

Partie spécifique à la neurologie

Lignes directrices pour l'expertise en médecine d'assurance

PD Dr méd. Andreas R. Gantenbein^a, Dr méd. Marc Oliver Koch^b, Dr méd. Andreas Mühl^c,
Dr méd. Holger Schmidt^d, Prof. Dr méd. Hans H. Jung^e, Dr méd. Hans-Rudolf Stöckli^f

^a Neurologie & Neurorehabilitation, Zuzach Care, Bad Zuzach; ^b Neurologie Toggenburg AG, Wattwil; ^c Service de réadaptation en neurologie, Clinique romande de réadaptation, Sion; ^d Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin, Suva, Luzern; ^e Klinik für Neurologie, Universitätsspital Zürich; ^f Praxis Neuroliestal, Liestal

Les articles de la rubrique «Recommandation» ne reflètent pas forcément l'opinion de la rédaction. Les contenus relèvent de la responsabilité rédactionnelle de la société de discipline médicale ou du groupe de travail signataire; ces lignes directrices pour l'expertise ont été approuvées par la Société Suisse de Neurologie (SSN).

Introduction

La Société Suisse de Neurologie (SSN) a été l'initiatrice de l'élaboration d'une partie générale des «Lignes directrices pour l'expertise en médecine d'assurance», dans laquelle elle a également joué un rôle de premier plan [1]. Ainsi, la partie générale des lignes directrices pour l'expertise représente déjà dans une large mesure le point de vue spécialisé de la neurologie, raison pour laquelle elle est considérée comme faisant partie intégrante de la partie spécifique à la neurologie désormais présentée ici.

Les messages déterminants relevant de la médecine d'assurance, qui sont décisifs pour la qualité d'une expertise médicale, sont présentés dans la partie générale. Cette partie spécifique doit uniquement être considérée comme un complément et il est dès lors vivement recommandé de consulter la partie générale. Les deux parties des lignes directrices pour l'expertise sont approuvées par la SSN et sont publiées sur son site internet (www.swissneuro.ch) [1]. Dans l'espace germanophone, il existe en outre des lignes directrices exhaustives pour l'expertise qui ont été émises par la Société allemande de neurologie («Deutsche Gesellschaft für Neurologie» [DGN]) [2].

Particularités de l'expertise neurologique

Dans la neurologie, diverses méthodes de mesure instrumentales sont disponibles pour l'évaluation scientifiquement fondée de la plausibilité des troubles subjectifs au sens de la médecine basée sur l'évidence, méthodes qui ne sont pas autant disponibles ou font

même largement défaut dans d'autres disciplines. Malgré tout, les patients souffrant d'affections neurologiques présentent une proportion considérable de troubles subjectifs qui échappent aujourd'hui encore à toute possibilité d'objectivation scientifique (par ex. douleur, vécu subjectif, etc.). Evaluer ou plausibiliser de tels troubles ou problèmes de santé dans le contexte de l'expertise requiert non seulement des connaissances conséquentes de médecine d'assurance, mais également une grande expérience clinique.

Anamnèse neurologique spécialisée

Particulièrement dans l'évaluation de troubles subjectifs non mesurables scientifiquement, le recueil de l'anamnèse revêt une importance déterminante. La manière dont les troubles sont décrits par le sujet, c.-à-d. de manière précise et compréhensible, en concordance avec des affections connues, ou de manière atypique, évasive ou vague, ainsi que la différenciation entre les éléments cohérents et/ou incohérents au sein de l'anamnèse par rapport au dossier, au comportement ou aux performances fournissent des indices essentiels pour l'évaluation de la plausibilité dans la médecine d'assurance. Il en va de même pour les troubles subjectifs avec des anomalies objectives mesurables scientifiquement.

Examen neurologique

L'examen neurologique clinique et l'observation du comportement font partie intégrante de l'expertise neurologique spécialisée. L'étendue de l'examen et les aspects sur lesquels il doit se concentrer dépendent de la problématique en question. Il convient de veiller à documenter l'examen neurologique de la manière la plus objectivable et claire possible. Font notamment partie de cette documentation les différences de circonférence mesurées en mentionnant les repères ana-

tomiques, la documentation photographique (par ex. anomalies végétatives en cas de syndrome douloureux régional complexe [SDRC], symptômes autonomes en cas de céphalées en grappes), ainsi que l'utilisation de scores cliniques (par ex. degré de parésie selon le score MRC¹ MO-5). En général, il convient également d'être attentif aux éléments cohérents/incohérents lors de l'examen neurologique, particulièrement s'agissant des troubles fonctionnels ou des indices évocateurs d'une amplification des symptômes, d'une exagération ou d'une simulation. A cet effet, il existe des tests cliniques spécifiques, comme par ex. le test de Hoover ou le test de Waddell.

Examens complémentaires

Dans la neurologie, différents examens complémentaires, qui sont soit réalisés par l'expert lui-même soit délégués, sont disponibles. Une évaluation par l'expert lui-même des résultats neurologiques antérieurs avec une discussion critique est indispensable.

ENMG, EEG, potentiels évoqués, échographie neurovasculaire, échographie nerveuse

L'expert peut réaliser lui-même les examens cités en tant que partie intégrante de l'examen neurologique spécialisé s'il dispose d'une qualification correspondante. Ces résultats fournissent des éléments partiels en vue de l'évaluation globale. Ainsi, une électroneuromyographie (ENMG) devrait uniquement être interprétée dans le contexte clinique global (anamnèse, résultats cliniques et électrophysiologiques). D'un autre côté, un électroencéphalogramme (EEG) normal ne permet par exemple pas nécessairement d'exclure une épilepsie.

Analyses de laboratoire et analyses du liquide céphalo-rachidien

En fonction de la problématique, des analyses de laboratoire et des analyses du liquide céphalo-rachidien (LCR) peuvent être indiquées. La détermination des concentrations de médicaments peut en outre être utilisée pour vérifier l'adhérence thérapeutique. Ainsi, chez un patient indiquant qu'il prend son médicament quotidiennement, des concentrations médicamenteuses indétectables ou inférieures au seuil de détection peuvent infirmer une prise régulière de la substance en question [1].

Imagerie

L'expert doit examiner lui-même les clichés d'imagerie disponibles pertinents pour le cas et, le cas échéant, faire appel à un neuroradiologue, ce qui doit être docu-

menté. Lors de l'évaluation de la qualité des examens d'imagerie, il convient d'être attentif aux aspects suivants: susceptibilité aux artefacts, puissance de champ, épaisseur de coupe, plan de coupe, pondération, protocole d'examen adéquat.

Neuropsychologie

Les examens neuropsychologiques sont des résultats supplémentaires inclus dans l'évaluation globale de la médecine d'assurance [3]. L'évaluation globale des constatations et les conclusions correspondantes relèvent de l'expert médical compétent.

Evaluation des problèmes de santé objectivables

Il existe des lignes directrices diagnostiques et thérapeutiques exhaustives pour de nombreuses affections neurologiques objectivables (comme pour la maladie de Parkinson, la démence, l'accident vasculaire cérébral ou la paraplégie). Sont considérés comme des troubles neurologiquement objectivables les pathologies démontrées par des examens d'imagerie, des examens neurophysiologiques ou des analyses de laboratoire, mais également les anomalies clinico-pathologiques, telles que les réflexes pathologiques, les atrophies, les pathologies neurovégétatives pouvant être mises en évidence cliniquement, etc. Dans des cas particuliers, la seule présence d'une constellation très particulière de symptômes ou d'anomalies peut aussi être jugée comme étant cliniquement plausible sur la base du contexte clinique-neurologique et donc comme correspondant à un syndrome largement objectivable (comme par ex. certains syndromes du tronc cérébral ou de la moelle épinière qui peuvent échapper à l'imagerie ou encore des phénomènes douloureux typiques circonscrits tels que les névralgies, les douleurs fantômes ou les céphalées en grappes), pour autant que cela soit incontestablement crédible sur le plan neurologique et dans le cadre de la vérification de la cohérence. Dans un tel cas, une justification claire et incontestable est cependant indispensable. Certains troubles sélectionnés sont discutés dans la section «Situations d'expertise sélectionnées» (cf. ci-dessous).

Evaluation des problèmes de santé non objectivables

Comme mentionné précédemment, il existe une proportion considérable de troubles subjectifs qui échappent aujourd'hui encore à toute possibilité d'objectivation scientifique, notamment dans le contexte de la médecine d'assurance. Là également, il existe des

1 MRC: «British Medical Research Council»

lignes directrices auxquelles des experts suisses ont participé. Certains troubles sélectionnés sont discutés dans la section «Situations d'expertise sélectionnées» (cf. ci-dessous).

Vérification de la cohérence

La vérification de la cohérence est une partie intégrante et essentielle de toute expertise en médecine d'assurance. Concernant la méthodologie et la systématique de la vérification de la cohérence, il convient de se référer à la partie générale des lignes directrices [1], ainsi qu'à la littérature spécialisée à ce sujet (par ex. critères de Widder [4]).

Les baisses de performances et troubles subjectifs formulés par le sujet doivent être vérifiés en corrélation avec les résultats objectifs et les autres constatations concevables ou non concevables du point de vue de l'expertise. Il en résulte la perte de performances qualitative et quantitative qui peut être plausible d'un point de vue purement médical-neurologique (par ex. incapacité de travail).

Situations d'expertise sélectionnées

Les situations d'expertise sélectionnées portent exclusivement sur les particularités nationales de la médecine d'assurance. Des extensions sont possibles ou prévues.

Neuroborréliose

Recommandations de médecine d'assurance [5]

Au stade précoce localisé et disséminé (neuroborréliose aiguë/précoce), la borréliose de Lyme peut être traitée efficacement par une antibiothérapie orale ou parentérale conforme aux lignes directrices (doxycycline, ceftriaxone, céfotaxime ou pénicilline G), qui permet le plus souvent d'éviter les manifestations tardives.

En cas de symptômes persistants et invalidants sur une période de six mois après la fin de l'antibiothérapie conforme aux lignes directrices, l'analyse du LCR devrait être répétée. En cas d'altérations inflammatoires persistantes du LCR (pléiocytose), un nouveau traitement antibiotique devrait être mis en œuvre, après exclusion des diagnostics différentiels. Afin de contrôler le succès du traitement, les paramètres suivants ne devraient pas être utilisés: concentrations (ou titres) des anticorps spécifiques anti-*Borrelia* dans le sérum, index LCR/sérum des anticorps spécifiques anti-*Borrelia*, bandes oligoclonales dans le LCR, protéines totales dans le LCR, profil des bandes à l'immunoblot de Lyme.

L'évaluation des symptômes cliniques, l'exclusion d'étiologies différentielles (en particulier en cas de détérioration clinique sous traitement) et l'ampleur des

altérations inflammatoires du LCR (avant tout la mise en évidence répétée d'une pléiocytose et son degré) sont déterminantes pour le contrôle du succès thérapeutique.

Répercussions fonctionnelles sur les performances

Les symptômes neurologiques résiduels sont rares après une antibiothérapie conforme aux lignes directrices. L'évaluation de la capacité de travail en lien avec des symptômes résiduels persistants se base sur le type de limitations fonctionnelles et leur sévérité [6]. En cas de limitations cognitives persistantes après une forme encéphalitique, un examen neuropsychologique complémentaire, y compris validation des symptômes, est indiqué.

Aspects spécifiques

En Suisse, les maladies transmises par les tiques entrent dans la définition de l'accident.

Méningo-encéphalite à tiques

Recommandations de médecine d'assurance [7]

Le diagnostic repose sur l'anamnèse, avec un séjour dans une région à risque et facultativement le souvenir d'une morsure de tique, et sur l'évolution clinique, avec des symptômes prodromiques, tels que sensation générale de malaise, céphalées et fièvre, durant environ une semaine, suivis quelques jours plus tard de symptômes neurologiques, avec à nouveau de la fièvre (deux phases de fièvre), et il est confirmé par la mise en évidence d'anticorps IgM et IgG spécifiques de la méningo-encéphalite à tiques dans le sang et par la mise en évidence d'altérations inflammatoires dans le sang et le LCR.

La maladie se manifeste sous forme de méningite isolée dans 50% des cas, sous forme de méningo-encéphalite dans 40% des cas et sous forme de myélite dans 10% des cas. Le pronostic est le plus favorable dans la forme purement méningitique, pour laquelle une guérison sans séquelles peut être espérée. En revanche, 20% des patients souffrant d'une forme encéphalitique présentent une guérison incomplète. Une régression des déficits trois ans après la maladie aiguë n'est plus guère probable. Des déficits permanents sont à redouter chez 50% des patients présentant une forme myélitique.

Les infections doubles avec borréliose concomitante sont rares et elles ont le plus souvent une évolution plus sévère. A l'imagerie par résonance magnétique (IRM), des altérations symétriques du signal dans le thalamus et le corps calleux s'observent uniquement chez 20% des patients, le plus souvent durant la phase aiguë. Il n'y a cependant pas de corrélation univoque entre les anomalies du signal à l'IRM et la sévérité ou le pronostic de la maladie.

Le traitement se limite à des mesures symptomatiques. Une fois le diagnostic confirmé, il est obsolète de réaliser des sérologies à répétition.

Répercussions fonctionnelles sur les performances

Les états de déficience sont pertinents du point de vue de la médecine d'assurance. En cas de limitations cognitives persistantes après une forme encéphalitique, un examen neuropsychologique complémentaire, y compris validation des symptômes, est indiqué.

Aspects spécifiques

En Suisse, les maladies transmises par les tiques entrent dans la définition de l'accident.

Lésion cérébrale traumatique

Recommandations de médecine d'assurance [8–10]

Le diagnostic avec évaluation de la sévérité sur la base de critères cliniques est toujours posé en tenant compte de la documentation de la prise en charge aiguë (compte rendu des urgences / de l'unité de soins intensifs, rapport des intervenants de première ligne, rapport de police, documentation d'une amnésie antérograde et rétrograde et durée de la perte de conscience). La pertinence des informations recueillies diminue avec la durée écoulée depuis l'évènement. Il est essentiel de relever des informations sur l'évolution au cours des premières semaines et sur l'évolution des blessures concomitantes.

Une IRM est recommandée lors de toute expertise causale sur les conséquences d'un traumatisme crânio-cérébral. L'expert doit évaluer les nouveaux procédés techniques en connaissance des preuves disponibles et, le cas échéant, faire appel à un neuroradiologue. L'expert doit évaluer de manière différenciée les anomalies liées à l'accident et les anomalies sans rapport avec l'accident. La classification de la «European Federation of Neurological Societies» (EFNS) est utilisée pour l'évaluation de la sévérité de la lésion cérébrale [8]. En cas de critères cliniques d'une lésion cérébrale traumatique légère peu après l'accident et de mise en évidence plus tardive par imagerie d'une lésion cérébrale structurale, la pathologie objectivée à l'imagerie définit le diagnostic de lésion cérébrale.

Les troubles consécutifs à une contusion crânienne simple ont un très bon pronostic et régressent typiquement en totalité en l'espace de quelques jours à semaines au maximum.

La lésion cérébrale traumatique légère (synonyme: «mild traumatic brain injury» [MTBI], autrefois «com-

motion cérébrale») a typiquement un bon pronostic, avec une régression des troubles non spécifiques en l'espace de quelques semaines à mois, une réversibilité totale pouvant généralement être attendue.

En cas de mise en évidence d'une lésion cérébrale structurale (lésion cérébrale substantielle / «traumatic brain injury» [TBI]), des atteintes à la santé permanentes sont plus fréquentes, mais ne sont pas nécessairement présentes. Après une lésion cérébrale structurale, il faut généralement laisser s'écouler un processus de guérison de deux ans avant qu'un état de santé stable puisse être admis et que la situation médicale définitive puisse être évaluée.

En cas de présence concomitante d'une pathologie cérébrale structurale et de signes de déficits neuropsychologiques, un examen neuropsychologique est impérativement indiqué, en tenant tout particulièrement compte des dysfonctions exécutives, des changements de personnalité et des altérations de la cognition sociale. La topographie de la lésion devrait pouvoir expliquer le trouble fonctionnel. En cas de lésion cérébrale non structurale, l'indication d'un examen neuropsychologique dépend du moment de l'examen et du domaine juridique de la problématique.

Un résultat EEG pathologique isolé peut indiquer une lésion cérébrale substantielle, mais il s'agit néanmoins d'un résultat non spécifique dont la signification doit être interprétée dans le contexte global.

Les troubles olfactifs et les troubles de l'équilibre (d'origine centrale) sont situés à la frontière entre la neurologie et l'oto-rhino-laryngologie (ORL) et ils devraient être expertisés par les deux disciplines. Une anomalie «objective» vérifiable (Sniffin' Sticks®, olfactométrie, mise en évidence à l'imagerie d'une lésion unilatérale/bilatérale du nerf olfactif / bulbe olfactif, examen neuro-otologique) constitue la base.

Répercussions fonctionnelles sur les performances

Les aspects suivants doivent être pris en compte dans l'évaluation des répercussions fonctionnelles sur les performances: changement de personnalité, performances cognitives, fatigabilité, comportement, céphalées, aptitude à la conduite, motricité/sensibilité et douleurs.

Estimation de l'atteinte à l'intégrité

Lors de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité dans le cadre d'une lésion cérébrale traumatique, les domaines suivants doivent être pris en compte: cognition, psyché, fonction olfactive, motricité/sensibilité, épilepsie post-traumatique, céphalées et douleurs faciales, troubles de l'équilibre. Les dommages préexistants et les comorbidités doivent être pris en compte dans l'es-

timation de l'atteinte à l'intégrité et être déduits. En cas de troubles cognitifs prédominants, l'atteinte à l'intégrité est estimée d'après le *Tableau 8* de la Suva «Atteinte à l'intégrité pour les complications psychiques des lésions cérébrales» [11]. En cas de troubles psychiques prédominants, l'atteinte à l'intégrité est estimée d'après le *Tableau 19* de la Suva «Atteinte à l'intégrité pour séquelles psychiques d'accidents» [12].

Céphalées

Recommandations de médecine d'assurance [13]

L'expertise de céphalées primaires et secondaires requiert des connaissances et une expérience particulières. L'expert devrait connaître la classification de la «International Headache Society» (IHS), la «International Classification of Headache Disorders» (ICHD), ainsi que les recommandations thérapeutiques en vigueur de la Société suisse pour l'étude des céphalées (SSC) et de la «Deutsche Gesellschaft für Neurologie» (DGN) / «Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft» (DMKG) [14–16].

Pour les céphalées primaires, ce sont avant tout la migraine chronique sans abus médicamenteux, les céphalées trigémino-autonomiques chroniques (telles que céphalées en grappes, hemicrania continua résistante au traitement et «short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing» [SUNCT]) et les céphalées quotidiennes chroniques de novo («new daily persistent headache» [NDPH]) qui sont pertinentes dans le contexte de l'expertise. S'y ajoutent également les neuropathies chroniques et les névralgies faciales. Pour les céphalées secondaires, ce sont les céphalées post-traumatiques et l'exclusion de céphalées par abus médicamenteux (CAM) qui sont pertinentes dans le contexte de l'expertise. Il est question de CAM en cas de prise de médicaments antalgiques de secours (triptans, opiacés, associations) lors de dix jours ou plus par mois ou de prise d'antalgiques simples lors de 15 jours ou plus par mois. Les céphalées primaires (migraine ou céphalées de tension, à l'exception des céphalées en grappes) constituent un facteur de risque de développement de CAM. Un arrêt des médicaments aigus durant au minimum quatre semaines, en milieu ambulatoire ou stationnaire, est considéré comme une tentative de traitement adéquate.

Des céphalées peuvent également survenir en tant que symptôme d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Elles remplissent alors généralement les critères de céphalées de tension chroniques ou de NDPH. Pour la pose d'un diagnostic définitif de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10:

F45.4), une expertise (partielle) psychiatrique ou, dans certains cas, également neuropsychologique est en outre indispensable. Cela implique en particulier de prouver que les céphalées sont survenues en rapport avec des conflits émotionnels ou des problèmes psychosociaux et que cet événement présente une sévérité suffisante.

Un examen diagnostique complémentaire est indiqué en cas de traumatismes, de céphalées en grappes, de névralgies (IRM crânienne), de douleurs nucales et de signes de dissection vasculaire (IRM cervicale et angio-IRM); dans des cas exceptionnels, un EEG est indiqué pour le diagnostic différentiel épilepsie versus aura migraineuse.

La prise en charge des céphalées fait non seulement appel aux rares traitements médicaux standards, mais également à des traitements complémentaires et à des médicaments utilisés en «off-label». Selon la jurisprudence actuelle, les approches thérapeutiques alternatives sont définies comme des méthodes dont l'efficacité est mise en doute par la communauté scientifique, mais dont l'inefficacité ou la nocivité n'est pas prouvée.

Une résistance thérapeutique est considérée comme avérée lorsque les céphalées n'ont pas régressé d'au minimum 50% en intensité et/ou en durée avec trois médicaments prophylactiques différents administrés à une dose adéquate et sur une durée adéquate.

Les céphalées primaires sont considérées comme une maladie à vie présentant une dynamique d'évolution individuelle. Outre des bases génétiques, d'autres facteurs (modèle bio-psycho-social) influencent les fluctuations au cours de la vie. Par conséquent, des expertises de l'évolution à des intervalles déterminés individuellement peuvent s'avérer judicieuses.

Répercussions fonctionnelles sur les performances

Dans la grande majorité des cas, les céphalées conduisent uniquement à une incapacité de travail de courte durée. Les céphalées chroniques, en particulier lorsqu'elles sont de façon avérée réfractaires aux traitements, peuvent conduire à une limitation des performances professionnelles. Pour l'évaluation de la limitation professionnelle, une documentation exacte de la fréquence, de la durée et de l'intensité des crises est indispensable (journal de bord des céphalées), la cohérence de ces données subjectives devant être vérifiée. La limitation des performances est de préférence définie d'après la «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) [17]. Pour la migraine, des instruments de mesure validés, tels que le MIDAS («Migraine Disability Score») ou le HIT-6 («Headache Impact Test»), peuvent en outre être utilisés [18, 19].

Estimation de l'atteinte à l'intégrité

Les céphalées chroniques post-traumatiques peuvent justifier une estimation de l'atteinte à l'intégrité. Les prérequis sont qu'il y ait eu un accident approprié, que les troubles aient un caractère durable et que les options thérapeutiques aient été épuisées, avec une adhérence thérapeutique documentée et une cohérence vérifiée. L'estimation doit se faire avec une justification comparative, car il n'existe pas de tableau spécifique de la Suva pour les céphalées. Il convient d'effectuer une comparaison avec le *Tableau 7* de la Suva «Atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale», car ce tableau contient entre autres une échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles [20].

Epilepsie

Recommandations de médecine d'assurance

En cas de lésion cérébrale traumatique, la connaissance et l'évaluation de la sévérité de la lésion cérébrale (classification de l'EFNS [8]), de l'évolution aiguë et des anomalies aiguës sur la base des documents en temps réel ainsi que l'évaluation de la sémiologie des crises sont des prérequis pour pouvoir classer les crises et déterminer leur étiologie. La mise en évidence d'une lésion correspondante à l'IRM, qui doit être réalisée de façon spécifiquement adaptée à la problématique, est obligatoire pour la classification en tant qu'«épilepsie post-traumatique» [21]. Des altérations correspondantes à l'EEG (dérivations multiples indispensables) peuvent confirmer le diagnostic. En particulier les diagnostics différentiels spécifiques au groupe d'âge en question doivent être soigneusement exclus lors de la survenue de crises et les crises non épileptiques doivent être identifiées et être traitées de façon adéquate. Pour l'évaluation des séquelles d'accidents, les troubles concomitants, tels qu'un trouble organique de la personnalité ou des déficits neuropsychologiques, doivent impérativement être évalués. A

cet effet, une hétéro-anamnèse, le cas échéant avec une personne de l'environnement professionnel, est également nécessaire.

En règle générale, les épilepsies sont considérées comme des affections à vie, à l'exception de certains syndromes épileptiques liés à l'âge. En fonction de cela, le traitement anticonvulsivant peut être interrompu progressivement dans les deux tiers des cas après plusieurs années d'absence de crises. Dans les cas favorables, la chirurgie de l'épilepsie permet d'obtenir une disparition totale des crises.

Répercussions fonctionnelles sur les performances

Les performances sont déterminées sur la base du type de crises et de la fréquence des crises. Cela vaut en général pour tous les types d'épilepsies réfractaires aux traitements. Les recommandations professionnelles allemandes «BGI 585», qui peuvent être adaptées aux particularités nationales, constituent un instrument opérationnel [22].

Estimation de l'atteinte à l'intégrité

L'estimation de l'atteinte à l'intégrité s'effectue conformément à l'Annexe 3 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) [23]. En présence d'altérations neuropsychologiques et/ou de modifications de la personnalité permanentes et considérables supplémentaires liées à l'accident, celles-ci doivent être prises en compte dans l'estimation.

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement le Dr Ilijas Jelcic, le Prof. Sönke Johannes, le Prof. Stephan Rüegg et le Prof. Peter S. Sandor pour la relecture critique et les propositions complémentaires.

Disclosure statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2021.08768>.

Correspondance:
PD Dr méd.
Andreas R. Gantenbein
Neurologie &
Neurorehabilitation
ZURZACH Care
Quellenstrasse 34
CH-5330 Bad Zurzach
[andreas.gantenbein\[at\]
zurzachcare.ch](mailto:andreas.gantenbein[at]zurzachcare.ch)