delà de cette altitude, il faut introduire un facteur de correction.

Mesures techniques

L'apport d'azote doit se faire de manière à garantir une concentration homogène en oxygène dans l'ensemble du local. L'alimentation en azote doit pouvoir être interrompue depuis un lieu sûr. Le système de contrôle doit être conçu de manière à ce qu'une panne ou une erreur de mesure ne puissent en aucun cas entraîner une chute non détectable de la concentration en oxygène. Les instruments de mesure doivent être régulièrement calibrés et entretenus. Un système d'alarme optique et/ou acoustique signalant une chute dangereuse du taux d'oxygène doit être en fonction.

Mesures organisationnelles

L'accès doit être clairement réglementé. Seules les personnes autorisées peuvent pénétrer dans ces locaux, la durée et le motif de leur séjour devant être documentés. Les durées de séjour doivent être les plus courtes possibles et une pause d'au minimum 30 minutes doit être intercalée entre les séjours consécutifs. La durée maximale d'une mission ne doit pas dépasser 4 heures en catégorie A et 2 heures en catégorie B ; le temps de séjour maximal ne doit pas dépasser 6 heures par jour.

Les charges physiques et les contraintes temporelles doivent être en principe évitées. Les femmes chez qui une grossesse ne saurait être exclue ne doivent pas pénétrer dans ces locaux. Les travailleurs doivent être instruits sur les risques, les mesures de protection, les règles de comportement et le recours aux équipements de protection individuelle avant leur première mission et par la suite à intervalles réguliers. On donnera la préférence aux non-fumeurs.

Pour les travaux en catégorie B et C, l'entrée dans le secteur concerné ne peut être autorisée qu'après avoir répondu à un bref questionnaire de santé. Une surveillance continue de ces travailleurs doit être assurée durant leur séjour dans le secteur exposé.

Un système d'alarme et de secourisme doit être opérationnel en tout temps. Les mêmes mesures sont applicables au personnel de firmes externes et aux secouristes.

Les travailleurs qui présentent des troubles évoquant un mal d'altitude aigu doivent quitter immédiatement le secteur où l'air est appauvri en oxygène. Ils ne seront autorisés à pénétrer à nouveau dans ces locaux qu'après un examen médical.

Mesures personnelles

Dans les locaux classés en catégorie C, le port d'un appareil respiratoire autonome est obligatoire ; il est recommandé dans ceux de catégorie B avec 13-15 vol.-% d'oxygène, jusqu'à ce qu'on ait acquis une certaine expérience dans ce domaine. Les travailleurs intervenant dans les locaux de catégorie A et B doivent toujours être munis d'un appareil respiratoire autonome de secours.

Examens médicaux préventifs

Des examens médicaux préventifs doivent être effectués chez tous les travailleurs engagés dans ce secteur, dans le cadre de la Directive 6508 de la CFST sur l'appel aux médecins du travail dans les entreprises. Les coûts de ces examens sont donc à la charge des employeurs. Ces examens doivent être effectués par un spécialiste en médecine du travail; si les examens sont effectués par le médecin d'entreprise, les résultats de ceux-ci doivent être encore soumis au médecin du travail en charge de l'entreprise qui se prononcera en dernier ressort sur l'aptitude du candidat.

L'examen médical tiendra compte des éléments suivants :

- L'examen d'entrée doit avoir lieu avant la première mission au sein des locaux sous atmosphère appauvrie en oxygène.
- L'examen d'entrée et de contrôle comporte une anamnèse, un examen clinique, une spirométrie, un ECG de repos, une ergométrie avec ECG d'effort ainsi que des examens de laboratoire. Les détails de l'examen d'entrée figurent dans le tableau 1.
- En cas de doute sur l'aptitude du sujet, le médecin examinateur, resp. le médecin du travail doit demander un complément d'examen spécialisé. Le candidat ne pourra être engagé dans ces tâches que lorsque ces examens complémentaires auront confirmé son aptitude.
- Des examens de contrôle, selon un programme identique à l'examen d'entrée, doivent être organisés à intervalles réguliers ; cet intervalle sera au maximum de 2 ans pour la catégorie A et de 1 année pour la catégorie B et C.
- Les travailleurs engagés dans des secteurs où la concentration en oxygène est inférieure à 15 vol.-% rempliront un court questionnaire avant chaque mission, établissant qu'aucun problème de santé susceptible de porter à conséquence n'est survenu depuis le dernier contrôle médical. S'ils répondent oui à l'une ou l'autre des questions, ils devront subir un contrôle médical avant le début de toute mission. Ce questionnaire figure dans le tableau 2.
- Si un travailleur présente des troubles en cours d'activité dans un local où l'air est appauvri en oxygène, il devra consulter le médecin du travail avant tout nouvel engagement.

Perspectives

Il faut s'attendre à ce qu'à l'avenir cette nouvelle technologie de prévention des incendies par appauvrissement de l'air en oxygène se développe. Comme ce procédé comporte des risques si le taux d'oxygène descend en dessous des concentrations visées, des mesures de prévention techniques, organisationnelles et personnelles doivent être mises en place de manière conséquente. Comme on ne dispose pas encore d'expérience de longue durée en médecine du travail, des contrôles médicaux resserrés sont indiqués. Les présentes recommandations élaborées en 2005 par la Suva seront sujettes à révision, à la lumière des expériences réunies au cours du temps.

Travaux dans des atmosphères appauvries en oxygène: visite médicale (aptitude)

1. Anamnèse

1.1. Antécédents

- maladies sanguines familiales (anémie, maladie génétique, drépanocytose)
- troubles cardiaques
- troubles vasculaires
- hypertension artérielle
- troubles pulmonaires et respiratoires
- troubles du système nerveux central
- troubles lors de séjours en altitude ou de voyages en avion
- troubles antérieurs de la circulation sanguine, apoplexie cérébrale
- troubles du métabolisme (p. ex. diabète sucré)
- consommation de tabac
- médicaments
- consommation d'alcool

1.2. Troubles actuels

- angine de poitrine
- palpitations, arythmie cardiaque
- essoufflement à l'effort
- douleurs au repos de type ischémique
- limitation des performances physiques
- vertige
- syncope
- perturbations de l'état de conscience
- douleurs dans les membres, la poitrine ou le ventre lors de séjours en altitude ou de voyages en avion
- céphalées, fatigue, malaise, vomissement, essoufflement lors de séjours en altitude ou de voyages en avion

1.3. Troubles lors de séjours précédents dans des locaux appauvris en oxygène

- céphalées
- nausée
- inappétence
- vertige
- fatigue anormale
- essoufflement
- douleurs thoraciques

- palpitations
- troubles de la concentration
- troubles de la marche

2. Examen

- poumons: fréquence respiratoire, percussion, auscultation
- cœur, circulation: fréquence cardiaque, rythme, tension artérielle, choc de la pointe, auscultation du cœur, souffle carotidien, remplissage de la veine jugulaire, reflux hépatojugulaire, œdèmes périphériques, pouls périphériques
- abdomen: foie, rate
- status neurologique: nerfs crâniens; force, réflexes, signes pyramidaux, sensibilité

3. Examens de laboratoire

- formule sanguine détaillée (hémoglobine, érythrocytes, hématicrite, leucocytes, différenciation des leucocytes)
- glucose sanguin, créatinine, ALAT, γ -GT

4. Spirométrie

- VEMS, CVF, coefficient de Tiffeneau, DEP, DEM 50, courbe débit-volume

5. Electrocardiogramme au repos et ergométrie

- électrocardiogramme au repos
- ergométrie avec électrocardiogramme d'effort

6. Examens complémentaires par le médecin de l'entreprise ou du travail

Examens complémentaires selon le résultat de la visite médicale:

- capacité de diffusion du monoxyde carbone ou analyse des gaz du sang au repos et à l'effort
- électrophorèse de l'hémoglobine en cas de suspicion d'une drépanocytose
- examen Duplex des artères cérébrales en cas de suspicion de sténose
- examen cardiologique, pneumologique ou hématologique spécialisé en cas de suspicion de maladies cardiaques, vasculaires, respiratoires ou sanguines.

Tableau 2

Questionnaire pour le personnel avant tout travail dans des locaux où règne une atmosphère appauvrie en oxygène (concentrations en oxygène inférieures à 15%)

La visite médicale effectuée par le médecin de l'entreprise ou un médecin du travail vous a déclaré apte à travailler dans des locaux avec une atmosphère appauvrie en oxygène. Votre état de santé a pu se modifier depuis. Dans l'intérêt de votre santé, veuillez répondre au questionnaire ci-après. Si vous répondez par l'affirmative à une des questions suivantes, vous ne pouvez retravailler dans un local appauvri en oxygène qu'après avoir subi une nouvelle visite médicale effectuée par le médecin de l'entreprise ou un médecin du travail.

	Oui	Non
Depuis votre dernière visite médicale ou votre dernier séjour dans un local appauvri en oxygène, avez-vous eu:		
– des pertes de connaissance (p. ex. épilepsie, apoplexie cérébrale)?		
– des problèmes cardiaques: arythmie cardiaque, douleurs dans la poitrine au repos ou pendant l'effort, maladies cardiaques?		
– des troubles respiratoires tels qu'essoufflement pendant l'effort, essoufflement au repos, toux et expectorations?		
– des troubles lors de séjours en altitude (céphalées, nausée, inappétence, fatigue)?		
– des problèmes d'équilibre ou des vertiges?		

	Oui	Non
Souffrez-vous actuellement ou au cours des dernières semaines:		
– d'infections des voies aériennes inférieures telles que bronchite?		
– d'une autre maladie aiguë?		
– d'une limitation de vos performances physiques?		

Bibliographie

- (1) Angerer P., Nowak D.: Working in permanent hypoxia for fire protection – Impact on Health. *Int Arch Occup Environ Health* 76: 87–102 (2003)
- (2) Bärtsch P., Mairbäurl H., Swenson E.R., Maggiorini M.: High altitude pulmonary oedema. *Swiss Med Wkly* 133: 377–384 (2003)
- (3) BGN (Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten): Brandsichere Lager durch sauerstoffreduzierte Atmosphäre. www.bgn.de
- (4) Knight D.R., Cymerman A., Devine J.A. et al.: Symptomatology during hypoxic exposure to flame-retardant chamber atmospheres. *Undersea Biomed Res* 17: 33–44 (1990)
- (5) Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI): Handlungsanleitung für die Beurteilung von Arbeiten in sauerstoffreduzierter Atmosphäre. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz, 2005.
- (6) Prechtl A.: Moderner Brandschutz: Einfluss von normobarer Hypoxie auf arbeitsmedizinischen relevante Aspekte der kognitiven und psychomotorischen Leistungsfähigkeit. Dissertation Ludwig-Maximilians-Universität München (2004)
- (7) Roach R.C., Loeppky J.A., Icenogle M.V.: Acute mountain sickness: Increased severity during simulated altitude compared to normobaric hypoxia. *J Appl Physiol* 81: 1908–1910 (1996)

Adresse de correspondance:

Suva
Dr. med. Marcel Jost
Facharzt FMH für Arbeitsmedizin
Innere Medizin und Kardiologie
Chefarzt
Abteilung Arbeitsmedizin
Postfach
6002 Luzern
marcel.jost@suva.ch

Atteintes à la santé causées par l'argent et ses composés dans le cadre professionnel

Claudia Pletscher

On sait depuis longtemps qu'en cas de contact avec l'argent, on peut observer une pigmentation irréversible de la peau et /ou des yeux, dénommée argyrie.

Utilisation professionnelle de l'argent et de ses composés :

L'argent est l'un des rares éléments qui se présente sous sa forme naturelle pure. Ce métal noble d'aspect brillant se laisse aisément polir. C'est de tous les métaux celui qui possède la meilleure conductibilité thermique et électrique et c'est après l'or le plus malléable. Ses applications sont par conséquent nombreuses. C'est le métal noble extrait et utilisé en plus grande quantité. Afin d'augmenter sa dureté, il est généralement allié au cuivre. Les propriétés bactéricides de l'argent sont connues de longue date. On a ainsi utilisé l'argent en chirurgie pour fabriquer des prothèses, comme fongicide et pour la frappe de monnaies. On y recourt également dans la fabrication de contacts électriques, d'électrodes, de bijoux, de couverts, de batteries, en photographie et comme médicament. L'utilisation la plus classique de l'argent en médecine est sa combinaison avec la sulfadiazine comme topique antibactérien dans le traitement des brûlures.

L'exposition à l'argent survient soit localement par contact direct et pénétration de très petites particules de métal dans la peau, soit par inhalation avec résorption au travers des voies aériennes et digestives.

Atteintes à la santé

Les caractéristiques particulières de chaque métal conditionnent ses effets sur la santé. Il s'agit de sa solubilité, de son affinité pour certains tissus, de son métabolisme et de ses voies d'excrétion. C'est ainsi que l'argent métallique, ses composés solubles ou insolubles présentent des caractéristiques toxicologiques différentes.

L'argent pénètre par diverses voies au sein de l'organisme. En cas d'exposition à l'argent métallique sous forme de poussières, de vapeurs ou de fumées, il faut s'attendre à une résorption principale par voie respiratoire et digestive. Lorsque

de petites particules métalliques pénètrent dans la peau, seule une très petite proportion en est biodisponible. Les composés solubles sont résorbés plus rapidement que les composés insolubles ou que les alliages métalliques.

On estime que 10% de l'argent pénétrant dans l'organisme par voie digestive est résorbé. 2-4% de cette quantité se déposent dans les tissus. La plus grande partie est éliminée dans les selles et seule une très petite quantité dans l'urine. C'est pourquoi la recherche de l'argent dans l'urine ne donne des informations utiles que lors d'expositions importantes. Dans tous les autres cas, c'est la mesure de l'argent dans le sang qui constitue la méthode permettant de quantifier la charge interne.

Lors de la manipulation d'argent métallique, il n'existe en principe aucun risque d'intoxication aiguë. Des réactions allergiques à l'argent métallique n'ont été qu'exceptionnellement observées.

Lors d'expositions massives à des vapeurs, à des fumées ou à des poussières, spécialement dans des applications techniques, il existe un risque d'irritation aiguë des voies respiratoires supérieures et profondes.

Le principal problème rencontré lors de l'utilisation professionnelle de l'argent et de ses composés est une accumulation locale ou systémique du métal ou de sulfate d'argent dans les tissus, causant l'argyrie. L'argent sous toutes ses formes est considéré comme non toxique pour le système immunitaire, cardiovasculaire ou nerveux. Il n'existe en outre aucun élément permettant de suspecter des propriétés cancérogènes ou toxiques pour la reproduction.

Argyrie (ou argyrose)

En cas d'exposition prolongée, la déposition d'argent resp. de sulfate d'argent entraîne une pigmentation caractéristique irréversible de la peau et/ou des yeux nommée argyrie ou argyrose. Il s'agit d'une coloration bleu-gris métallique, parfois également brunâtre en raison d'une stimulation des mélanocytes qui est la plus marquée dans les zones exposées à la lumière. Cette accumulation est causée par une réaction photochimique qui transforme l'argent en sulfate d'argent peu soluble. L'argyrie peut être localisée ou généralisée.

L'argyrie localisée peut survenir en cas de contact direct, par pénétration de fines particules dans la peau ou les muqueuses. Ce type d'atteinte s'observe surtout au niveau des mains, des yeux et des muqueuses.

L'argyrie généralisée présuppose la résorption de grandes quantités d'argent ou d'un de ses composés. Après pénétration dans l'organisme, l'argent se répartit dans les divers organes par le flux sanguin. Dans ce cas, ce sont surtout les yeux, les organes internes et les zones cutanées exposées à la lumière telles



Fig.1: Argyrie des conjonctives



Fig. 2: Argyrie des ongles



Fig. 3: Coloration brunâtre des avant-bras

que le visage, les oreilles, les membres supérieurs et les ongles qui sont touchés.

Les signes précoces d'argyrie locale ou généralisée s'observent sous forme de coloration foncée du coin de l'œil et de la conjonctive, ainsi que des muqueuses nasales et pharyngées. L'examen à la lampe à fente semble être la méthode de dépistage la plus sensible au niveau de l'œil.

Bien que l'œil soit le principal témoin de l'argyrie localisée ou généralisée et que les dépôts touchent l'ensemble de l'organe à l'exception du nerf optique, seuls de rares cas d'atteinte subjective de la vision nocturne ont été rapportés. Ces troubles n'ont cependant pas pu être cliniquement objectivés.

Ces dépôts pigmentaires sont irréversibles et constituent en fonction de leur étendue un problème cosmétique plus ou moins important. Le traitement chélateur ou la dermabrasion sont inefficaces ; il n'existe en fait pas de traitement connu de l'argyrie.

L'argyrie n'a été que très rarement observée en Suisse. Au cours des dernières années, ces cas provenaient des secteurs de fabrication de batteries (oxyde d'argent) et d'argenterie d'objets (cyanure d'argent). Aucun cas n'a été signalé lors d'opérations de blanchiment d'argent sale.

Systeme respiratoire et organes internes

L'inhalation de composés argentés solubles peut provoquer une irritation des voies respiratoires supérieures et profondes, cet effet devant cependant être davantage imputé à l'action corrosive des nitrates dans certains de ces composés qu'à l'argent lui-même. L'inhalation de poussière ou de fumée d'argent peut entraîner une coloration des alvéoles et des tissus bronchiques, en général sans atteinte décelable à la santé. Il existe cependant des observations de bronchites, d'emphysèmes et d'atteintes respiratoires fonctionnelles chez des polisseurs exposés à l'argent métallique, mais aussi à d'autres métaux. Normalement, la concentration en argent des tissus est faible. En cas d'exposition importante, l'argent peut s'accumuler dans la peau, le foie, les reins, la cornée, les gencives, les muqueuses, les ongles et la rate. On ne dispose que de peu d'informations sur de possibles effets toxiques à ce niveau.

Mesures de protection et valeurs limites d'exposition aux postes de travail

L'appréciation du degré d'exposition externe se base sur la valeur limite moyenne d'exposition.

La valeur limite moyenne d'exposition (VME) indique la concentration moyenne dans l'air des postes de travail en un polluant donné 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, et ceci pour une durée de 42 heures hebdomadaires, à raison de 8 heures par jour, pendant de longues périodes. Le polluant en question peut être sous forme de gaz, de vapeur ou de poussière.

Pour l'argent (inhalable), la VME est de 0,1 mg/m³ avec une valeur pour exposition de courte durée de 15 minutes de 0,8 mg/m³, pour les sels d'argent (inhalable) 0,01 mg/m³ avec une valeur pour exposition de courte durée de 15 minutes de 0,02 mg/m³.

Le seuil critique de toxicité est l'apparition d'une argyrie. Si la VME est respectée, il est possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de prévenir l'apparition d'une telle complication. Le respect de la VME doit être garanti par des mesures techniques. Comme la survenue d'une argyrie locale peut résulter d'un contact direct, il faut adopter selon les circonstances des mesures organisationnelles et personnelles de protection, en prenant particulièrement garde à l'hygiène personnelle.

Bibliographie

- 1) Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG:
Toxikologisch-arbeitsmedizinische Begründungen von MAK-Werten (Maximale Arbeitsplatzkonzentrationen), Silber, Wiley-VCH-Verlag GmbH & Co. KGaA, ISSN 0930-1984
- 2) American Conference of Governmental Industrial Hygienists:
Documentation of the Threshold Limit Values (TLV), Silver and Compounds
- 3) Gefahrstoffinformationssystem der gewerblichen Berufsgenossenschaften,
GESTIS – Stoffdatenbank, Silber, www.hvbg.de/bgja/stoffdatenbank
- 4) Drake P. L., Hazelwood K. J.: Exposure-Related Health Effects of Silver and Silver Compounds: A Review. *Ann Occup Hyg*, 2005; 49; 575 – 585
- 5) Pifer J. W., Friedlander B. R., Kintz R. T., Stockdale D. K.: Absence of toxic effects in silver reclamation workers. *Scand J Work Environ Health*, 1989; 15(3); 210-221

Adresse de correspondance:

Suva
Dr. med. Claudia Pletscher
Fachärztin für Arbeitsmedizin
und Allgemeinmedizin
Abteilung Arbeitsmedizin
Postfach
6002 Luzern
claudia.pletscher@suva.ch

Amiante et fibrose rétropéritonéale

Felix Ineichen

L'amiante peut provoquer divers tableaux maladifs. Ceux-ci ont été passés en revue dans le dernier numéro des «Informations médicales» (1). Parmi eux figure la fibrose rétropéritonéale (FR) ; la Suva a reconnu récemment un tel cas comme maladie professionnelle.

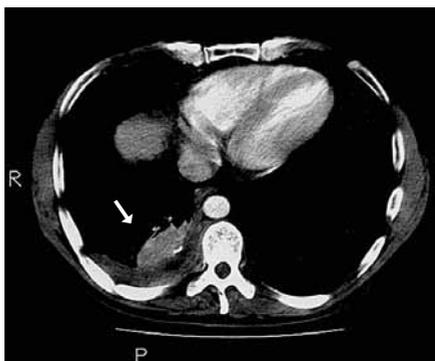
Sur la base de ce cas, nous désirons approfondir ce sujet dans les lignes qui suivent.

Description du cas

Chez ce patient de 47 ans souffrant de douleurs dorsolombaires, le CT-scan montrait un épaississement pleural dorso-basal droit évoquant une tumeur (↑). Lors de la biopsie effectuée par thoracoscopie, il s'agissait d'une prolifération mésothéliale de type réactionnel.

Une biopsie à ciel ouvert ainsi qu'une exérèse chirurgicale ultérieure confirmèrent le diagnostic de fibrose, sans évidence de tumeur.

L'évolution ultérieure a été caractérisée par l'apparition de douleurs nocturnes lombosacrées. Les examens de laboratoire ont mis en évidence, outre une accélération de la vitesse de sédimentation et une anémie, une élévation de la créatinine attribuée à une sténose urétérale bilatérale (↑). Le CT-scan montrait une masse présacrée constituée de tissus mous mesurant 7 x 3 cm (↑).



La fibrose rétro-péritonéale

Cette maladie a été décrite pour la première fois il y a une centaine d'années par des urologues français. Suite à la publication de deux cas en 1948 par l'urologue américain éponyme, on a parlé désormais de maladie d'Ormond.

Cette pathologie se présente avec une fréquence d'environ 1:100'000 et touche avant tout les hommes. Le diagnostic est généralement posé au cours de la 5^{ème} ou 6^{ème} décennie d'existence.

Symptômes

Les patients se plaignent fréquemment d'une douleur sourde et mal localisable des flancs ou du dos. Elle s'accompagne d'une perte pondérale et de malaise, souvent également de fièvre.

Le processus expansif rétro-péritonéal provoque une compression des uretères et des vaisseaux. C'est ainsi qu'une oligurie constitue fréquemment le motif de consultation. On peut observer ultérieurement un odème des membres inférieurs et du scrotum, une occlusion intestinale et un ictère.

Tableau clinique

Les examens de laboratoire sont perturbés en fonction du type d'obstruction et s'accompagnent de signes inflammatoires. On peut observer une micro-hématurie.

L'urographie intraveineuse associe typiquement une hydronéphrose (le plus souvent bilatérale), une déviation médiane et un rétrécissement des uretères.

A l'examen anatomo-pathologique, la fibrose rétro-péritonéale se présente sous la forme d'une masse compacte. Elle part le plus souvent de la bifurcation aortique et suit les axes vasculaires surtout latéralement. Alors qu'au stade précoce, les cellules inflammatoires, les fibroblastes et les fibres collagènes prédominent et que la masse est fortement vascularisée, elle devient au stade tardif peu vasculaire et peu cellulaire, avec l'apparition de calcifications.

Dans certains cas, on constate la présence de foyers de fibrose en dehors de l'espace rétro-péritonéal (notamment au niveau du médiastin et des orbites), décrite sous le nom de fibrose multifocale idiopathique. Cette maladie peut également survenir sans atteinte rétro-péritonéale (2).

Ces localisations extra-rétro-péritonéales sont notamment intéressantes dans le cas décrit, où la fibrose a été diagnostiquée inhabituellement en premier lieu au niveau thoracique et non pas rétro-péritonéal: la fibrose rétro-péritonéale était combinée à une fibrose pleurale.

Etiologie de la fibrose rétropéritonéale

On rapporte une association avec la prise de certains médicaments (dérivés de l'ergotamine comme le méthysergide, des bêtabloquants, l'hydralazine et le méthyldopa) et avec l'existence d'un anévrisme de l'aorte.

On a relevé une certaine augmentation de sa fréquence lors de diverses maladies (infections, néoplasies, maladies auto-immunes).

Il est intéressant de noter que, chez les patients souffrant de périaortite chronique (anévrisme inflammatoire de l'aorte abdominale avec fibrose périanévrysmale), on a mis en évidence avec une fréquence accrue la présence d'anticorps dirigés contre la Low Density Lipoprotein oxydée et la céroïde (polymère de lipides oxydés et de protéines) (3). Il est vraisemblable qu'un mécanisme auto-immun soit à l'origine de la maladie, une hypothèse confirmée par la bonne réponse aux stéroïdes généralement observée.

Au tournant des années soixante et septante, le patient a fait un apprentissage de peintre au cours duquel il a exécuté les activités suivantes: ponçage d'éléments contenant de l'amiante, découpage de panneaux d'Eternit, application de mastics contenant de l'amiante. Après une courte période de peinture au pistolet, il a repris l'activité de peintre dès le milieu des années septante.

Selon l'estimation de la division de sécurité au travail de la Suva, une exposition relativement importante à l'amiante doit être admise, dans la mesure où les travaux décrits ci-dessus n'étaient pas exceptionnels.

L'analyse minéralogique des tissus pulmonaires a montré la présence d'amiante amphibole (dont 2/3 de crocidolite), mais en quantité qui ne permet pas de conclure de façon absolue à une exposition professionnelle.

On était donc en présence d'une fibrose rétropéritonéale et pleurale combinées à une exposition vraisemblablement importante à l'amiante.

Fibrose rétropéritonéale et amiante

Trois publications ont paru au cours des années nonante sur ce thème:

■ Description d'un cas en 1991 (4):

Les altérations pleurales sont qualifiées d'«assimilables à des plaques pleurales ou à une fibrose pleurale». L'aorte présente une athérosclérose, mais pas d'anévrisme. Comme la plèvre et l'espace rétropéritonéal sont atteints du même processus fibreux, une association de ces atteintes avec une exposition à l'amiante est jugée possible.

■ Description de 2 cas en 1995 (5):

En l'absence d'autre cause expliquant la FR, l'amiante est retenu comme possible facteur déclenchant dans ces deux cas.

■ Etude cas-témoin en 1998 (6):

Parmi 13 patients atteints de FR idiopathique figurent 7 hommes ayant eu anamnestiquement des contacts avec l'amiante. 5 présentaient des plaques pleurales. Les 6 femmes n'avaient jamais été exposées. 3 d'entre elles ainsi qu'un homme avaient d'autres facteurs de risque que l'amiante (anévrisme de l'aorte abdominale, prise de méthysergide).

Les auteurs interprètent ces résultats comme l'indication d'une association possible entre exposition à l'amiante et FR.

En 2004 a été publiée en Finlande une plus grande étude cas-témoin (7): Tous les cas de FR nécessitant un traitement hospitalier ont été recensés entre 1990 et 2001 dans une région comprenant 3,6 mio. d'habitants. Le diagnostic devait être basé sur le dossier clinique et l'histologie ou sur un suivi d'au minimum une année. Les fibroses secondaires consécutives à des tumeurs ou à des radiothérapies ont été exclues.

Selon ces critères 50 patients ont été retenus, 43 (29 hommes et 14 femmes) étant d'accord de participer à l'étude. Parmi ceux-ci, 22 présentaient une exposition à l'amiante, ce qui constituait une association claire. L'Odds Ratio se montait à 5.54 pour une exposition atteignant 10 ans et à 8.84 pour une exposition dépassant 10 ans. Les autres causes étaient la prise de dérivés de l'ergotamine (OR 9.92) et le tabac dépassant 20 paquets/années (OR 4.73).

Ces résultats ont permis aux auteurs d'affirmer que « l'exposition professionnelle à l'amiante semble être un facteur de risque important pour la fibrose rétropéritonéale ».

La Suva devait se prononcer sur l'existence d'une maladie professionnelle au sens de la Loi sur l'assurance-accidents. Tel est le cas si la maladie concernée est vraisemblablement causée par l'activité professionnelle (fraction étiologique > 0,5).

Lorsque dans un cas particulier la relation de causalité entre profession et maladie ne peut être prouvée, la fraction étiologique est considérée comme atteinte si, selon les données épidémiologiques, un risque > 2 est documenté, indiquant donc que lors de l'exposition professionnelle concernée le risque d'être atteint de la maladie est doublé par rapport à une population non exposée.

Lors de cette appréciation statistique, les facteurs confondants doivent être pris en considération.

Chez notre patient, il n'existait aucun autre facteur de risque en dehors de l'amiante. Comme son exposition professionnelle entraînait un risque relatif > 2 conformément à l'étude citée, une maladie professionnelle a été reconnue: fibrose rétropéritonéale combinée à une fibrose pleurale suite à une exposition à l'amiante.

Bibliographie

- (1) Rügger M. Aktueller Stand der Anerkennungspraxis asbestbedingter Berufskrankheiten. Medizinische Mitteilungen der Suva 2005;76:88-92
- (2) Flückiger B et al. Idiopathische multifokale Fibrose. Schweiz Med Forum 2006;6:83-4
- (3) Parums DV et al. Serum antibodies to oxidized low-density lipoprotein and ceroid in chronic periaortitis. Arch Pathol Lab Med 1990 Apr;114(4):383-7
- (4) Maguire GP et al. Association of asbestos exposure, retroperitoneal fibrosis, and acute renal failure. NY State J Med 1991;91:357-9
- (5) Boulard JC et al. Asbestos and idiopathic retroperitoneal fibrosis. Lancet 1995;345:1379
- (6) Sauni R et al. Asbestos exposure: a potential cause of retroperitoneal fibrosis. Am J Ind Med 1998;33:418-21
- (7) Uibu T et al. Asbestos exposure as a risk factor for retroperitoneal fibrosis. Lancet 2004; 363:1422-6

Adresse de l'auteur:

Suva
Dr. med. Felix Ineichen
Facharzt FMH für Arbeitsmedizin
Abteilung Arbeitsmedizin
Postfach
8401 Winterthur
felix.ineichen@suva.ch

Comment fonctionne le médecin ?

Niklaus E. Gyr

Comme l'indique le titre «Comment fonctionne le médecin?», on va tenter dans cet article d'expliquer la façon d'agir des médecins qui fréquemment est difficilement comprise par des personnes qui exercent d'autres activités professionnelles comme les juristes, les économistes ou les sociologues. De façon similaire, un juriste présente dans ces Informations médicales les critères sur lesquels il se fonde pour prendre ses décisions et agir. Il s'agit donc de procéder à une analyse de la manière de penser et de faire des médecins qui permettrait alors de trouver un langage commun et ainsi d'améliorer la compréhension mutuelle avec les juristes.

Trois paramètres semblent guider l'action du médecin: son comportement fondamental, l'image qu'il se fait de soi et la relation qu'il entretient avec le juriste.

Le comportement fondamental du médecin

Le comportement fondamental du médecin est régi avant tout par des conventions. Depuis des siècles, on tente de préciser les tâches, les devoirs et les responsabilités qui incombent aux médecins et de définir une éthique médicale. Ainsi, la majorité des médecins ont prêté le serment d'Hippocrate lors de leur promotion. Il s'agit d'un document antique de l'histoire de la médecine qui a été établi environ en l'an 400 avant notre ère. Il est probable qu'Hippocrate de Kos n'en soit même pas l'auteur. Cependant, le texte semble refléter l'état d'esprit d'Hippocrate comme il ressort d'ailleurs d'autres documents (1). Le serment transmet dans un contexte général des directives au fondement pragmatique et rationnel utile pour la formation et l'activité du médecin. Le serment aborde les thèmes fondamentaux suivants:

- L'activité du médecin doit toujours servir au bien-être du malade.
- Le médecin ne doit jamais prescrire de poison (il ne doit pas nuire).
- Dans son activité, il doit se prémunir de tout méfait à l'égard de ses malades.
- Il doit respecter le secret médical.
- S'il devait parjurer son serment, le malheur ne doit alors pas l'épargner.

Le serment de Genève de 1948 qui a intégré les expériences vécues à l'époque du national-socialisme montre comment les conventions éthiques évoluent à l'exemple de la phrase suivante:

« Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. »

Ce passage du serment requiert de la part du médecin qu'il s'oppose suivant la situation donnée à l'éthique sociale en vigueur à une époque particulière (2).

La Société suisse des médecins a également dans son code de déontologie précisé les tâches et les devoirs du médecin et contribué ainsi à définir son comportement fondamental.

A l'égard des conventions antérieures est nouvelle la prise en compte de diverses tâches qui peuvent incomber à un médecin qui sont:

- Les mandats sans visée thérapeutique que le médecin doit clairement annoncer à son patient
- Le médecin expert en santé publique où l'accent est mis sur la société au titre d'entité globale
- L'activité de médecin-conseil ou de médecin du travail qui requiert une prise de conscience des conflits d'intérêt.

En résumé, le serment d'Hippocrate, le serment de Genève et le code de déontologie de la FMH sur lesquels se fonde le comportement fondamental du médecin montre que les exigences formulées à l'égard du patient et de la société et les requêtes qu'inversément ces deux partenaires forment à l'égard du médecin disposent d'un fondement parfaitement rationnel et que les deux, médecin et patient, y ont tout à gagner. Ainsi, le patient et la société peuvent se fonder sur la notion que le médecin dispose d'une formation continue et qu'il s'adapte aux progrès contemporains.

L'image de soi du médecin

L'image de soi du médecin découle tout d'abord de la fonction individuelle qu'il assume. Le médecin hospitalier adopte un comportement différent à l'égard du patient qu'un médecin d'un service de santé publique, qu'un médecin-conseil, voire un médecin-journaliste. Les exigences requises à leur égard sont mentionnées dans le code de déontologie de la Société suisse des médecins.

En outre, l'image de soi du médecin se fonde indiscutablement sur sa personnalité, sa manière de penser et son éthique personnelle. Bien se comprendre est souvent difficile pour le médecin car sa pensée est fréquemment le siège de conflits et de dichotomie (3). Ainsi, la réflexion scientifique fondée sur l'évidence s'oppose à la simple analyse par analogie. Les considérations agressives qui envisagent ce qui peut être mis en pratique s'opposent à l'esprit défensif qui répond au précepte du « primum nil nocere ». Dans ses rapports avec le patient, le médecin balance entre empathie et neutralité de comportement.

La pensée et le comportement du médecin n'ont de ce fait pas de couleur tranchée, noire ou blanche. La teinte est fréquemment dans les gris. Cette attitude de faiblesse apparente est difficile à accepter pour un juriste qui doit prendre des décisions. Dans l'image qu'il se forge de lui-même, le médecin rappelle un équilibriste qui porte son balancier sur lequel sont fixées de part et d'autre plusieurs cordes qui lui font courir le risque de tomber. En fait, c'est son image de soi et son éthique qui lui permettent de rester sur le filin.

Comment le médecin voit-il le juriste ?

Lors de l'élaboration de la réponse à cette question, nous avons découvert dans la documentation mise à disposition cette citation amusante: « On peut partir de la notion que les juristes sont en règle générale des laïcs médicaux doués d'intelligence ». Le médecin escompte du juriste qu'il ait une image de soi marquée par un engagement personnel et qu'il agisse de façon éthiquement responsable, comme il l'attend de lui-même.

Le juriste se présente au médecin sous différents aspects. Ainsi, il est perçu comme un précieux auxiliaire lorsqu'il contribue efficacement à préciser le cadre juridique dans lequel s'exerce l'activité médicale, lorsqu'il aide à régler le système de santé et lorsqu'il s'investit dans la protection juridique du patient et du médecin.

Il devient un inquiétant protagoniste lorsqu'il entre en scène pour assurer les intérêts de la clientèle médicale, donc des malades, et qu'il déploie ses activités lorsqu'il y a erreur de traitement. Les motifs à le faire sont suffisants, sachant qu'il y a 3,7 % d'atteintes iatrogènes recensées dans les traitements stationnaires, dont un quart semblent être dûs à des erreurs médicales (4). Il est compréhensible que le médecin ait à craindre les situations dans lesquelles le juriste devient son adversaire, p. ex. lorsqu'il y a une erreur médicale. En tout cas, il est permis de dire que les juristes appartiennent aux yeux des médecins à un groupe de profession respectable avec lesquels ils souhaiteraient avoir à faire le moins souvent possible. Cette attitude a comme effet négatif qu'elle ne peut pas stimuler l'élaboration d'un langage commun.

Les malentendus

Les malentendus qui se développent entre médecins et juristes reposent d'une part sur le fait que les médecins ne peuvent combler les attentes des juristes. Le médecin vit au contact avec les incertitudes, les probabilités, autrement dit dans une zone d'ombre, alors que le juriste souhaite entendre un oui ou un non clair et net. D'autre part, de nombreux malentendus sont à mettre sur le compte des différents jargons qu'utilisent le juriste et le médecin. On peut songer par exemple aux définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain ou de l'invalidité. A titre d'illustration de l'incompréhension d'un acte médical de la part

d'un juriste, l'histoire suivante peut servir d'illustration: un homme de 80 ans consulte son médecin de famille du fait de l'apparition subite d'une faiblesse de la jambe droite et d'un trouble d'élocution. De retour à son domicile, il développe progressivement un état de désorientation et des pertes de mots, raison pour laquelle il s'adresse 3 jours plus tard au service des urgences de l'hôpital. On y pratique un CT-scan cérébral qui montre une lésion ischémique dans l'insula et la région pariéto-occipitale gauche. Une sténose de l'artère carotique gauche est en outre visualisée à un examen au doppler. A juste titre, un diagnostic de «progressive stroke» est posé. Le médecin responsable prescrit un traitement d'héparine intraveineux et transfère le malade en division. Quatre jours plus tard, il développe une paralysie de la jambe gauche, une aphasie et une somnolence. Un nouveau CT-scan confirme la suspicion clinique d'hémorragie intracérébrale. Le juriste qui représente les intérêts de la famille se décide à porter plainte pour erreur médicale, au motif que le traitement d'héparine était contre-indiqué et qu'il a induit l'hémorragie. Ces faits se sont produits en 1994, soit à une époque où il n'y avait pas d'évidence scientifique parlant clairement pour ou contre le traitement d'héparine dans ce contexte. Le médecin a procédé de façon similaire qu'il l'aurait fait en soignant une thrombose d'autre localisation, en toute science et conscience. Le juriste n'a pas voulu accepter cet argument. L'hypothèse selon laquelle la thrombose aurait pu progresser en l'absence d'héparine et provoquer alors les mêmes symptômes chez le patient ne l'a pas convaincu. Aujourd'hui, nous savons que la thrombolyse est efficace, mais que le nombre de cas dont le décours est favorable correspond à celui des hémorragies induites par ce traitement. A elle seule, l'héparine ne semble pas avoir d'effet positif.

Cet exemple montre combien il est important de stimuler la coopération entre juristes et médecins et de mieux comprendre leur façon d'agir mutuelle. Même dans l'optique d'une médecine fondée sur l'évidence, le médecin ne peut compter que sur lui-même lorsqu'il doit traiter un cas individuel.

Attentes déçues

Il semble que les médecins soient surtout déçus dans leurs attentes par les juristes lorsque leur appréciation ne correspond pas à différents égards à celle qu'ils espéraient, comme p.ex. lorsque des vices de forme prennent l'ascendant sur les éléments médicaux ou lorsque les intérêts d'ordre économiques sont plus importants que le traitement raisonnable et bien-fondé d'un patient. De plus, la jurisprudence peut décevoir lorsque des arrêtés s'élaborent sur des éléments médicaux qui sont malvenus voire inexacts. Ainsi, un jugement du Tribunal fédéral (TFA 130 V 352) sur le trouble somatoforme douloureux a provoqué des déceptions et une vive discussion auprès des médecins qui exercent leur activité dans le domaine de la médecine des assurances. L'arrêté précise que le trouble somatoforme douloureux n'entraîne une incapacité de travail de caractère invalidant que lorsqu'il existe une comorbidité psychique de sévérité, d'in

tensité et de durée importantes. Ce critère exclut cependant dans le CIM-10 le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et dès lors, cet argumentaire juridique n'a pas de fondement médical. Au titre d'autres facteurs susceptibles d'induire une incapacité de travail en présence d'un trouble somatoforme douloureux ont été élaborés des critères qui n'ont jamais fait l'objet d'une étude prospective traitant de leur valeur qualitative et quantitative. Les critères inclus dans le jugement du Tribunal fédéral disposent d'un «poids» qui n'existe pas sur le plan médical (biais lexigène) (5).

Conclusion

Les médecins et les juristes sont appelés à faire un effort de réflexion et d'analyse de leur attitude fondamentale et de leur image de soi. Par ce biais, il devrait être possible grâce à cette réflexion personnelle de mieux connaître sa propre personne et ses partenaires – qu'ils soient juristes ou médecins. Afin d'éviter la méfiance et les malentendus mutuels, il serait nécessaire d'améliorer la coopération dans l'enseignement, la recherche et le traitement des cas que l'on côtoie au quotidien.

Ceci peut se faire dans le cadre d'une activité universitaire ou dans celui d'organisations professionnelles et devrait obtenir le soutien des assurances sociales et privées.

Bibliographie

- (1) Bauer A.W.: Der Hippokratische Eid. Medizinhistorische Neuinterpretation eines (un)bekannten Textes im Kontext der Professionalisierung des griechischen Arztes. Zeitschrift für medizinische Ethik 41, 75-89, 1994
- (2) Genfer Gelöbnis. In: Bondolfi A und Müller H.J.: Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag, EMH. Schweizerischer Aertzeverlag AG, Basel/Bern, 1999, 437
- (3) Mannebach H.: Die Struktur des ärztlichen Denkens und Handelns. Testfall Begutachtung. Vortrag SUVA 2004 ???
- (4) Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Herbert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH.: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991, 324:370-376
- (5) Jeger J.: Persönliche Mitteilung. 2005

Adresse de correspondance:

Prof. Dr. med. Niklaus E. Gyr, MPH & TM
Facharzt FMH für Innere Medizin, Gastroenterologie und Tropenkrankheiten
Ärztlicher Leiter Academy of Swiss Insurance Medizin
Universitätsspital
Petersgraben 4
4031 Basel
niklaus.gyr@unibas.ch

Comment fonctionne le juriste ?

Paul Richli

Introduction et aperçu général

Le thème qui a été proposé par les organisateurs de cette journée est aussi intéressant pour vous auditeurs que pour moi conférencier. Il m'a en effet poussé à m'interroger sur des choses auxquelles je ne réfléchis généralement pas. La réflexion n'est pas on le sait une qualité particulière au déterminisme biologique, mais représente un impératif culturel et scientifique. Ce qui m'est venu à l'esprit n'est pas spectaculaire mais vaut au moins la peine d'être conté. En version très abrégée, voilà que quoi il s'agit.

Sur la réputation ambivalente du juriste

Les juristes ont une réputation ambivalente. Quoiqu'on les considère indispensables, ils sont fréquemment éprouvés comme des importuns, comme un mal nécessaire, comme un frein au développement de la société et comme des manipulateurs des normes juridiques. A ce propos, la phrase de Georges Saville ne manque pas de mordant : «Si les lois étaient douées de parole, elles se plaindraient en tout premier lieu des juristes».

C'est à Gustav Radbruch, un philosophe du droit que nous sommes redevables de cette profonde réflexion personnelle: «Seul celui qui est imbus de lui-même s'estime être indubitablement et à tout instant un maillon indispensable de la société. Le cordonnier de Socrate savait pour quelle raison il était venu au monde: afin de confectionner des chaussures, pour Socrate et pour d'autres. Socrate lui savait seulement qu'il ignorait pourquoi il vivait sur terre. A nous juristes incombe la tâche la plus difficile qui consiste à croire à l'utilité de notre profession tout en doutant au plus profond de nous-mêmes».

Sur l'ordre juridique

Pour rendre accessible à l'entendement du médecin le fonctionnement du juriste, il est utile de jeter un coup d'œil sur l'ordre juridique.

La dogmatique juridique distingue différents domaines du droit. La législation a admis cette distinction en grande partie. Sur le plan fédéral, on distingue le droit privé avec comme éléments centraux le droit civil et le droit des obligations. Le

droit civil distingue les domaines du droit des personnes, du droit des familles, du droit de succession et du droit des biens. La médecine marque sa présence surtout dans le droit des familles et le droit de succession. Le droit des obligations se compose d'articles qui s'adressent aux dispositions générales, aux dispositions de contrat individuel, aux sociétés commerciales et aux sociétés coopératives, au registre du commerce ainsi qu'au droit des papiers-valeurs. La médecine marque ici surtout sa présence dans le droit de la responsabilité civile (dispositions générales).

Sur l'idée de justice

Même si elle n'est pas abordée systématiquement dans les arrêtés des tribunaux et par les parlements, l'idée de justice est intimement liée au droit et à l'ordre juridique. On peut ici encore se référer aux catégories de justice décrites par Aristote (éthique de Nicomaque), donc sur la justice égalitaire (*justicia commutativa*) et la justice qui répartit (*justicia distributiva*). La justice de ce premier type constitue le fondement du droit contractuel et de l'autonomie privée, celle du second type constitue la base de toutes les variantes de politique de répartition de l'état.

Sur la notion du droit

La notion de droit est plus complexe que ce que l'on croit généralement. Il faut distinguer entre notion de droit positiviste et non-positiviste. La définition élaborée par Ralf Dreier illustre bien cette complexité. Elle décrète que le droit est «l'ensemble des normes qui forme une constitution faite de normes étatiques ou interétatiques. Ce système de normes doit être dans les grandes lignes socialement efficace et présenter une justification éthique ou pouvoir se justifier de lui-même. Les normes qui composent cette constitution doivent disposer d'un minimum d'efficacité sociale ou de chances d'efficacité ou pouvoir se justifier elles-mêmes». Existe dans cette définition une composante éthique. Il s'agit d'une notion de droit dite non-positiviste. La position opposée bannit les composantes éthiques de la notion de droit et inscrit les réflexions morales dans le domaine de la société. On aboutit de cette façon à une notion de droit positiviste.

Sur l'interprétation du juriste

Le juriste existe en particulier grâce à l'interprétation qu'il fait des normes. La plupart des critiques formulées à l'égard des juristes s'adressent à cette activité. On parle dans ce contexte de contourner la loi, etc. Au centre de la théorie de l'interprétation se situe une démarche méthodologique qui recourt à 4 éléments

d'interprétation: grammaticale, historique, systématique et téléologique. L'élément grammatical s'intéresse à l'interprétation fondée sur l'énoncé du texte et au sens qu'il faut donner aux termes utilisés; l'élément historique s'adresse à l'élaboration de cette norme juridique; l'élément d'interprétation systématique discute de la place d'une norme dans le tout des ordonnances légales et de l'ordre juridique ainsi qu'au respect de la constitution et des contrats interétatiques. Enfin, l'élément téléologique s'interroge sur le sens donné et le but visé par une norme juridique.

Sur l'appel au secours du juriste à l'adresse du médecin

La médecine et d'autres disciplines telles que les sciences économiques, la sociologie, la psychologie et l'anthropologie paraissent à plusieurs endroits dans le droit. Ces connaissances et ces découvertes ont un rôle décisif lorsqu'il faut justifier certaines normes juridiques ou en établir des nouvelles. En fait, ces connaissances sont indispensables. L'instrument par excellence du secours apporté au juriste par le médecin est l'expertise, expertise psychiatrique incluse. L'importance de l'influence qu'exercent les connaissances médicales spécialisées ressort p.ex. dans l'ATF 104 II 44. Faisait l'objet du contentieux la question de savoir si une assurance était à qualifier d'assurance de biens ou de personnes. Le TFA a développé les arguments suivants: «Si une assurance assume comme tel est le cas aujourd'hui dans la majorité des cas les frais effectifs induits par une lésion corporelle – que ces frais aient été causés par les soins prodigués ou la perte de gain – elle couvre alors le dommage au sens juridique et technique du terme en comblant la perte de revenus qu'a subie un assuré des suites d'un événement dommageable. Dès lors, l'objet de ce genre d'assurance est de satisfaire un intérêt économique». Les assurances sont au terme des données juridiques de l'art. 48 de la loi sur les contrats d'assurance des assurances de biens.

Dans l'arrêt du TFA 112 II 131, l'importance de la somme visant à dédommager une personne ayant subi une grave défiguration des suites d'une lésion corporelle est abordée. A ce sujet, le tribunal a estimé: «Il faut placer ce cas concret sans nul doute dans la catégorie des handicaps sévères au vu du type de lésions subies et de l'impact qu'elles ont eu sur la personnalité de la plaignante. Celle-ci disposait avant son accident d'une bonne santé somatique et psychique et son aspect physique était attrayant. L'accident l'a sévèrement touchée dans son intégrité somatique et psychique par l'atteinte physique dont elle a été victime. Elle a ainsi perdu une grande partie de ses atouts et facultés émanant de sa personnalité et son identité en a sévèrement pâti. Ces éléments ont une importance essentielle et ils doivent être pris en compte lors du calcul du préjudice qu'il faut dédommager». Pour l'estimation de l'importance du dommage et la détermination de la somme à accorder pour tort moral, les expertises médicales avaient joué un rôle décisif.

Dans le jugement du TFA 118 V 283, le Tribunal fédéral avait à tirer au clair si le terme juridique d'accident pouvait être utilisé pour qualifier une intervention chirurgicale qui avait mal tourné. Il a déclaré à ce propos: «Selon l'art. 9 al. 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents que le Tribunal fédéral des assurances a repris de façon constante dans sa jurisprudence (...), l'accident est défini comme une action dommageable subite et involontaire d'un facteur extérieur extraordinaire sur le corps humain. Dans la définition de l'accident, l'élément extraordinaire ne s'adresse pas à ce que le facteur a provoqué mais sert uniquement à qualifier ce facteur. Dès lors, le fait que le facteur extérieur ait eu des conséquences graves et inattendues n'a pas d'importance lorsque le critère extraordinaire doit être éprouvé. Le facteur extérieur est extraordinaire lorsqu'il quitte le cadre du quotidien et de l'ordinaire dans un contexte particulier de l'existence. Il faut éprouver si cela s'est produit dans chaque cas particulier, quoiqu'en principe seules les circonstances objectives doivent être prises en compte. (...) Ces principes qui permettent de caractériser le terme d'extraordinaire sont également applicables aux situations où il faut juger si une intervention médicale satisfait aux critères d'un accident. La question de savoir si l'intervention d'un médecin est à taxer de facteur extérieur plus ou moins extraordinaire doit être éprouvée sur la base de critères médicaux objectifs. On ne peut y répondre par l'affirmative que si l'intervention du médecin revêtait en tant que telle le caractère d'un facteur extérieur extraordinaire; en effet, ce qui est extraordinaire s'intéresse dans la définition de l'accident non pas à ce qu'a provoqué le facteur extérieur, mais sert uniquement à le qualifier».

Dans l'arrêté ATF 126 II 185, la question de droit qu'il fallait trancher s'adressait à la nécessité de mettre en œuvre des expertises médicales. A ce propos, le TFA a estimé: «L'importance des investigations nécessaires effectuées par les autorités administratives et en particulier la nécessité de requérir une expertise médicale se fondent sur les circonstances présentes dans un cas individuel et doivent être appréciées par l'autorité administrative chargée du retrait de permis (ATF 104 I b 46 E.3a, p. 48). En cas de toxicomanie, l'autorité chargée du retrait est en règle générale obligée de requérir une expertise médico-légale; renoncer à la pratique d'une expertise spécialisée ne peut se justifier qu'exceptionnellement, p.ex. dans des cas de toxicomanie manifeste et sévère (ATF 120 I b 305 E, 4b; voir aussi Karl Hartmann. Der Sicherheitsentzug in der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung, Collezione Assista, Genf 1998, S. 259).

Dans l'ATF 125 II 396, le Tribunal fédéral devait juger un conducteur qui en 1998 avait roulé en voiture avec une alcoolémie de 3,31‰. L'administration cantonale s'était bornée à prononcer un nouveau retrait de permis à titre d'avertissement quoiqu'en 1988 et en 1994, cette même mesure avait déjà été prise dans un même contexte, avec des taux d'alcoolémie de 3,45‰ et de 2,95‰ respectivement. De plus, selon le rapport de police, la personne concernée était réputée pour sa consommation d'alcool régulière et excessive. Comme l'a remarqué le Tribunal fédéral, l'administration cantonale aurait dû émettre de sérieux doutes au vu de ces circonstances sur la faculté de la personne concer-

née de pouvoir s'abstenir de consommer des boissons alcoolisées avant de se mettre au volant. L'administration aurait dû envisager un retrait préventif de permis et requérir à cet effet une expertise médicale s'interrogeant sur la présence d'un éventuel alcoolisme (E.2= attendu 2).

Est intéressante la question de connaître la façon de procéder en présence de diverses expertises médicales en partie contradictoires. Dans l'ATF 130 I 337, le Tribunal fédéral s'est prononcé à ce sujet: «Le Tribunal administratif a tout d'abord constaté que les Prof. G et H ont répondu différemment à la question de la nécessité ou non d'une veille (auprès d'un patient). Il a ensuite – sans mettre formellement en cause l'expertise G – suivi l'expert H et s'est rallié à l'avis, étayé par les citations mentionnées préalablement, selon lequel le médecin et le personnel soignant avaient pris en l'occurrence les mesures de sécurité habituelles, réalisables et sensées appliquées dans la clinique (...). Dans ce cas précis, le Tribunal administratif n'a nullement indiqué quels étaient les motifs qui permettaient de mettre en doute la crédibilité de l'expert G qui déclarait que dans d'autres hôpitaux, on avait requis des veilles dans de nombreux cas. En outre, dans le jugement attaqué, ne se trouvent pas de données qui permettraient de mettre en doute la pertinence de cette allégation. En s'écartant sans raison apparente de l'expert en chirurgie cardiaque G, il a agi de manière péremptoire. Une analyse approfondie des déclarations faites par le spécialiste de chirurgie cardiaque aurait été d'autant plus nécessaire que les chirurgiens de cette spécialité ont plus d'expérience dans l'abord des patients développant un état délirant suite à leur intervention cardiaque (20 à 30% du collectif) que les psychiatres qui selon les données issues du jugement contesté ne sont même pas appelés pour faire le diagnostic.

Sur les risques encourus par le médecin dans la pratique du droit

Le juriste ne requiert pas seulement le secours du médecin. Il le fait également pénétrer dans l'enceinte légale lorsqu'il est l'avocat de ses clients. La responsabilité du médecin se situe alors au centre des débats. Parfois le médecin s'en tire à bon compte, d'autres fois non. L'ATF BGE II 104 peut ici servir d'illustration. Le Tribunal fédéral a ici estimé :

«L'erreur de diagnostic ne suffit pas, à elle-seule, à engager la responsabilité du médecin. Si celui-ci pose consciencieusement son diagnostic après avoir examiné son malade selon les règles de l'art avec tout le temps et l'attention nécessaires, qu'il ordonne ensuite le traitement approprié et le fait d'exécuter conformément aux principes généralement admis, il échappe aux reproches de négligence ou d'imprudence (AFT 64 II 205, 53 II 300). Dans le domaine chirurgical, une réserve particulière s'impose. La chirurgie comporte nécessairement une certaine hardiesse, une certaine acceptation des risques. Condamner un chirurgien au seul motif qu'il a décidé d'opérer alors que l'intervention n'était

peut-être pas indispensable ou parce qu'il a commis une erreur de technique opératoire, pourrait avoir comme conséquence d'empêcher les chirurgiens d'intervenir dans les cas douteux, leur abstention pût-elle être fatale au patient. Le chirurgien doit jouir d'une grande liberté d'appréciation dans sa décision sur l'opportunité d'une opération et la façon d'y procéder. Il est cependant tenu lors de son intervention de prendre toutes les précautions commandées par la technique opératoire et par les circonstances du cas pour réduire le plus possible les dangers de l'opération».

Sur les juristes et les médecins dans la jurisprudence

Les médecins marquent leur présence non pas seulement lors de l'application du droit mais également et de façon non négligeable dans son élaboration. A titre d'exemple isolé, on peut mentionner la loi sur les médicaments qui est sortie en l'an 2000. Dans la commission d'expert dont j'ai assumé la direction figuraient hormis divers spécialistes comme les pharmaciens également des médecins.

Conclusion

J'espère avoir pu vous livrer un aperçu sur la manière de penser du juriste. A l'encontre du médecin, sa réflexion n'est pas empirique ou descriptive, mais normative et faite de prescriptions. Y sont impliqués nécessairement des jugements de valeur.

Je vous ai également montré des lieux de rencontre entre médecins et juristes. J'ai également indiqué que le juriste a plus besoin du médecin que l'inverse. Pour l'interprétation et l'élaboration du droit, le recours aux connaissances médicales se fait de diverses manières. Le médecin a parfois besoin du juriste pour éclaircir la question de savoir ce qu'il lui est permis de faire ou non.

Enfin, j'espère avoir pu vous transmettre un peu de la fascination qu'il y a à être un juriste. En effet, travailler le droit ou avec le droit est passionnant et n'a rien de stérile comme beaucoup le pensent. Ceci est vrai surtout si il travaille selon les préceptes que Gutav Radbruch a enseigné.

Adresse de correspondance:

Prof. Dr. iur. Paul Richli
Ordinarius für öffentliches Recht,
Agrarrecht und Rechtsetzungslehre
an der Universität Luzern
Hofstrasse 9
6006 Luzern
paul.richli@unilu.ch

Entre deux chaises. Littérature et expertise

Hans-Walter Schmidt-Hannisa

Dans le domaine de l'assurance-accidents, la coopération entre médecins et juristes joue un rôle essentiel. Fréquemment, les décisions que prennent ceux qui exercent une de ces activités se fondent sur des textes qui ont été élaborés par ceux qui pratiquent l'autre de ces deux disciplines. Une coopération interdisciplinaire de ce type ne peut fonctionner de manière efficace que si la communication entre ces deux groupes de profession n'est pas à la source de malentendus et d'erreurs d'appréciation ne dépassant pas une limite tolérable. Cependant, en pratique, ce genre de problèmes est monnaie courante. Ils représentent l'envers de la médaille de tous les processus de spécialisation qui dans la société moderne se développent lors de l'élaboration et la transmission du savoir. La prolifération très rapide de discours spécialisés les plus divers engendrent des difficultés de compréhension qu'il est de plus en plus ardu à résoudre.

S'opposent aux discours qui fractionnent par leur spécialisation une société et une culture les métadiscours et les discours intégratifs – lors desquels il est permis de parler de «tout» – comme l'illustrent les exemples du journalisme et de la communication dans la vie quotidienne. La littérature aussi intègre des discours qui permettent de mettre en relation les thèmes les plus hétérogènes et les connaissances qui sortent du commun. Comme elle est à l'encontre de la communication dans la vie quotidienne bien moins sujette au devoir de réduire la complexité du message, la littérature représente un moyen incontournable de réflexion et de compréhension de soi d'un milieu socioculturel.

L'interdisciplinarité se fonde sur un principe structuraliste de la littérature appelé l'intertextualité: les textes littéraires ne sont pas des élaborations qui n'existent et ne se suffisent qu'à elles-mêmes, car ils renvoient toujours à d'autres textes. Ils forment une toile tissée avec d'autres textes, littéraires ou non, avec lesquels ils communiquent. La forme la plus directe de cette communication est la citation. La littérature peut – en principe – s'appropriier et transformer n'importe quel texte en le reprenant tel qu'il est (plus précisément en l'intégrant surtout à condition qu'il ne soit pas trop long). Quoique les citations mot pour mot ne soient pas très fréquentes, il serait néanmoins loisible de citer de nombreux ouvrages littéraires composés essentiellement que de citations. Montages et collages sont des techniques littéraires importantes. Hormis la citation au sens strict du terme, à savoir la prise en compte comme telle de la référence, existent d'autres variétés de citations au sens large qui sont tout aussi essentielles. Parmi celles-ci se

rangent la paraphrase, donc la citation qui reprend le sens donné, ainsi que d'autres formes de références indirectes, comme l'allusion, l'imitation, l'altération, l'alliégation, l'ironie et la parodie. Certains théoriciens radicaux de la littérature – Julia Kristeva p.ex. – s'aventurent aussi loin à déclarer que chaque texte doit être perçu comme une mosaïque de citations¹.

L'échange qui s'établit entre deux textes ne se limite pas au seul transfert d'une interprétation particulière. De nouvelles interprétations peuvent être élaborées lorsque la citation est extraite de son cadre original et replacée dans un nouveau contexte. Un sens nouveau émerge grâce au lien qui s'établit entre différents textes et contextes. Ces significations nouvelles doivent être perçues et faire l'objet d'une réflexion de la part du lecteur. Ainsi, se développent dans les œuvres littéraires complexité, différence de niveau d'interprétation et de signification, polysémie.

Lorsque le métadiscours intègre et transmet d'autres discours particuliers à la littérature, cela ne signifie pas nécessairement qu'il représente un processus de synthèse, de consensus et d'harmonisation. Au contraire: fréquemment des œuvres littéraires mettent en évidence des discontinuités entre les différents discours, des divergences, des contradictions et des incongruences qui deviennent manifestes lors de la confrontation entre les divers propos tenus. La littérature représente un terrain où il est toujours possible de se confronter.

Le savoir du véritable poète est universel.

Sur le plan historique, l'élaboration «moderne» des disciplines et du discours scientifiques remonte à l'époque où le volume des connaissances s'est accru considérablement à savoir au 18^{ème} siècle, au siècle des lumières. Alors qu'à l'époque baroque, on s'en tenait encore à la notion d'un génie universel qui disposait de connaissances dans tous les domaines, l'énorme développement de nouvelles connaissances a eu comme corollaire un certain chambardement dû à la perte d'une appréhension des choses globale. Un des projets mammoth du siècle des lumières, l'encyclopédie éditée par Diderot et d'Alembert, a été une réaction au mouvement centrifuge s'exerçant dans le Monde des sciences par une tentative de rassembler sous un seul toit l'ensemble des connaissances et de les mettre à la disposition des personnes intéressées.

La littérature s'intéresse également à la fin du 18^{ème} siècle à l'idée d'une encyclopédie. Ce sont surtout les auteurs romantiques qui développent des projets visant à restaurer l'image d'un tout qui à cette époque s'effondre. Novalis envisage lui-même d'éditer une encyclopédie et rédige à cet effet des milliers de

¹ Shamma Schahadat: Intertextualität: Lektüre – Text – Intertext. In: Miltos Pechlivanos et al. (Hg.): Einführung in die Literaturwissenschaft. Stuttgart 1995, S. 366-377; hier: S. 366.

notes. Livre idéal, cette encyclopédie doit être simultanément un roman et une Bible – une «Bible scientifique» – qui doit servir de référence à une nouvelle religion romantique. Le véritable poète doit être aussi bien prophète que génie universel. Novalis écrit en toutes lettres: «Le poète véritable sait tout».²

La préoccupation de Jean Paul, un contemporain de Novalis, avec le thème de la synthèse perdue du savoir paraît moins utopique. Il considère en effet qu'un véritable universalisme n'est plus concevable. Comme alternative, il propose que la littérature, ou plutôt le roman, assume un rôle d' «encyclopédie poétique».³ A cet effet, Jean Paul développe une théorie – une pratique – du « mot d'esprit savant». L'auteur obtient un effet comique et encyclopédique lorsqu'il parvient à établir une nouvelle liaison fondée sur de purs principes associatifs, particulières de savoir tirées de discours et de disciplines scientifiques les plus divers, connaissances qu'il a acquises lors de ses lectures abondantes et qu'il a alors résumé dans des recueils d'extraits.

L'affinité entre la littérature et la psychologie

Si les auteurs romantiques et Jean Paul réclament – quoique sous divers auspices – une expertise universelle de la part de la littérature, d'autres revendiquent en fin du 18^{ème} siècle une alliance plus mesurée entre littérature et érudition. C'est à cette époque que naît l'anthropologie moderne. Des publications comme le fameux *Magazin zur Erfahrungsseelenkunde* (magazine de la science empirique de l'âme) signalent déjà par leur titre qu'une des caractéristiques de la science moderne en est son orientation empirique. Karl Philipp Moritz, l'éditeur de ce magazine, s'adresse aux médecins, aux juges, aux philosophes et ecclésiastiques, aux éducateurs et instituteurs, en les priant de lui adresser toute observation qu'ils auraient pu faire sur le comportement de l'être humain qui permettrait de mieux comprendre comment fonctionne son esprit. Fondés sur ce vaste matériau mis à leur disposition, Moritz et ses collaborateurs rédigent alors des articles consacrés à divers domaines de la psychologie, comme celui de la science des maladies de l'âme (*Seelenkrankheitskunde*), la théorie des fantasmes et des rêves, ou la pédagogie et la psychologie du crime.

Moritz se sent être un pionnier qui a besoin d'alliés – et c'est ici qu'intervient la littérature. Vu le manque provisoire de matériel empirique, il s'adresse aux écrivains qui s'intéressent aux problèmes de cour (*Schriftsteller des menschlichen Herzens*): les poètes sont des experts de la science de l'âme –dit-il– et le développement théorique de cette nouvelle discipline scientifique peut grandement profiter de leurs connaissances. En contrepartie, Moritz estime que les écrivains

² Novalis: Schriften. Hg. v. Paul Kluckhohn und Richard Samuel. Stuttgart 1960, Bd. 2, S. 592.

³ Vgl. Jean Paul: *Vorschule der Ästhetik*. In: *Sämtliche Werke*. I. Abt., hg. v. Norbert Miller. München 1963-1970, Bd. 5, S. 249.

pourraient mettre à profit les nouvelles connaissances empiriques récoltées sur le fonctionnement de l'âme, dans la mesure où ils pourraient décrire et traiter les thèmes qui s'y réfèrent, les affects et les passions de façon encore plus crédible en se fondant sur des connaissances psychologiques encore mieux fondées. L'affinité pour la littérature et la psychologie conserve sa signification particulière au 19^{ème} et au 20^{ème} siècle. L'émergence de la psychanalyse donne un nouvel essor à leurs rapports mutuels. Sigmund Freud, lauréat du prix Goethe en 1930, n'était pas seulement un homme extrêmement cultivé dont on sait qu'il avait tiré de la littérature des concepts centraux pour ses théories – comme le complexe d'Oedipe ou le narcissisme. Dans l'œuvre de Freud, l'interprétation de textes littéraires occupe une place étonnamment importante, puisque la palette des auteurs qu'il a traités va de Shakespeare à Goethe, de E.T.A. Hoffmann, Dostoïevski, jusqu'à Wilhelm Jensen. D'autre part, Freud était conscient que ces présentations de cas avaient de grandes similarités avec des nouvelles et que donc elles représentaient une forme de littérature. Tout comme en 1800, la littérature en 1900 s'engage volontiers dans une alliance avec cette nouvelle discipline qui s'intéresse aux maladies de l'âme. A ce titre, les romans de Hermann Hesse sont exemplaires: *Le Loup des steppes*, *Narcisse et Goldmund*, et surtout *Damian*, rédigé par Hesse dans les suites directes de sa propre analyse qu'il avait faite chez un élève de Jung, Johann Bernhard Lang. Thomas Mann, Robert Musil, Hugo von Hofmannsthal ou Arno Schmidt sont également redevables de leur propre analyse pour des éléments essentiels de leur œuvre. Freud découvre lui-même dans Arthur Schnitzler une sorte de double, comme il le concède dans une lettre datée du 14 mai 1922.

Même si son alliance avec la psychiatrie joue un rôle important, la littérature n'abandonne pas, même au début du 20^{ème} siècle, son désir d'encyclopédie. La plupart des grands romans du 20^{ème} et du 19^{ème} siècle sont composés d'éléments transposés et issus de traités les plus divers, ils forment des mosaïques intertextuelles d'une haute complexité et sont rédigés par des auteurs qui parfois ne sont pas seulement écrivains, mais également experts dans un domaine particulier – on songe dans ce contexte à des médecins comme Alfred Döblin et Gottfried Benn ou à un juriste comme Franz Kafka. La littérature – en particulier le roman du 20^{ème} siècle – est en ce sens encyclopédique parce qu'elle choisit un extrait exemplaire qui peut alors servir d'exemple pour le tout. Dans *Ulysse*, James Joyce présente une tranche de vie de 24 heures durant lesquelles son héros est confronté à tous les événements qui interviennent dans l'existence passée dans une grande ville. Hermann Broch dans son essai *Das Weltbild des Romans* (1933) insiste sur le fait que le roman doit intégrer dans son unité le monde entier.⁴

⁴ Vgl. Hartmut Steinecke: *Hermann Broch und der polyhistorische Roman*. Bonn 1968.

Un poète dans le rôle de l'expert juridique

Enfin, la question du rapport mutuel entre expertise et littérature peut être illustrée par le biais d'un exemple concret examiné sous une nouvelle perspective. Il s'agit d'une expertise rédigée par un juriste qui est également un auteur connu de la période romantique: Ernst Theodor Amadeus Hoffmann.⁵ L'expertise traite d'un meurtre qui fait l'objet d'un débat car le premier expert, un médecin, a plaidé l'irresponsabilité. Les juges du tribunal de première instance ont néanmoins condamné à mort le délinquant. Voici son histoire: en septembre 1817, Daniel Schmolling, âgé de 38 ans, qui travaille dans une usine de tabac et qui n'a pas de casier judiciaire, tue sa maîtresse à coups de couteau. Schmolling déclare que depuis 3 semaines, il est harcelé par la pensée qu'il doit poignarder sa maîtresse. Il n'y a pas de motif pour expliquer son acte. On adresse l'auteur du crime à un médecin, le Dr Merzdorf, qui est probablement irrité par l'absence alléguée de motif à ce meurtre. Le tribunal lui demande d'évaluer l'état psychique du meurtrier. Ce médecin aboutit à la conclusion que Schmolling a commis l'acte délictueux dans un état d'«*amentia occulta*», donc dans un état d'absence aiguë et qu'il n'était pas en mesure de faire usage de sa raison. Merzdorf plaide pour cette raison pour l'irresponsabilité, l'impunité et l'internement de sécurité. Le tribunal de la ville de Berlin rejette son argumentation: le raisonnement consistant à ne se fonder que sur l'acte pour conclure à la présence d'un trouble mental est circulaire, dit-il. On doit normalement se fonder sur un diagnostic qui lui doit alors être susceptible d'expliquer pourquoi l'acte délictueux a été commis. Conseiller juridique auprès du tribunal, Hoffmann confirme le point de vue du tribunal et plaide pour l'application de la peine de mort.⁶

L'expertise qui comprend 40 pages imprimées témoigne que Hoffmann n'est pas seulement un expert juridique, mais qu'il dispose de vastes connaissances dans le domaine du discours psychiatrique contemporain. Ses connaissances professionnelles se fondent sur le savoir qu'il a acquis durant l'époque passée à Bamberg lors de laquelle il a eu des relations amicales intenses avec les médecins de l'«*asile d'aliénés*» de St Getreu. A la demande de son ami et éditeur C.F. Kunz, il avait pris en charge la création de la bibliothèque de la division psychiatrique de cet établissement. Dans ses œuvres littéraires, Hoffmann a aussi fait un usage extensif de ses connaissances de la littérature spécialisée. Ce sont surtout les textes qui illustrent la face cachée et obscure de l'existence humaine qui ont fait son renom: comme thèmes, Hoffmann a abordé les états d'exception, les traumas, les exaltations sans oublier diverses formes de folie. Dans sa

⁵ Hoffmann, Ernst Theodor Amadeus: Gutachten [des Criminal-Senats des Kammergerichts Berlin] über die Mordtat des Tabakspinnergesellen Daniel Schmolling. In: E.T.A.Hoffmann, Juristische Arbeiten. Hg. u. erläutert v. Friedrich Schnapp. München 1973, S. 83-120.

⁶ Zum Folgenden vgl. Jutta Kolkenbrock-Netz: Wahnsinn und Vernunft – juristische Institution – literarische Praxis. Das Gutachten zum Fall Schmolling und die Erzählung Der Einsiedler Serapion von E. T. A. Hoffman. In: Dies. et al.: Wege der Literaturwissenschaft. Bonn 1985, S.122-144; Georg Reuchlein: Das Problem der Zurechnungsfähigkeit bei E. T. A. Hoffmann und Georg Büchner. Zum Verhältnis von Literatur, Psychiatrie und Justiz im frühen 19. Jahrhundert. Frankfurt a.M. u.a. 1985; Rüdiger Safranski: E. T. A. Hoffmann. Das Leben eines skeptischen Phantasten. München, Wien 1984, S. 425-435.

nouvelle Der Einsiedler Serapion, Hoffmann témoigne de son empathie à l'égard des personnes présentant des états qui se situent en-deçà de ce que l'on taxe communément de normalité lorsqu'il décrit un aliéné qui tente lors d'un long entretien qui en fait constitue une tentative de traitement de convaincre le narrateur qu'il se sent parfaitement bien dans son état de «folie».

Dans son expertise du cas Schmolling, Hoffmann fait sans nul doute preuve de compréhension pour l'auteur du crime. Cependant, il récuse l'allégation qu'il ait été en état d'irresponsabilité en développant des arguments tant médicaux que procédant d'une philosophie du droit. La littérature spécialisée ne fournit aucune donnée sur le fait que la faculté de raisonner puisse se perdre subitement. Pour ce motif, on ne peut admettre que l'accusé ait perdu la raison. Cette hypothèse est illicite aussi longtemps que l'on ne peut émettre que des spéculations sur l'état psychique de l'auteur du crime.

L'appréciation de Hoffmann démontre chez lui l'existence d'un lien évident entre son rôle d'expert et son rôle d'auteur: comme expert, il est tenu de prendre une décision claire et ceci est lié à l'essence même de ce qu'est une expertise. On ne peut laisser place à de quelconques contradictions: une appréciation sans équivoque est requise. Comme auteur littéraire, Hoffmann a en revanche tout loisir d'éprouver les contradictions, d'accepter les ambivalences, de mettre en question et d'effacer les frontières séparant le normal du maladif, le libre de l'interné, le coupable de l'irresponsable. La littérature n'est pas soumise à contrainte: elle est une forme de discours probatoire dans lequel divers arguments et points de vue peuvent être éprouvés ouvertement. C'est dans ce sens que la littérature est placée entre deux chaises – et c'est peut-être là que réside une de ses plus grandes qualités.

Adresse de correspondance:

Prof. Dr. Hans-Walter Schmidt-Hannisa
Department of German
National University of Ireland, Galway
Galway
Irland
h.schmidthannisa@nuigalway.ie

Notion de la maladie à la croisée du droit et de la médecine

Erich Bär

Selon le droit des assurances sociales, est réputée malade – en forçant un peu le trait – toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de soins médicaux ou ne peut exercer son activité. Pour les médecins, il y a là matière à réflexions et à interrogations – la médecine n'a-t-elle pas une conception différente, plus restrictive, de la maladie? De quel droit le législateur intervient-t-il avec ses définitions sur le terrain de la médecine? La loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), où est ancrée la définition de la maladie, sert de base obligatoire aux activités des assurances sociales, et il s'agit là d'un fait qu'aucune considération ne pourra venir changer. Le Docteur Erich Bär, expert en médecine des assurances sociales, a néanmoins tenté d'exposer la perception du phénomène «maladie» à travers différentes disciplines scientifiques. Il y a été incité lors de la journée des médecins 2005, qui avait pour thème l'interaction entre médecine et droit. Le texte ci-après reflète l'opinion personnelle de l'auteur et ne peut être considéré comme une prise de position des médecins de la Suva. Nous espérons que cet article donnera lieu à des discussions intéressantes. Réd.

Une société qui a laissé le commerce de la maladie devenir économiquement le plus onéreux et individuellement le plus lucratif est une société elle-même malade.

Kurt Marti 1988¹

Pouvoir citer le nom d'une maladie signifie avoir déjà acquis une certaine maîtrise de celle-ci. Savoir de surcroît ce que signifie la notion de maladie en général et être capable d'imposer cette connaissance au public permet en substance de régler le cours des flux financiers dans le domaine de la santé. Mais à qui revient la préséance de fournir cette définition? Juriste (législateur et juge), patient, sociologue, naturaliste, philosophe ou médecin, pour ne citer que les principaux acteurs ayant apporté une contribution significative à la définition de la notion de maladie? Les économistes de la santé et les hommes politiques portent eux aussi un intérêt particulier à cette notion. Autrefois, je pensais que si la collectivité pouvait donner une définition de la santé, il revenait au médecin de constater ce qu'était la maladie. Or je doute aujourd'hui que la définition de la maladie doive demeurer le seul apanage des médecins. Karl Jaspers² observait en effet que «s'il est une chose dont le médecin se préoccupe le moins, c'est bien de savoir ce que signifie en général être en bonne santé ou malade». La médecine est avant tout une science de l'action qui, en théorie, n'aime guère se remettre en question. Il y a lieu ici de faire observer que santé et maladie ne forment pas des entités distinctes et antinomiques, car la notion de santé ne se limite pas à l'absence de la maladie³.

Le juriste

Parce que le droit est un système normatif contraignant qui régleme les activités d'une société organisée dans un Etat de droit, c'est à lui de répondre en priorité à la question de savoir ce qu'est la maladie. Le droit suisse s'est ainsi doté en 2000⁴ d'une définition légale⁵: «Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement ou provoque une incapacité de travail». Que faut-il en déduire? Chacun sait d'expérience que certaines personnes arrêtent de travailler et consultent un médecin tout en étant en bonne santé, alors que d'autres, bien qu'elles soient malades, continuent à travailler et évitent de consulter un médecin. Les deux extrêmes coexistent, mais sans bon droit, du moins du point de vue de la société ou des patients. La maladie serait donc ce besoin d'assistance spécifique (besoin de réduire ou de supprimer le fardeau du travail; besoin d'assistance médicale) qui retire à son tour sa légitimité dans la maladie⁶: un cercle vicieux, puisque la maladie est définie en fonction du besoin d'assistance⁷ spécifique qu'elle fait naître et que cette définition n'éclaire nullement à son tour la notion de maladie. Tout compte fait, la définition de la maladie inscrite dans la LPGA n'est qu'une formule vide de sens – probablement le fruit d'un consensus minimal – qui ne contribue en rien à la définition de la notion de maladie. Il est par conséquent regrettable que le législateur n'ait pas saisi l'occasion de la nouvelle législation pour faire preuve de créativité et pour formuler une définition plus précise de la notion de maladie.

La définition juridique de la maladie revêt dès lors une importance décisive, car son signifié «atteinte à la santé physique, mentale ou psychique» entre régulièrement dans les définitions de l'incapacité de travail⁸, de l'incapacité de gain⁸ et de l'invalidité⁸. Le principe ainsi posé, la maladie est la notion centrale, alors que l'invalidité, par exemple, ne constitue qu'un aboutissement inférentiel de cette notion.

Dans la littérature juridique, le terme «atteinte à la santé» est plus généralement employé que celui de «maladie». Inusitée chez les médecins, l'expression légale aide cependant les juristes à rassembler sous le même vocable tous les types d'atteintes à la santé physique, mentale ou psychique, et donc aussi bien les maladies aiguës ou chroniques que les accidents et ses suites ainsi que les infirmités congénitales (malformations héréditaires). La loi sur l'assurance militaire ajoute même à cette liste la maternité (grossesse, naissance) et le suicide. De toute évidence, le terme d'atteinte à la santé n'a d'autre fonction que de faciliter la généralisation et le classement; reste que le concept n'est pas défini dans la loi.

Le patient

Le sociologue Freidson⁹ a mené une étude pour déterminer dans quelle mesure le processus de la maladie (sickness) dépendait de facteurs sociaux et culturels. A cet effet, il a créé le terme «culture médicale profane» (lay culture). Pour comprendre la conception anglo-saxonne de la maladie, il faut distinguer entre les nuances de sens suivantes⁹: on entend par disease les formes biologiques de la pathologie, par illness le vécu de la personne concernée et par sickness le processus ou l'accomplissement de la maladie. Le rôle de malade (sick role) désigne le comportement typique d'une personne malade. Disease est un concept biologique qui n'est pas nécessairement lié à une souffrance. Quant à illness, c'est un phénomène qui se manifeste à la personne malade comme l'expression d'une «perception modifiée de soi»¹⁰. En revanche, le processus compris dans le terme sickness peut être examiné de manière empirique, par une approche sociologique ou psychologique.

Il est particulièrement intéressant d'examiner tout d'abord la compréhension de la maladie (disease) qu'a le profane ou le patient potentiel. Pour quelles raisons pratiques le profane médical consulte-t-il son médecin? «Parce que la maladie désigne un état qui nous incite à consulter un médecin, et non un avocat, un architecte ou un exorciste»¹⁹. Prior et Wood¹¹ ont étudié cette question de façon empirique en effectuant un sondage dans les années 1999 et 2000 auprès de 111 personnes au pays de Galles (UK). Les participants furent répartis en 18 groupes cibles classés par sexe, classe d'âge et groupe de citoyens (2x3x3). Chaque groupe reçut des vignettes représentatives de cas censés déclencher chez la personne interrogée le besoin de consulter un médecin généraliste ou au contraire d'éviter une consultation. On leur présenta également une série de symptômes qu'ils devaient classer selon l'urgence d'un besoin d'assistance médicale. Toutes les discussions furent enregistrées puis analysées. Le résultat peut être résumé en trois points.

Champ de texte 1: Les résultats de l'étude de Prior et Wood¹¹

1. En ce qui concerne la maladie proprement dite ou «réelle», seuls comptent les symptômes corporels visibles et que l'on peut montrer.
2. Les symptômes psychiques sont considérés comme insuffisants pour consulter un médecin. De même, tout changement brusque d'humeur ou dysfonctionnement social est considéré comme insuffisant.
3. Aux yeux des groupes cibles, les médecins généralistes ne se soucient guère des problèmes psychologiques de leurs patients.

De nombreux symptômes furent mis de côté, car présentant le risque, pour le patient, de passer pour stupide ou «fou» aux yeux du médecin (ou des collègues de travail). Les problèmes de simulations de maladies furent délibérément écar-

tés de l'étude. Il serait fort intéressant de mener la même étude auprès d'un panel de médecins répartis en groupes cibles selon les mêmes critères. On serait curieux de connaître la conception particulière qu'ont les médecins de la maladie.

Il n'est pas moins intéressant, dans une étape ultérieure, de considérer la maladie comme un processus (sickness). Je vous propose les quatre phases suivantes.

Champ de texte 2: les quatre phases de la maladie (adaptées selon Prior et Wood¹¹)

Phase 1: La personne qui tombe malade prend conscience d'une transformation angoissante de son propre corps ou d'une fonction physique, mentale ou psychologique, ou bien elle ressent soudain des douleurs ou d'autres troubles gênants ou accablants, ou encore elle constate une perte d'énergie dans la vie quotidienne ou professionnelle.

Phase 2: La personne qui tombe malade teste d'abord ses symptômes auprès de son entourage (proches, amis, connaissances et collègues de travail) et vérifie s'il s'agit d'une maladie «réelle» pour laquelle elle peut, rassurée, consulter un médecin.

Phase 3: Pendant les premières visites chez le médecin ou lors d'une hospitalisation, la personne malade n'est pas sûre du diagnostic de sa propre maladie et doute de la compétence des médecins.

Phase 4: La personne malade s'identifie avec la maladie enfin diagnostiquée et accepte son rôle de malade.

La phase deux de l'épreuve est remarquable, car elle fait intervenir des représentations, c'est-à-dire une connaissance qui se constitue à partir des expériences personnelles et extérieures, ainsi que des informations transmises par les médias («maladies Internet») qui reflètent l'esprit du temps et des opinions largement répandues dans le public. Nombre de personnes savent parfaitement, par exemple, quels symptômes se manifestent après un traumatisme crânien sans jamais en avoir subi un elles-mêmes¹². Le public est en outre bien informé sur les «maladies à la mode»¹³. Il puise pour cela dans un riche éventail de troubles non spécifiques caractéristiques de son époque; aujourd'hui, le malaise diffus et gênant se traduit plus généralement par des douleurs de toute nature et localisation, pratiquement impossibles à objectiver ou à expliquer cliniquement, ainsi que par un état de fatigue et d'épuisement. Une fois le diagnostic du trouble établi de manière plausible, les personnes qui souffrent adhèrent dans la plupart des cas à un concept fixe de la maladie.¹³

Le sociologue

Cet ensemble montre la force et la durabilité de l'influence exercée par l'environnement social et culturel sur les représentations et les convictions des personnes malades. Pour preuve, les liens particulièrement étroits entre les personnes malades et leurs proches, amis, connaissances et collègues de travail. À l'inverse, le grand sociologue américain Talcott Parsons^{14a} constaté au début des années 50 que des systèmes sociaux sans normes ni agréments clairs en matière de maladie et d'invalidité – qui annihilent toute volonté de supporter des souffrances intolérables – ne pourraient fonctionner^{14a}. Fort de ce constat, Parsons a prêté à la relation entre la société et la personne malade un contrat sociétal tacite réglé par quatre dispositions^{14b}.

Champ de texte 3: le contrat sociétal selon Parsons^{14b}

1. La société reconnaît à la personne malade une conduite sociale déviante qui l'autorise à se soustraire à ses responsabilités habituelles et aux attentes d'autrui.
2. La société affranchit la personne malade de toute responsabilité envers la maladie.
3. Inversement, la personne malade a pour devoir de tout mettre en œuvre pour se rétablir, notamment
4. en ayant recours à une aide médicale compétente et professionnelle.

Si, dans ses définitions, Parsons a créé une correspondance entre les aspects biologiques, subjectifs (psychologiques) et sociaux de la maladie, il n'a pas tenu compte de l'aspect selon lequel un individu peut adopter un rôle de malade (sick role) et extérioriser un comportement-maladie – ou comportement douloureux – sans présenter une maladie biologique ou psychologique sous-jacente. Pilowsky¹⁵ a sauté dans la brèche en décrivant un comportement douloureux anormal (abnormal illness behavior). Par ce postulat, il entendait des processus au cours desquels les individus malades réagissaient à des aspects de leur propre dysfonctionnement dans leur environnement quotidien et professionnel en les qualifiant et en les quantifiant par des définitions empruntées au domaine de la santé et de la maladie (disease). Ces personnes se distinguent par le fait qu'elles souffrent réellement – raison pour laquelle il faut les prendre au sérieux, mais ne présentent pas de symptômes objectifs lors de la consultation médicale. En effet, le somaticien ne peut pas établir de bilan organique significatif, et le psychiatre ne décèle aucune psychopathologie objectivable. Cet état de fait est caractérisé par l'absence manifeste d'une pathologie somatique ou psychiatrique équivalente. Dans la plupart des cas, on observe chez l'individu souffrant un net décalage entre la pathologie observée et la réaction qu'elle provoque.

Avec le comportement douloureux anormal, on s'aventure dans un no man's land en général encore largement sous-estimé par le corps médical et qui n'a encore donné lieu à aucun consensus sociétal visant à déterminer le responsable technique. Les médecins sont tout du moins mal préparés à ce type de troubles, car les patients ne présentent pas un besoin d'assistance médicale spécifique, leurs maux résistent à tout traitement médical, et leur état dépasse le domaine médical dans lequel les médecins exercent leur art. D'autres spécialistes sont donc appelés à s'intéresser sérieusement à ce groupe d'individus (par ex. sociologues, ethnologues, tenants de la politique sociale, juges), car pour l'heure, les non-spécialistes du domaine médical peuvent leur apporter une aide plus efficace.

Le naturaliste^{16a}

L'histoire des sciences n'a pas manqué de chercher à naturaliser la maladie, c'est-à-dire à la réduire à un statut purement biologique. Dans ce sens, la maladie est comprise comme une entité naturelle que l'on peut déceler, définir et classer comme un être vivant. Au départ, son modèle était le système de la nature de Carl von Linné¹⁷, datant de 1735. A l'époque d'or des taxinomistes nosologiques, Boissier de Sauvages¹⁸ a proposé une classification de 2400 maladies distinctes qui s'avéra toutefois purement théorique et inutilisable; il avait cependant pressenti dès 1763 une réalité propre au tableau clinique typique.

Sur la toile naturaliste se sont par la suite profilés d'autres modèles de maladie, notamment sous la plume des fonctionnalistes, qui ont représenté les maladies comme des troubles fonctionnels biologiques des mécanismes du corps et de l'esprit qui, selon l'école scientifique, sont définis comme des dysfonctionnements, des troubles homéostatiques ou des dysrégulations cybernétiques. Les concepteurs de la notion de maladie fondée sur la théorie des systèmes étaient aussi des fonctionnalistes qui ont esquissé un circuit de régulation bio-psycho-social constitué du soma, de la psyché et de la sociabilité de la personne malade, au centre de laquelle est implantée la relation médecin-patient. Ce qui est surprenant, c'est que même le modèle holistique élargi est encore fondé sur un raisonnement de mécanisme cybernétique^{16a}.

En tant que modèles naturalistes sous le couvert du «tableau clinique typique» ou du «cas d'école», les maladies ont acquis une valeur de réalité objective; d'où la représentation d'un concept substantiel de la maladie qui a traversé les siècles avec une saisissante ténacité. A ce fait, il faut opposer que les maladies sont intégrées dans la réalité à des modèles multicausaux et conditionnalistes (types de réactions, dispositions, idiosyncrasies; constitution) qui posent des problèmes de délimitations: dans quelle mesure applique-t-on la même réalité à une maladie individuelle (token) et à un type de maladie (type)? La critique du concept substantiel de la maladie est allée si loin qu'on ne lui a plus concédé qu'un statut formel, sans aucun corrélat en dehors du langage (cf. par ex. Feinstein³¹); des chevauchements seraient pour le moins normaux et inhérents au système³¹.

Le philosophe

Parmi les nombreux philosophes qui ont voué une attention particulière aux théories de la maladie, on ne citera que Rezneck¹⁹, Nordenfelt²⁰, Canghuilhem²¹ et Boorse²². Nous nous intéresserons en particulier à l'influent philosophe américain Christopher Boorse²², considéré par beaucoup comme la figure emblématique des définitions de la maladie. Depuis des décennies, il défend son concept fonctionnaliste de la maladie contre d'innombrables arguties, ce qui paraît surprenant, car ledit concept repose sur un fondement conservateur et biomédical enraciné dans la théorie évolutive de Darwin et dans la biostatistique. Nous le présentons dans le champ de texte 4 sans autre commentaire.

Champ de texte 4: Concept de la maladie de Christopher Boorse 1977^{22a)}

1. Les êtres vivants sont constitués pour aspirer de par leur organisation physiologique à la survie et à la reproduction.
2. Cette organisation est établie de telle sorte que les fonctions physiologiques et les capacités fonctionnelles sont intégrées dans un système hiérarchique au sein duquel la survie et la reproduction constituent le sommet de la hiérarchie.
3. A supposer, pour l'analyse d'un sexe, la sélection d'un groupe d'âge homogène d'une espèce (ici, l'homo sapiens) comme classe de référence, il est loisible de définir la signification d'une fonction normale ou la capacité fonctionnelle d'une partie ou d'un processus partiel de l'être vivant: elle est donnée lorsque la partie ou le processus partiel fonctionne avec la capacité de rendement typique pour cette fonction en termes de statistiques, c'est-à-dire une capacité de rendement qui ne soit pas inférieure à une valeur limite déterminée au-dessous de la valeur moyenne.
4. Il y a maladie ou transformation pathologique lorsqu'une fonction au moins n'atteint pas sa capacité de rendement typique. La santé est l'absence de maladie.
5. Ce qui a été dit ici sur la physiologie est également vrai, selon Boorse, pour la psychologie et la psychopathologie et s'applique donc aussi bien aux fonctions et maladies psychiques.
6. Comme l'organisation fonctionnelle de l'être vivant et les capacités de rendement définis statistiquement peuvent être déterminées de manière purement descriptive, les notions de maladie et de santé sont elles aussi des notions purement descriptives.

Même si Boorse²² prétend que sa théorie est une approche purement descriptive et neutre, son concept présente des notions évaluatives (par ex. disease et sa normativité). Définir la santé comme une absence de maladie est en outre un raccourci très simplificateur. Enfin, il manque dans le concept esquissé ci-des-

sus le problème des relations sociales posé par Parsons de même que la connotation d'action qu'attribue le médecin à la notion de maladie, notamment au sens de son débordement hors du cadre de la relation médecin-patient.

Diverses tentatives de définitions plus anciennes englobent des notions telles que bien-être, équilibre (harmonie), autorégulation, ordre ou normalité pour définir la maladie comme un trouble ou une déviance de ces fonctions. Or soit ces notions ne sont pas de portée générale, soit elles conduisent à une spirale définitoire, soit elles contiennent elles-mêmes des termes non définis dans le définissant^{16a}).

Reste l'intéressante question du statut ontologique de la maladie. Est-ce un objet (individu, individualités) ou un état de fait? Ou encore une fonction (évolution, processus, événement), voire une caractéristique accidentelle? Les naturalistes la considèrent volontiers, nous l'avons vu auparavant, comme des individualités, quasiment comme un être vivant naturel. J'ai quant à moi opté pour l'acception d'un état de fait, sans vouloir ici commenter ce choix plus avant.

Le médecin

Enfin, nous terminons cette étude par les exigences et les conceptions pratiques du médecin. En face du médecin, il n'y a pas la maladie, mais une personne avec ses souffrances et ses plaintes. Le patient fait pression sur le médecin, exige de l'aide et un acte médical. Le médecin réagit avec attention, sympathie, intérêt, compétence, par un esprit analytique et une action plausible. Ce faisant, il évolue à l'intérieur de sa sphère d'action originale: 1) diagnostic 2) traitement (thérapie) 3) soulagement (palliatif) 4) maintien en bonne santé (prophylaxie, salutogène) et 5) prévention.

Le médecin ne devrait pas sortir de cette sphère de compétence, s'il ne veut pas se laisser instrumentaliser sous l'étiquette d'enhancement²³ ou de médicalisation²⁴. Ses gestes thérapeutiques ne doivent pas se discréditer en prenant la forme d'une entreprise de services²⁵ avec suivi de la clientèle ou d'une institution morale²⁹. L'énumération précédente est déjà bien longue, alors que le champ d'action du médecin devrait se limiter à sa véritable activité de base: «Cordonnier, pas plus haut que la chaussure!». De plus vastes objectifs, tels ceux qui ont été introduits dans le projet «Médecine de demain en Suisse»²⁶, devraient être ramenés au niveau du champ de compétence proprement dit de la médecine. La médecine n'est pas un instrument sociétal²⁹; elle doit résister à la pression sociale et à la manipulation. Et c'est dans cette optique que la notion de maladie devrait être elle aussi réduite, sans pour autant devenir réductrice. Lanzerath^{16a} formule en ces termes la nouvelle humilité que doivent s'imposer les médecins:

«Si l'on s'en tient au principe de la notion de maladie, le médecin n'a pas le droit d'entreprendre un traitement sur un individu – et donc une intervention sur son intégrité physique et psychique – qui ne soit lié à la notion de maladie ou légitimé par celle-ci et il ne doit plus intervenir là où guérison et soins palliatifs ne sont plus possibles» (Lanzerath^{16b} ; pp. 277-278).

Si le médecin se fixe des objectifs plus élevés, c'est-à-dire allant au-delà de ses compétences essentielles, il perd son identité et se retrouve irrésolu et impuissant face à son patient, et par la force des choses, cette incertitude se transmet et nuit au patient.

Les notions de maladie et de diagnostic doivent être clairement distinctes, car logiquement, le diagnostic constitue un jugement unique par lequel une notion déterminée de la maladie est attribuée à un patient individuel et particulier à un moment donné²⁷. Les maladies présentent par conséquent des prédicats possibles du diagnostic.

Principes

Les principes suivants sont à disposition pour une reconstruction pratique de la notion de maladie (légèrement modifiés selon Lanzerath^{16a)}):

- La maladie est une notion pratique qui ne se laisse pas entièrement déduire de la nature.
- La maladie ne s'explique qu'en relation étroite avec la perception du malade et l'acte médical du médecin. La notion de maladie exige constamment des précisions sur la question: «en rapport avec quoi?» (contexte).
- La notion de maladie devrait être utile. Les intérêts et les finalités pris pour bases déterminent l'utilité d'une classification.
- Une nosologie doit être à la fois descriptive et pratique, c'est-à-dire qu'elle doit faciliter le diagnostic et rendre possible une thérapie. Elle sert de motivation et de justification à l'acte médical.
- Elle doit être d'une utilité pratique; elle n'est pas une fin en soi, mais sert de fondement à la guérison des personnes malades.
- Les maladies ne sont pas des êtres ou des unités distincts, mais des caractéristiques accidentelles de l'individu (ou mieux: des états de fait) qui sont difficilement délimitables de façon empirique et se présentent sous différentes formes.
- Des classifications ont été étayées sur le concept de «ressemblance de famille» de Ludwig Wittgenstein²⁸. Des délimitations de ce type ne peuvent se vérifier que dans la pratique: des solutions pratiques de relations de ressemblance qui se traduisent par une relation médecin-patients.
- Elles doivent prendre comme modèle la pratique de la relation médecin-patients et les objectifs afférents.
- La médecine n'est pas exclusivement une science de la nature, mais une science de l'action qui implique beaucoup de connaissances spécifiques, un savoir-faire spécial et de la pratique.

En conclusion, nous considérons que la maladie ne peut pas être définie, mais uniquement décrite et débattue; une reconstruction émanant de la pratique médicale serait la bienvenue.

Champ de texte 5: Concept de la maladie. Un essai de définition

La maladie est un état de fait involontaire,
passager ou durable,

- qui n'est lié qu'à un seul individu auquel il se réfère constamment,
- qui est lié à un substrat organique et/ou psychologique objectivable,
- qui suppose (en principe) une cause vérifiable de façon empirique,
- qui met la vie en danger et/ou réduit l'espérance de vie et/ou abaisse la fertilité,
- qui entraîne la souffrance et un état douloureux pour soi et pour autrui,
- qui a des répercussions pratiques sur l'environnement socioculturel avec pour conséquence une diminution du degré des aptitudes, des connaissances pratiques, de la résistance au stress et de la qualité de vie de l'individu,
- qui peut être admis comme prédicat d'un diagnostic,
- qui nécessite une prise en charge par soi-même ou par autrui, notamment un traitement médical,
- et qui se précise à partir d'une relation médecin-patients.

En résumé très concis, la maladie pourrait être définie comme suit:

«La maladie est un état de fait qui se constitue à partir de transformations objectives de la constitution et du fonctionnement des structures biologiques d'un organisme humain et/ou à partir d'une psychopathologie objective qui se manifeste subjectivement par des souffrances et un comportement douloureux et objectivement par des désavantages pratiques dans l'environnement professionnel et privé.»

Epilogue

Le présent article ne répond qu'en partie au thème en objet. Nous n'avons notamment pas tiré les conséquences de nos observations, notre intention se limitant à éveiller de l'intérêt pour les questions soulevées et à donner une vague idée des multiples facettes de la notion de maladie. S'il amène à reconnaître que la notion de maladie représente une étape centrale dans le domaine de la santé, qu'il devrait résulter de ce constat une volonté de convergence entre la conception juridique et médicale, et s'il incite enfin l'audience à prendre conscience que la définition de la notion de maladie doit être comprise comme un «work in progress», alors le présent article aura atteint son objectif. Dans cette optique, j'invite non seulement mes collègues à participer à la discussion en faisant preuve d'imagination et de créativité, mais également tous les acteurs qui se sentent concernés par ce débat et souhaitent s'exprimer, notamment les juristes.

La principale inspiration du présent survol, je l'ai puisée dans les réflexions de Lanzerath¹⁶, le bioéthicien de Bonn qui a rédigé un excellent article sur la maladie et l'acte médical. En outre, j'invite instamment mes collègues à relire Illich²⁹ qui, malgré des envolées parfois mal maîtrisées, a posé des diagnostics perspicaces sur la position et la mission de la médecine dans la société moderne. Le postulat suivant est particulièrement remarquable: «L'autorité du corps médical résulte du fait qu'il s'est produit au cours de ce (XX^e) siècle une délégation politique d'autorité autonome par d'autres représentants de la classe académique moyenne aux professions de la santé: on ne peut pas la reprendre à ceux qui en profitent; elle ne peut être dépouillée de sa légitimité que par une convention commune sur le danger d'une telle autorité. Toutes tentatives d'autogénération du système de santé sont vouées à l'échec»²⁹.

Notes et références bibliographiques

Dans le présent article, pour en faciliter la lisibilité, la forme générique du masculin représente aussi bien la forme masculine que la forme féminine.

- 1 Marti K: *Zärtlichkeit und Schmerz*. Notizen. 6. Auflage; Darmstadt 1988
- 2 Jaspers K: *Allgemeine Psychopathologie*: 652. Wien, 1965; réf. 15b
- 3 Par ex. la définition de l'OMS (1946): la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
- 4 LPGa = Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales en vigueur depuis le 6 octobre 2000
- 5 Art. 3 LPGa1. Les deux critères de la définition de la maladie dans la LPGa concordent avec la définition de la maladie de la jurisprudence allemande selon laquelle on entend par maladie au sens du droit de l'assurance-maladie légale (GKV) un état physique ou mental irrégulier qui nécessite un traitement médical ou qui entraîne – simultanément ou exclusivement – une incapacité de travail (IT). (BSG vom 13. Februar 1975, BSGE 39, 167, 68 mwN)6
- 6 Werner MH, Wiesing U: *Lehren aus dem Fall Viagra? Gesundheitswesen* 64: 398-404; 2002
- 7 Souffrent également d'une spirallité similaire les définitions de la maladie autres que juridiques qui placent le besoin d'assistance au centre de l'acceptation. P. ex.:
 - a) Rothschuh KE: *Der Krankheitsbegriff*. In: Rothschuh KE (Hrsg): *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinnggebung. Wege der Forschung CCCLXII*; Darmstadt 1972
 - b) Riede U, Schaefer H, Werner M: *Allgemeine und spezielle Pathologie*. 5., komplett überarbeitete Auflage. Thieme Verlag, Stuttgart 2004
- 8 Art. 6, 7 et 8 LPGa
- 9 Freidson E: *Profession of medicine, a study of sociology of applied knowledge*. Harper and Row; New York 1970
- 10 Coe RM: *Sociology of medicine*. Hafner; London 1970
- 11 Prior L, Wood F: *Characteristics of the sick role*. In: Halligan PW, Bass Chr, Oakley DA (eds): *Malingering and illness deception*. Oxford University Press Inc.: 122-131; New York 2003
- 12 Mittenberg W, DiGiulio DV, Perrin S, Bass AE: *Symptoms following mild head injury: expectation as etiology*. *J Neuro Neurosurg Psychiatry* 55(3): 200-204; 1992
- 13 Shorter E: *Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Leiden*. Rowohlt; Reinbeck bei Hamburg 1994
- 14 a) Parsons T: *Social structure and personality*. Collier-MacMillan; London 1964
b) Parsons T: *Social structures and dynamic process: the case of modern medical practice*. In: *The social system*. The Free Press; Glencoe, Illinois 1951. Oder: *The social system*. Routledge and Kegan Paul; London 1951
- 15 Pilovsky I: *Abnormal illness behaviour*. *Br J Med Psychol* 42(4): 347-351; 1969
- 16 a) Lanzerath D: *Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik*. Alber-Reihe Praktische Philosophie Bd. 66. Verlag Karl Alber; München 2000
b) Lanzerath D: *Krankheitsbegriff und Zielsetzungen der modernen Medizin – Vom Heilungsauftrag zur Antiaging-Dienstleistung?* *GGW* 3: 14-20; 2003
c) Lanzerath D: *Enhancement: Form der Vervollkommnung des Menschen durch Medikalisierung der Lebendwelt? – Ein Werkstattbericht*. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 7: 319-336; Berlin, New York 2002
- 17 Linnaeus Carolus: *Systema naturae*; Amsterdam (?) 1735. 10. Auflage; Halle Magdeburg 1760
- 18 Boissier de Sauvages de la Croix François: *Nosologia methodica Sistens Morborum Classes, Genera et Species, juxta Sydenhami, mentem et Botanicorum ordinem*. Tomus Primus (-Tomi Tertii Pars Secunda), Amstelodami, Sumptibus Fratrum de Tourens; 1763
- 19 Reznek L: *The nature of disease. Philosophical Issues in Science*; London, 1987

- 20 Nordenfelt L: On the nature of health. An action-theoric approach. *Philosophy and Medicine* 26. Dordrecht et al; 1987
- 21 a) Canguilhem G: Der epistemologische Status der Medizin.
In: Canguilhem G (Hrsg): Grenzen medizinischer Rationalität; Tübingen 1989
b) Canguilhem G: Das Normale und das Pathologische.
Hanser Verlag; München 1974. Original: *Le Normal et le pathologique*. PUF; Paris 1966
- 22 a) Boorse C: Concepts of health. In: Van de Veer D, Regan T (eds):
Health care ethics: an introduction: 359-393. Temple University Press; Philadelphia 1987
b) Boorse C: Health as a theoretical concept. *Philosophy and Science* 44: 542-573; 1977
- 23 Enhancement = depuis Descartes («L'erreur de Descartes»), la vision anthropotechnique d'améliorer la nature humaine innée: allongement de l'espérance de vie, augmentation des aptitudes physiques et psychiques, renforcement de la confiance en soi, élévation esthétique de l'apparence et de la séduction.
- 24 La médicalisation consiste en une tendance à définir un problème en termes médicaux, à se servir de la langue médicale pour décrire un problème ou à le traiter par une intervention médicale²⁵. Illich²⁶ distingue trois niveaux de iatrogenèse (maladie iatrogène = maladie engendrée par le médecin): iatrogenèse clinique, sociale et culturelle.
- 25 Furedi F: *Therapy culture*. Routledge, Taylor & Francis Group; London and New York 2004
- 26 Bürgin D, Bircher J, Candinas D, De Geest S, Halter K, Hüppi PS, Kiefer B, Paccaud FP, von Castelberg B, Stauffacher W, Brunner HH, Suter P: Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Bericht einer ExpertInnengruppe der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) sowie der 5 Medizinischen Fakultäten. Projekt «Zukunft Medizin Schweiz». Schwabe AG; Basel Muttenz 2004
- 27 Wieland W: *Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie*. Walter de Gruyter; Berlin, New York 1975
- 28 Wittgenstein L: *Philosophische Untersuchungen* §§ 66-67.
6. neu durchgesehene Auflage, Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 501; 1989
- 29 Illich I: *Die Nemesis der Medizin – Die Kritik der Medikalisation des Lebens*. 4., überarbeitete Auflage. C. H. Beck, Beck'sche Reihe 1104; München 1995.
Oder: *Die Enteignung der Gesundheit («Medical Nemesis»)*. Reinbeck; 1975 (2. und 3. Auflage 1977 und 1981). Original: *Limits to Medicine*; 1976
- 31 Feinstein AR: Boolean algebra and clinical taxonomy: I. Analytic synthesis of general spectrum of a human disease. *New England Journal of Medicine* 269: 929 ff; 1963.

Adresse de correspondance:

Suva
Dr. med. Erich Bär
Facharzt FMH für Chirurgie
Leitender Arzt
Versicherungsmedizin
Postfach
6002 Luzern
erich.baer@suva.ch

Indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions médullaires

Wolfgang Meier

Quelques remarques concernant la table 21

Celui qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Alors que la rente d'invalidité remplace le dommage matériel subi par l'accidenté, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité représente une sorte de réparation symbolique des atteintes immatérielles consécutives à l'accident [1]. Elle est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) [2].

Le barème des indemnités pour atteinte à l'intégrité prévoit une indemnité de 100 % pour une tétraplégie et de 90% pour une paraplégie. En cas d'atteinte neurologique incomplète, l'estimation pour atteinte à l'intégrité doit être réduite en conséquence. L'atteinte à l'intégrité doit être évaluée sans recourir à des moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision [2].

La table 21 (Indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions médullaires) comporte des directives objectives fondées sur des standards qui sont destinées à l'évaluation d'atteintes neurologiques incomplètes. Le barème d'échelonnement repose en premier lieu sur l'étendue du déficit moteur, puis sur le niveau médullaire des lésions. La fonction motrice volontaire et la sensibilité sont testées à droite et à gauche; on définit ainsi le niveau médullaire des lésions. Cet examen a été codifié par l'American Spinal Injury Association (ASIA) qui propose une fiche de recueil standard. C'est la conservation des fonctions motrice ou sensorielle dans les segments sacrés S3-S5 qui permet de distinguer une atteinte neurologique complète d'une atteinte incomplète [3]. Les troubles neurogènes viscéraux (vessie, intestins), les lésions rachidiennes traumatiques, les douleurs neurogènes, la spasticité, etc. sont associées/accompagnent de manière quasi obligatoire les traumatismes médullaires, même si l'atteinte neurologique est incomplète; ces différentes atteintes sont déjà incluses dans les pourcentages. Elles ne doivent être prises en compte de manière supplémentaire que si elles sont particulièrement graves ou inhabituellement bénignes, compte tenu de l'atteinte motrice.

Le score ASIA ou ASIA Impairment Scale ne s'est pas avéré suffisamment subtil pour permettre l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en cas de déficit moteur partiel. C'est la raison pour laquelle il a fallu déterminer une valeur moyenne entre les grades ASIA D et ASIA E. Une classification fonctionnelle peut avoir son utilité pour l'établissement d'une gradation plus fine en cas d'atteinte neurologique très incomplète. Le test SCIM (Spinal Cord Independence

Measure) [5,6] est recommandé dans la mesure où le test FIM-Test (Functional Independence Measure [4] n'est pas conçu de manière spécifique pour les personnes atteintes de lésions médullaires. Toutefois, l'ensemble des valeurs relatives à une réduction de la mobilité se fondent sur le recours à des moyens auxiliaires et/ou la nécessité de tierces personnes, alors que l'estimation de l'atteinte à l'intégrité ne le permet pas. D'autre part, ces méthodes ne permettent pas de mettre en évidence des handicaps particulièrement légers [5,6]. On peut d'ailleurs faire les mêmes remarques au sujet du test WISCI (Walking Index for Spinal Injury) [7,8].

De nombreux médecins de la Suva ont participé à la mise au point de la table 21, que ce soit au stade du projet ou alors pour tester son utilisation en pratique quotidienne. Nous remercions tout particulièrement les médecins du Centre suisse de paraplégie de Nottwil des conseils qu'ils ont bien voulu nous prodiguer. Ceux-ci ont entraîné/sont à l'origine des modifications suivantes: premièrement, nous avons renoncé à la distinction de deux niveaux du rachis cervical en cas d'atteinte neurologique incomplète; en effet, cette distinction ne reflète pas les différences de manière fiable. Deuxièmement, la valeur limite supérieure du niveau d'atteinte neurologique ou grade ASIA E a été accrue/relevée de manière significative; en effet, le niveau ASIA E ne correspond aucunement à un état tout à fait normal d'un point de vue neurologique; et troisièmement, nous avons pu trouver un terrain d'entente en recourant à des standards tels que le score ASIA (ASIA Impairment Scale) et le test SCIM.

La table 21 se décompose/est constituée des éléments suivants: tout d'abord, une liste de valeurs qui peuvent s'avérer utile pour procéder à des comparaisons transversales; puis une description de la fiche de recueil standard ASIA, et enfin le tableau proprement dit, qui comporte des valeurs en pourcentage correspondant aux grades ASIA de A à E, y compris le grade intermédiaire D-E. Il y a chaque fois des valeurs distinctes pour 3 niveaux d'atteintes neurologiques différents. Cette classification peut également être utilisée essentiellement pour les syndromes cliniques.

Comme on peut le constater, seuls des standards ayant fait leurs preuves sur le plan clinique viennent à être appliqués. Par conséquent, l'estimation pour atteinte à l'intégrité devrait pouvoir faire l'objet d'estimations à la fois fiables et reproductibles en se fondant sur les données disponibles habituellement.

Références

- [1] Wegleitung der Suva durch die Unfallversicherung. Publikation der Suva. Seite 30 [2003]
- [2] Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. December 1982 (Stand am 21. Mai 2003)
- [3] International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury, Revised 2000, Reprinted 2002. American Spinal Cord Injury and Association and International Medical Society of Paraplegia. Chicago, IL, ASIA, 2002
- [4] Uniform Data System for the medical rehabilitation and the Center for Functional Assessment Research. SUNY Buffalo, NY 14214
- [5] SCIM – spinal cord independence measure: a new disability scale for patients with spinal cord lesions. A Catz, M Itzkovich, E Agranov, H Ring, A Tamir. Spinal Cord 1997 35, 850-860
- [6] The Catz-Itzkovich SCIM: A revised version of the Spinal Independence Measure. Disabil Rehabil 2001; 23:263-268. A Catz, M Itzkovich, F Steinberg, O Philo, H Ring, J Ronen, R Spasser, R Gepstein, A Tamir
- [7] Walking index for spinal cord injury (WISCI). An international multicenter validity and reliability study. Spinal Cord 2000; 38:234-243, Ditunno JF Jr, Ditunno PL, Graziani V, Scivoletto G, Bernardi M, Castellano V, Marchetti M, Barbeau H, Frankel HL, D'Andrea Greve JM, Ko HY, Marshall R, Nance P
- [8] Walking index for spinal cord injury (WISCI-II): scale revision. Spinal Cord 2001; 39:654-656. Ditunno PL, Ditunno JF Jr

Adresse de correspondance:

Suva
Dr. med. Wolfgang Meier
Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie
Versicherungsmedizin
Postfach
6002 Luzern
wolfgang.meier@suva.ch

Indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas de traumatismes médullaires

A) Cadre légal et valeurs de comparaison

a) OLAA Annexe 3 (Art. 36 paragraphe 2)

Tétraplégie	100%
Paraplégie	90%

Valeurs de comparaison importantes

Perte des organes génitaux ou de la capacité de reproduction	40%
Perte d'une jambe au-dessus du genou	50%
Perte d'un bras au niveau du coude ou en dessus	50%
Atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale	50%

b) Valeurs standards tirées des tableaux

(indemnité pour atteinte à l'intégrité d'après la LAA):

Tableau 1 (Extrémités supérieures)	
Perte totale de l'usage (d'un membre)	50%
Paralysie du plexus brachial totale	50%
Paralysie de la partie supérieure du plexus	30%
Paralysie de la partie inférieure du plexus	35%
Tableau 2 (Extrémités inférieures)	
Paralysie du sciatique	30%
Paralysie du péroné	10%

c) Valeurs établies par la CEREDOC (Confédération Européenne d'Experts en Réparation et Évaluation du Dommage Corporel):

Tétraplégie complète	
– C2-C6	95%
– au-dessous de C6	85%
Paraplégie complète suivant le niveau lésionnel	70-75%
Syndrome de la queue de cheval (complet) suivant le niveau lésionnel	25-50%

B) Tâches (formulées par la jurisprudence):

- Une estimation proportionnelle à la lésion est à effectuer en cas de lésion médullaire incomplète (application du barème par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte)
- Il n'est pas permis de mentionner des aides telles que des chaises roulantes, des cannes, des orthèses, etc. même en guise d'explications destinées à des non-initiés pour décrire le degré d'atteinte médullaire
- Il faut recourir à des comparaisons horizontales

C) Classification

1. D'après le caractère de l'atteinte (incomplète/complète)

ASIA Impairment Scale (échelle de Frankel modifiée ou échelle d'anomalie ASIA) [1]

- A Atteinte neurologique complète (aucune fonction motrice ou sensorielle n'est conservée en sous-lésionnel, en particulier dans les segments sacrés S4-S5)
- B Atteinte neurologique incomplète (seule la fonction sensorielle est conservée au-dessous du niveau neurologique, parfois dans les segments sacrés S4-S5)
- C Atteinte neurologique incomplète (la fonction motrice est conservée en dessous du niveau neurologique et plus de la moitié des muscles clés en dessous de ce niveau ont un score moteur inférieur à 3)
- D Atteinte neurologique incomplète (la fonction motrice est conservée en dessous du niveau neurologique et plus de la moitié des muscles clés ont un score moteur égal ou supérieur à 3)
- E Les fonctions sensorielles et motrices sont normales

D-E* Valeur moyenne entre ASIA D et ASIA E:

75 % des muscles clés ont un score moteur égal à 4 (ou présentent une atteinte neurologique comparable)

* cette valeur n'est pas définie dans l'ASIA Impairment Scale (échelle de Frankel modifiée)

2. D'après le niveau de l'atteinte

Tétraplégie

Paraplégie Au-dessus de L2 (y compris)**

Au-dessous de L2**

** en cas de différences entre les deux côtés: niveau (moteur) supérieur

3. Troubles vésico-urinaires

4. Déformation du rachis

5. Douleurs neurogènes ou vertébrales

6. Spasticité

3-6: ne doivent être pris en considération de manière particulière que lorsqu'ils sont d'une amplitude inhabituelle («out-of-order»)

D) Tableau de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité

a) Tétraplégie

ASIA A 100 %

ASIA B 100 %

ASIA C 100 %

Assistance respiratoire nécessaire, transfert lit-chaïse roulante impossible sans aide ou stabilisation du corps impossible

90 %

Pas d'assistance respiratoire nécessaire, position assise possible sans soutien et possibilité de se hisser pour s'asseoir sans aide

ASIA D 80 %

ASIA D-E* 60 %

ASIA E 0-40 %

Mobilité complète selon l'échelle SCIM [2], présence cependant de

– Troubles de la coordination 5 %

– Fatigue 5 %

– Restrictions pendant les loisirs 5 %

* cette valeur n'est pas définie dans l'ASIA Impairment Scale (échelle de Frankel modifiée)

b) Paraplégie

ASIA A	> = L2	90 %
	< L2	90 %
ASIA B	> = L2	90 %
	< L2	80 %
ASIA C	> = L2	80 %
	< L2	70 %
ASIA D	> = L2	70 %
	< L2	60 %
ASIA D-E*	> = L2	45 %
	< L2	40 %
ASIA E	> = L2	0–20 %
	< L2	0–20 %

20 % troubles résiduels de la marche (p. ex. tous les critères de mobilité selon l'échelle SCIM [2] ne sont pas satisfaits)

* cette valeur n'est pas définie dans l'ASIA Impairment Scale (échelle de Frankel modifiée)

Niveau d'atteinte

>= au-dessus ou à ce niveau

< au-dessous

c) Syndromes cliniques

Syndrome de Brown-Séquard **

Syndrome du cône médullaire 50 %

Syndrome de la queue de cheval et/ou 40 %–70 %

Syndrome cône-queue

Syndrome centro-médullaire **

Syndrome médullaire antérieur **

** Utiliser les positions a) ou b)

[1] International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury. Revised 2002; Chicago IL. American Spinal Injury Association; 2002

[2] SCIM – Spinal Cord Independence Measure: a new disability scale for patients with spinal cord lesions. A. Catz, M. Itzkovich, E. Agranov, H. Ring, A. Tamir. Spinal Cord 1997, 850-856

Retraite du Docteur Rudolf Schütz, chef de la médecine du travail de la Suva

A la fin du mois d'août 2005, le Dr Rudolf Schütz, chef de la division de médecine du travail de la Suva, a fait valoir ses droits à la retraite. Durant ces vingt dernières années, Rudolf Schütz a marqué de son influence la médecine du travail non seulement au sein de la Suva, mais également au niveau suisse. Après ses études de médecine à l'Université de Bâle, Rudolf Schütz a poursuivi une spécialisation en médecine interne; c'est dans ce domaine qu'il a été chef de clinique à l'hôpital cantonal d'Oltten et qu'il a ouvert ensuite un cabinet de



praticien à Laufen. Après son entrée à la Suva, il a acquis de plus la spécialité de médecine du travail.

Dans sa fonction de médecin-chef de la médecine du travail, en dehors de ses tâches de direction, il s'est particulièrement engagé dans deux domaines: l'amiante et les travaux souterrains. En 1984 déjà, il publiait une brochure d'information sur l'amiante dans la série «Médecine du travail». C'est au cours de ces dernières années qu'il a pu mettre tout particulièrement à profit ses connaissances très étendues des problèmes de santé rencontrés dans le cadre

des travaux souterrains, lors de la gestion très complexe des grands chantiers des transversales alpines du Lötschberg et du Gotthard.

Rudolf Schütz s'est également consacré à la formation des étudiants et des jeunes médecins. Durant plus de 20 ans, il a inculqué à une génération d'étudiants en médecine les bases de la médecine du travail et des assurances au sein de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zürich. Sous son égide, la division de médecine du travail de la Suva s'est vue conférer par la FMH le plus haut niveau comme établissement de formation post graduée dans cette discipline.

Rudolf Schütz a fait bénéficier de ses vastes compétences plusieurs institutions au sein desquelles il a siégé, comme la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST), la Commission des valeurs limites de l'Association suisse de sécurité et de santé au travail (Suissepro), le comité de la Société suisse de médecine du travail, l'Association suisse des médecins d'entreprises et – comme vice-président de la section prévention – l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), pour n'en nommer que quelques-unes.

Comme chef de division, Rudolf Schütz – Ruedi pour ses nombreux amis – gardait sa porte constamment ouverte pour aborder les problèmes que désiraient lui soumettre ses collaborateurs. Il laissait à chacun une large place pour l'initiative personnelle dans le cadre des possibilités existantes, un principe qui a contribué au succès de plusieurs projets au sein de la division.

Nous disons ici à Rudolf Schütz toute notre reconnaissance pour son inlassable engagement au sein de la médecine du travail de la Suva. Nous lui souhaitons une longue et heureuse retraite lui permettant de cultiver ses hobbies, tels que la visite de mines historiques et l'histoire de l'art.

Docteur Rita Schaumann-von Stosch

Responsable du Centre de compétence de la médecine des assurances



Le Docteur Rita Schaumann-von Stosch a pris la direction du Centre de compétence de la médecine des assurances de la Suva le 1^{er} janvier 2006. Spécialiste FMH en neurologie et spécialiste en neurologie et psychiatrie (D), elle coordonne les expertises médicales internes et développe les processus correspondants.

Après ses études de médecine à Bochum et à Bonn, elle a passé son doctorat en 1978 et s'est spécialisée en psychiatrie et en neurologie à Hambourg et à Weinsberg.

Elle tient son expérience en matière de prévention de la santé de son activité en tant que responsable d'un projet sur la promotion de la santé dans le secteur de l'hygiène publique au Bade-Wurtemberg. Elle a été médecin-chef à la clinique de neurologie de Weinsberg et au Centre suisse de l'épilepsie, Zurich, où elle a particulièrement mis en avant l'imagerie médicale et le diagnostic neuropsychologique. Elle a acquis des connaissances spécifiques en épileptologie et en imagerie cérébrale à Phoenix et à Londres. Le Docteur Rita Schaumann-von Stosch travaille depuis début 2005 au Centre de compétence de la médecine des assurances de la Suva. Dans sa nouvelle fonction, elle est également responsable du controlling de la recherche médicale au sein de la Suva.

Rita Schaumann-von Stosch a deux fils d'âge adulte.

Service médical de l'assurance militaire

Franziska Gebel

Lorsque nous autres médecins procédons à l'évaluation de l'obligation de verser des prestations, les questions déterminantes autour desquelles va se forger notre décision concernent le début de la maladie (antériorité au service), la fin de la maladie (fin de l'obligation de l'assurance militaire de verser des prestations) et la délimitation avec une prédisposition à la maladie (non couverte par l'assurance militaire). Ces questions ne se posent pas, ou du moins pas avec la même acuité, dans les autres assurances sociales. Elles présupposent par conséquent des connaissances médicales particulières.

Objectifs et finalité

Une base de connaissances commune est nécessaire pour garantir une évaluation uniforme des questions spécifiques à la LAM. Le service médical de l'assurance militaire est chargé d'y veiller. Ces connaissances doivent être mises à disposition et transmises à tous les acteurs concernés.

Groupes interlocuteurs

A la Suva, l'avis du service médical de l'assurance militaire peut être sollicité sur toutes les questions médicales dans le domaine de l'assurance militaire par les gestionnaires et les juristes (c'est-à-dire par l'administration) comme par les collègues du centre de compétence, du service de psychiatrie des assurances et du service médical des agences. Le service médical de l'assurance militaire est également à la disposition des médecins cliniciens et des praticiens privés ainsi que des médecins du service sanitaire et des médecins de troupe, pour autant que ces tâches ne soient pas remplies par les médecins d'arrondissement.

Tâches

Les conseils dispensés par le service médical de l'assurance militaire concernent des questions de médecine des assurances en relation avec une maladie ou des suites d'accident survenues pendant un service militaire, civil ou de protection civile ou pendant tout autre engagement pour le compte de la Confédération.

Les conseils peuvent être dispensés par oral ou par écrit et, dans le cas concret, au moyen d'une appréciation médicale de l'état d'un patient de l'assurance militaire avec ou sans examen médical préalable.

Outre les activités de conseil proprement dites, le savoir-faire médical en matière d'assurance militaire doit également être transmis aux différents groupes interlocuteurs. Des cours sont prévus à cet effet. Les connaissances acquises sont par ailleurs constamment réévaluées et, le cas échéant, adaptées aux nouvelles exigences scientifiques, médicales et juridiques.

Enfin, le service médical de l'assurance militaire assume des tâches d'état-major pour le compte du médecin-chef de la Suva.

Perspectives

Grâce au soutien du service médical de l'assurance militaire, les médecins de la Suva seront à même d'évaluer de manière compétente et en connaissance de cause des cas spécifiques relevant du domaine médical de l'assurance militaire.

Responsable du service médical de l'assurance militaire

Madame la doctoresse Franziska Gebel acheva ses études supérieures en obtenant en 1982 à l'Université de Berne le doctorat en médecine. Elle obtint le titre de spécialiste FMH en médecine interne après avoir accompli une formation postgrade d'abord comme assistante de recherches dans les laboratoires médicaux de Hoffmann-La Roche à Bâle et à l'Hôpital de l'Île de Berne, puis dans des activités cliniques à l'Hôpital Tiefenau de Berne, à l'Hôpital cantonal de Lucerne et à la Clinique universitaire de rhumatologie de Berne. Depuis lors, elle occupa la fonction de cheffe de clinique de la Clinique médicale universitaire de l'Hôpital de l'Île de Berne, avant d'être promue, début 1991, médecin-chef de Médecine interne, à l'Hôpital de district de Belp, fonction qu'elle exercera jusqu'à sa nomination, en 1998, à la tête du service médical de l'Office fédéral de l'assurance militaire (OFAM). En sa qualité de médecin-chef et sous-directrice de l'OFAM, elle participa de façon déterminante aux travaux préliminaires en vue de l'intégration du service médical de l'assurance militaire dans la Division médecine des assurances de la Suva. Depuis le 1er juillet 2005, elle est en poste à la Suva Lucerne.

Adresse correspondance:

Suva

Dr. med. Franziska Gebel

Fachärztin FMH für Innere Medizin

Leiterin Med. Fachstelle Militärversicherung

Chefärztin Militärversicherung

Versicherungsmedizin

Postfach

6002 Luzern

franziska.gebel@suva.ch

Le team processus médecine des assurances est au complet!

Début 2006, le Docteur Schaumann-von Stosch a pris la direction du Centre de compétence de la médecine des assurances, et le Docteur Massimo Ermanni a pu augmenter son engagement en tant que responsable du service médical des agences au taux de 50 %, comme la prévoyait initialement la poste. De la sorte, toutes les fonctions cadres de la médecine des assurances ont pu être occupées dans les délais prévus.



Team processus médecine des assurances (de gauche à droite): Massimo Ermanni, Anita Baggenstos, Roland L. Frey, Rita Schaumann-von Stosch, Christian A. Ludwig, Franziska Gebel, Ulrike Hoffmann-Richter, Bruno Ettlin

Le team processus médecine des assurances est composé comme suit:

- Médecin-chef: Dr Christian A. Ludwig, spécialiste en médecine interne, MHA
- Responsable du service médical des agences: Dr Massimo Ermanni, spécialiste en chirurgie
- Responsable du centre de compétence de la médecine des assurances: Dr Rita Schaumann-von Stosch, spécialiste en neurologie
- Responsable du service de psychiatrie des assurances: Dr Ulrike Hoffmann-Richter, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie
- Responsable du service médical de l'assurance militaire et médecin-chef de l'assurance militaire: Dr Franziska Gebel, spécialiste en médecine interne

- Responsable des services médicaux de support:
Dr Bruno Ettlin, spécialiste en médecine générale, Medical Management FH
- Responsable des secrétariats: Anita Baggenstos
- Responsable des services d'état-major: Roland L. Frey

Nous veillons à ce que tout soit mis en œuvre pour que nous puissions répondre avec nos collaborateurs aux attentes variées de notre clientèle et continuer à développer le domaine de la médecine des assurances!

Mutations

Médecine des assurances

Dr Beat Hiltbrunner, spécialiste en neurologie, Centre de compétence de la médecine des assurances, départ au 31.8.2005

Dr Georgios N. Wellis, spécialiste en neurologie, Centre de compétence de la médecine des assurances, départ au 31.8.2005

Dr Hans Knüsel, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, service de psychiatrie des assurances, entrée en fonction au 1.9.2005 (temps partiel)

Dr Barbara Bulambo, spécialiste en neurologie, Centre de compétence de la médecine des assurances, entrée en fonction au 1.9.2005 (temps partiel)

Dr Rolf Willems, spécialiste en psychiatrie, psychologue diplômé, service de psychiatrie des assurances, entrée en fonction au 1.12.2005 (temps partiel)

Dr Jörg Karau, spécialiste en neurologie, Centre de compétence de la médecine des assurances, départ au 31.12.2005

Dr Holger Schmidt, spécialiste en neurologie, Centre de compétence de la médecine des assurances, entrée en fonction au 1.1.2006

Dr Klaus Bathke, spécialiste en neurologie, Centre de compétence de la médecine des assurances, entrée en fonction au 1.1.2006

Dr Daniel Antonioli, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, service de psychiatrie des assurances, entrée en fonction au 1.1.2006 (temps partiel)

Dr Matthias Paul, spécialiste en orthopédie, médecin d'arrondissement Suva La Chaux-de-Fonds, service médical des agences, entrée en fonction au 1.2.2006

Dr Marisa Marchetti, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, service de psychiatrie des assurances, entrée en fonction au 1.2.2006 (temps partiel)

Dr Tiziano Gastaldi, spécialiste en rhumatologie, médecin d'arrondissement Suva Bellinzona, service médical des agences, entrée en fonction au 1.4.2006

Dr Rolf Willems, spécialiste en psychiatrie, psychologue diplômé, service de psychiatrie des assurances, départ au 30.4.2006

Dr Laurenz B. Schmid, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement Suva Delémont, service médical des agences, départ à la retraite le 31.4.2006

Dr Massimo Ermanni, responsable du service médical des agences de la Suva et médecin d'arrondissement Suva La Chaux-de-Fonds, transfert à la Suva Delémont au 1.5.2006

Dr Helen Klieber, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, service de psychiatrie des assurances, entré en fonction au 1.5.2006

Dr Ulrich Götz, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement Suva St. Gallen, service médical des agences, entrée en fonctions au 1.5.2006

Dr Heidi Wolf Pagani, spécialiste en neurologie, centre de compétence de la médecine des assurances, départ au 31.5.2006

Dr Barbara Bulambo, spécialiste en neurologie, centre de compétence de la médecine des assurances, départ au 31.5.2006

Dr Doris Kubli Lanz, spécialiste en médecine physique et en réadaptation, médecin d'arrondissement Suva Winterthur, service médical des agences, entrée en fonction au 1.6.2006 (temps partiel)

Dr Andreas Cunz, spécialiste en médecine générale, médecin d'arrondissement Suva St. Gallen, service médical des agences, départ à la retraite le 30.6.2006

Dr Benedikt Winkler, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement Suva Zürich, services médical des agences, entrée en fonction au 1.8.2006

Dr Hans-Rudolf Jann, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement Suva Wetzikon/Winterthur/Zürich, service médical des agences, départ à la retraite le 30.9.2006

Dr Beat Mark, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement Suva Zentralschweiz, service médical des agences, entrée en fonction au 1.1.2007

Dr Peter Frei, spécialiste en médecine générale, médecin d'arrondissement Suva Wetzikon/Linth, service médical des agences, départ à la retraite le 28.2.2007

Dr Jean-Claude Antille, spécialiste en médecine interne, médecin d'arrondissement Suva Genève, service médical des agences, départ à la retraite le 30.4.2007

Médecine du travail

Dr Jean Popp, spécialiste en médecine générale et en médecine du travail, entrée en fonction au 1.10.2005

Dr Doreen Droste, médecin-assistant, départ au 30.6.2006

Dr Claudine Ott, médecin-assistant, entrée en fonction au 1.7.2006

Rehaklinik Bellikon (RKB)

Prof. Sönke Johannes, promotion au poste de médecin responsable de la neuroréadaptation et directeur médical adjoint au 1.1.2006

Dr Christian Hort, chef du service de chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie et réadaptation de la main, départ au 31.7.2006

Dr Angela Budniok, chef du service de médecine physique, départ au 31.8.2006

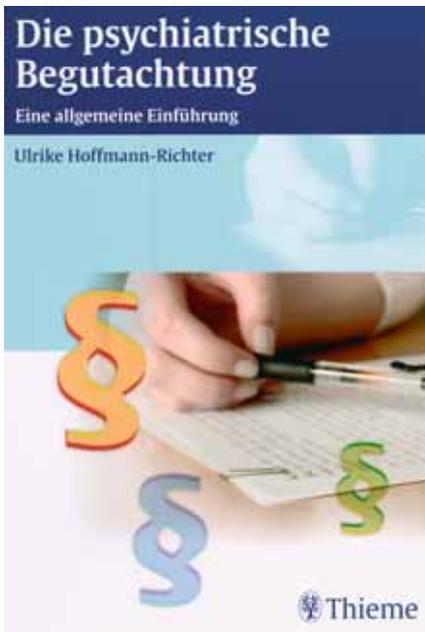
Clinique romande de réadaptation (CRR)

Dr Pierre Arnold, spécialiste FMH en neurologie, nommé médecin associé le 1.7.2005

Profession: expert-psychiatre

Ulrike Hoffmann-Richter

Responsable du service de psychiatrie des assurances, j'ai été pendant plusieurs années la seule psychiatre de ce pays à se consacrer à titre principalement professionnel à des questions de fond sur l'expertise et la procédure méthodique. Durant des années, la tendance générale en la matière a été de fournir aux assurés tous les soulagements thérapeutiques et financiers possibles qui se présentaient, comme si c'était la tâche des experts médicaux de décider si une rente ou une indemnisation «revenait» à un assuré. Lors de contacts téléphoniques en raison de diagnostics peu clairs, j'ai parfois été violemment prise à partie: on me reprochait de ne m'intéresser qu'aux possibilités d'économies. Or, depuis peu, on en vient trop facilement à suspecter des aggravations. Selon certaines études américaines, 30% sinon plus des assurés obtiendraient indûment des prestations. Des séries de tests visant à éclaircir la suspicion de simulation se développent et s'étendent, et les discussions diagnostiques sont dominées par des méthodes de preuve de fraude à l'assurance. La situation économique n'est plus aussi sûre qu'elle ne l'était les dernières décennies, et le vent



politique a tourné avec elle. Le problème ne réside cependant ni dans une ligne politique appropriée ni dans des expertises «trop souples» ou «trop sévères». Il s'agit bien plus de la procédure sérieuse de l'expertise, qui suppose d'appréhender comme une tâche médicale le diagnostic en général comme l'expertise en particulier. Cette approche exige des connaissances et des compétences médicales globales et une expérience clinique étendue. Elle exige un raisonnement et une procédures méthodiques systématiques et surtout des connaissances et des compétences explicites pour les interactions sociales en général et la communication médecin-patient en particulier. Ces conditions sont esquissées ci-après.

1 Le diagnostic se situe au centre de l'activité médicale: tant au sein qu'en dehors de la médecine, l'activité médicale est assimilée au traitement.

Que faites-vous si vous ne traitez pas, me demande-t-on régulièrement, et l'on s'adresse à moi parfois avec pitié, parfois même avec méfiance, pour savoir comment je peux concilier avec mon identité de médecin le fait de ne pas procéder à une réelle activité médicale. On semble oublier que le diagnostic est à la base de tout traitement sérieux. L'expertise est à bien des égards considérée à tort comme un domaine non spécialisé. Elle ne relève pas de tâches médicales. Cependant, où ailleurs qu'ici a-t-on affaire au principe de procédure méthodique lors d'examens médicaux? Où peut-on autrement rendre compte de notre travail de réflexion et l'expliciter? Le quotidien clinique ne laisse souvent ni le temps ni les dispositions nécessaires pour s'engager dans ce pénible processus:

- Qu'est-ce que je fais quand je réalise un examen?
- Qu'est-ce que je sais quand j'obtiens le résultat de tel ou tel examen?
- Qu'est-ce que je sais quand j'ai posé un diagnostic?
- Quelle a été mon impression vis-à-vis du patient, et comment cette rencontre influence-t-elle mon appréciation?
- Quelle est la fiabilité de ce que j'affirme, quelles en sont les bases?

2 Une expertise sérieuse suppose une distinction de la procédure méthodique sur trois plans: A) sur le premier plan, le relevé et l'évaluation de données d'origines les plus diverses. Analyses biologiques, imagerie médicale, données personnelles, symptômes, troubles, pièces du dossier, etc. entrent en jeu sous de multiples formes. Elles ont leurs spécificités: différentes valeurs de référence, propres sources d'erreurs, etc. Elles ont cependant en commun de devoir être interprétées. Des erreurs peuvent survenir non seulement lors du relevé, mais également lors de l'interprétation. B) Ces données donnent lieu à un diagnostic et à une appréciation. Diagnostiquer signifie tirer des conclusions hypothétiques. Contrairement à une situation initiale d'examen scientifique, où l'on formule une hypothèse, désigne et examine des variables, et où la situation expérimentale garantit la constance des autres facteurs, on a avec l'expertise une situation complexe qui exige que le plus de variables possibles soient enregistrées et examinées sur leurs diverses possibilités d'interprétation et d'influence. Il est impossible de séparer variables et constantes. Il faut justement identifier toutes les variabilités et les passer au crible. Dans certaines circonstances, plusieurs combinaisons doivent être examinées sur leur compatibilité. L'examinateur doit alors vérifier si la situation donnée ou sa variante la plus vraisemblable correspond à «un cas de ...». Il fait un bond du cas individuel aux connaissances de base empiriques et cliniques. Il en tire des conclusions hypothétiques dans le contexte d'un concept de maladie sûr par rapport au cas donné. Il doit rendre compte de l'importance du bond ou des bonds qu'il fait. Et il doit se prononcer sur la fiabilité de ce qu'il avance. C) C'est seulement dans un troisième temps qu'il peut et doit traduire les résultats du diagnostic et de l'appréciation en

termes juridiques (1). Norbert Nedopil subdivise encore cette étape en quatre parties: la subsumption en notion de maladie juridique, le développement d'une hypothèse sur l'atteinte fonctionnelle liée au trouble en fonction des données empiriques cliniques, la quantification de l'atteinte fonctionnelle vis-à-vis du droit et la dénomination de la vraisemblance qui correspond à l'hypothèse clinique (2).

3 «Les hommes ne disent pas toujours la vérité»: le diagnostic psychiatrique suppose des connaissances sur les faits sociaux. Ceux-ci ne comprennent pas seulement le contexte familial, la formation scolaire, la carrière professionnelle, le revenu, la délinquance ou les prétentions en matière d'assurance. Ils impliquent également des conditions de base de communication humaine en général et d'interaction en situation d'expertise en particulier. Sociologues, ethnologues et anthropologues discutent depuis un certain temps de ce que nous risquons d'oublier en psychiatrie: la situation d'expertise, ou aussi la situation d'examen psychiatrique en général, correspond à bien des égards à la situation entre enquêteur et informateur lors d'une étude sur le terrain. Pour accéder à un monde étranger qu'il ne connaît pas, l'enquêteur a besoin d'un interlocuteur compétent, qui seul pourra l'ouvrir à une nouvelle culture. Le sujet est la seule personne qui puisse nous livrer passage dans son univers subjectif. Il ne fournit pas seulement des informations. Nous sommes liés à sa perception, ses sensations, sa vision des choses, son mode d'écoute, ses goûts, et devons en même temps savoir qu'il est conscient de son rôle d'informateur. Il va réfléchir à ce qu'il veut nous communiquer, nous montrer, ce à quoi il désire nous faire participer. Peut-être cherche-t-il également à occulter certains aspects. Peut-être ne souhaite-t-il pas que nous ayons une vision de son monde différente de celle qu'il en a. Et peut-être souhaite-t-il aussi que nous l'aidions à porter les choses qu'il nous confie. Il ne s'agit pas d'information au sens strict du terme. D'un autre côté, l'entretien ouvre un espace de rencontre qui permet une discussion commune. Il permet à l'enquêteur de poser des questions que l'informateur ne s'est jamais posées. Il va considérer sa vie et sa souffrance comme jamais il ne l'avait fait jusqu'alors. Cette rencontre recèle une «chance de vérité» qui reste bloquée lors d'un entretien informatif neutre. Mais les hommes ne disent alors pas toujours la vérité. Les principales déclarations se présentent plutôt sous forme de «révélations camouflées» et de phrases clés qui se cachent souvent derrière des formulations de tous les jours (3).

4 La réflexion de la relation expert-patient subséquente fait partie des tâches diagnostiques de l'expertise: sans cette rencontre personnelle, sans la disposition à s'engager, les non-dits sont importants, des références essentielles se perdent, les informations demeurent superficielles. Une atmosphère neutre n'est ici d'aucune utilité (3). Elle fait partie de l'établissement de l'expertise; elle fait partie du travail de réflexion post-exploratoire. La situation d'entretien exige

une participation engagée, intéressée, empathique. Elle constitue la «meilleure preuve» (4). La crainte que cette participation puisse avoir une influence sur les informations et leur appréciation n'est pas sans fondement. C'est précisément ce qui rend nécessaire l'«analyse relationnelle», la réflexion du rapport expert-patient. Les concepts de transfert et de contre-transfert demeurent des instruments diagnostiques déterminants (5). Ils sont mis en avant comme tels dans presque tous les manuels de médecine légale. Une approche plus approfondie n'a toutefois jamais été développée jusqu'à présent. Ce n'est qu'après la thématisation de la signification du contre-transfert dans l'édition de mai de l'année dernière de l'*American Journal of Psychiatry* que nous l'avons retrouvé dans le quotidien psychiatrique et l'expertise (6). Il est grand temps que nous développiions une culture qui nous permette d'explicitier le transfert et le contre-transfert et de le refléter dans le texte de l'expertise sans que ce choix soit interprété comme partial.

5 Les hommes ne disent pas toujours la vérité; ils déguisent ce qu'ils ont à dire et conçoivent leur rôle de façon active: il s'agit là de connaissances sociales de base que nous ne pouvons pas laisser à la porte de la salle d'examen. De tels modes comportementaux n'indiquent pas encore d'aggravation ou de simulation. Les hypothèses de simulation et d'aggravation sont plus qu'une question: au lieu de partir de l'hypothèse que les sujets disent la vérité et que leurs troubles sont en quelque sorte l'expression de leur souffrance, qu'ils exagèrent cette souffrance et aggravent ainsi ou même inventent leurs troubles, donc qu'ils simulent, nous devrions nous rappeler que le lien entre troubles et état de santé n'est pas fixe. Avec l'exemple de la cardiologie, Gesinde Grande a très bien décrit les «domaines de validité différents» auxquels se réfèrent les données du médecin et du patient. Ces dernières années, le clivage entre constatations médicales et plaintes subjectives a été proportionnel au degré de technicité du domaine médical (7). Les assurés n'entrent pas seulement en contact avec les experts à travers leur souffrance ou leur maladie, mais en tant que participants intelligents de la situation complexe dans laquelle se trouvent expert et sujet. Simulation et aggravation ne sont des concepts ni médicaux ni même diagnostiques. Le caractère pathologique de la névrose de compensation est controversé. La notion a été abandonnée moins en raison de son manque de clarté que de sa connotation discriminatoire. Le terme subséquent n'offre guère davantage de clarté. Nous devons opérer des distinctions entre des caractéristiques d'interaction sociale en général et de comportements pathologiques en particulier avant que ne se pose la question d'attitude frauduleuse (8). Toutes ces différenciations ne procèdent indéniablement pas de la sphère médicale: elles sont de nature sociale.

6

Il est temps que nous nous occupions de l'organisation sociale de l'activité médicale: Anselm Strauss, Shizuko Fagerhaugh, Barbara Suczek et Carolyn Wiener ont étudié le travail des médecins et des infirmiers dans des cliniques et ont décrit leur organisation sociale. L'évolution de la maladie (la «trajectoire») constitue la condition de base de la procédure médicale. Elle permet d'identifier la valeur du «travail mécanique» du quotidien clinique et montre que «travail de sécurisation», «travail de réconfort», «travail émotionnel» et «travail d'articulation» sont nécessaires (9). Je complète la série en ajoutant le travail de réflexion, incitation pour que nous nous occupions intensivement de l'organisation sociale de notre domaine.

Malgré une attention croissante, les exigences de qualité de l'expertise n'ont pas augmenté comme auraient pu le laisser supposer l'importance de l'expertise et les conséquences de ses résultats. «Dirty work», comme nous l'ont montré les sociologues, se réfère à toutes ces tâches méprisées, déconsidérées et perçues comme entités distinctes de l'identité professionnelle. Le risque est que l'expertise ne dégénère en «sale boulot». La situation politique actuelle en matière de santé offre toutefois aussi une chance: pourquoi ne pas la saisir comme occasion pour étudier plus avant les bases sociologiques de notre discipline et concevoir la procédure diagnostique comme la clé de notre activité? Nous pourrions ainsi mettre au jour les lacunes des systèmes diagnostiques (notamment troubles somatoformes ou troubles de la personnalité), élaborer et affiner l'outil méthodique et développer le travail de réflexion, d'articulation et d'émotion de notre activité.

Bibliographie

- (1) Hoffmann-Richter U. Die Psychiatrische Begutachtung. Eine allgemeine Einführung. Stuttgart: Thieme, 2005
- (2) Nedopil N. Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Stuttgart: Thieme, 2000
- (3) Kaufmann JC. Das verstehende Interview. Theorie und Praxis. Konstanz: Universitätsverlag, 1999
- (4) Rasch W, Konrad N. Forensische Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer, 3^e édition 2004
- (5) Beck-Mannagetta H, Böhle A. Die Beziehung zwischen Sachverständigem und Begutachtetem als Kriterium für die Gültigkeit psychiatrischer Erkenntnis. In: Beck-Mannagetta H, Reinhardt K. Neuwied/Frankfurt: 1989: 251-266
- (6) Gabbard GO. Personality Disorder Come of Age. Am J Psychiatry 2005; 162: 833-835
- (7) Grande G. Gesundheitsmessungen. Unterschiedliche Gültigkeitsbereiche von Arzt- und Patientenangaben. Heidelberg: Asanger 1998
- (8) Halligan PW, Bass C, Oakley DA. Malingering and Illness Deception. Oxford: University Press, 2003
- (9) Strauss AL, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C. Social Organization of Medical Work. New Brunswick/London: Transaction, 1997

Adresse de l'auteur:

Suva
Dr. med. Ulrike Hoffmann-Richter
Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie
Leiterin Versicherungspsychiatrischer Dienst
Versicherungsmedizin
Postfach
6002 Luzern
ulrike.hoffmannrichter@suva.ch

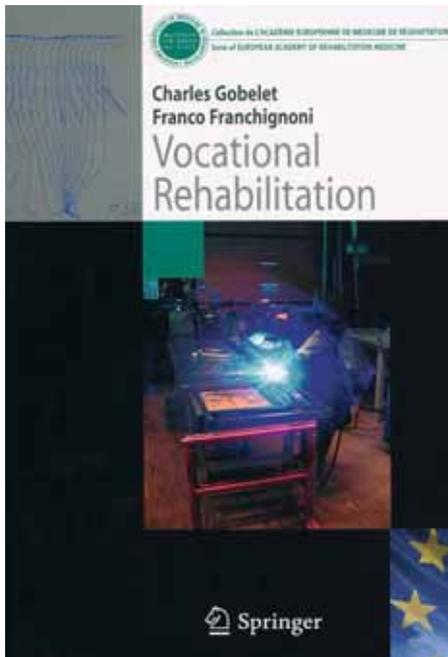
Vocational Rehabilitation: pourquoi cet ouvrage?

Charles Gobelet

L'idée d'éditer un ouvrage consacré à la réadaptation professionnelle a pris forme lors d'une réunion de l'Académie européenne de médecine de réadaptation. Cette Académie a décidé en 2003 de créer sous son patronat une collection d'ouvrages dédiés à la médecine de réadaptation.

La réadaptation professionnelle devenait dès lors un thème de choix, puisqu'elle est par définition inter- et pluridisciplinaire.

L'ouvrage «Vocational Rehabilitation» a été rédigé en anglais à la demande de l'éditeur Springer pour des questions de diffusion. Il représente le 3^{ème} volet de la collection après le premier ouvrage «La Plasticité de la Fonction Motrice» de J-P. Didier édité par Springer en 2004 et le deuxième en 2005 «Assessment in physical medicine and rehabilitation. Views and perspective» de M. Barat et F. Franchignoni édité par Pime – Fondation Salvatore Maugeri.



L'ouvrage que nous avons rédigé et supervisé avec le Prof. F. Franchignoni comprend 2 parties. La première est axée sur la définition de la réadaptation professionnelle et ce qu'elle représente pour une assurance accidents qui assume tant les frais de soins que les indemnités perte de gain et les rentes.

On y trouve également une analyse détaillée du processus d'invalidation et du poids des facteurs psychologiques et culturels.

Dans ce contexte, la parole est également donnée au médecin de famille qui est d'une certaine façon la pierre angulaire de la démarche de réinsertion professionnelle.

Nous avons inséré 2 chapitres détaillant l'évaluation fonctionnelle et le réentraînement intensif au travail tant ces aspects nous paraissaient importants pour l'évaluation et le suivi.

Suivent ensuite une série de chapitres décrivant les résultats d'une réadaptation professionnelle bien conduite dans diverses situations pathologiques telles que lombalgies, cervicalgies et cervico-brachialgies, TCC, para- et tétraplégie, maladies cardiaques ou pulmonaires et néoplasies.

La seconde partie de l'ouvrage est une tentative d'analyse de la prise en charge tant financière que de réalisation pratique de la réadaptation professionnelle dans 13 pays d'Europe. Au travers de cette approche, nous avons pu donner au lecteur des éléments permettant une comparaison des systèmes sociaux ayant cours et par là-même une meilleure compréhension des différences qui peuvent influencer l'appréhension que certains patients migrants ont de nos systèmes occidentaux.

Cet ouvrage a également été l'occasion pour quelques collaborateurs Suva d'exprimer leur opinion sur un domaine qui leur tenait à cœur.

Je tiens ainsi à remercier le Dr Jur. W. Morger, directeur, les Dr P-A. Fauchère, M. Oliveri, P. Vuadens, P. Arnold, A. Bellmann et A-T. Al-Khodairy qui ont contribué au renom de la Suva.

Adresse de l'auteur:

Suva
Prof. Charles Gobelet
directeur médical
Clinique romande de réadaptation
Grand-Champsec 90
1951 Sion
charles.gobelet@crr-suva.ch

Annexes

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

Table 21:

Indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions médullaires

Référence: 2870/21.f – 2006

Index des tables concernant les atteintes à l'intégrité

Référence: 2870/IV.f – 2006

Publications médicales Suva (liste)

Référence : 2062.d/f – 2006

Les secteurs médicaux de la Suva.

Et leur priorité: vous.

Référence: 2860.f – 05.2006

I servizi medici della Suva

La persona al centro

Codice: 2860.i – 05.2006

