

Lignes directrices pour l'expertise en médecine d'assurance

II. Partie spécifique à la neurologie

Introduction

La Société Suisse de Neurologie (SSN) a été l'initiatrice d'une partie générale des «lignes directrices d'expertise», dans laquelle elle a également joué un rôle de premier plan. La partie générale de la ligne directrice d'expertise représente donc déjà dans une large mesure le point de vue des spécialistes en neurologie, c'est pourquoi elle est considérée comme faisant partie intégrante de la présente partie spécialisée.

Les déclarations décisives pour la médecine d'assurance, cruciales pour la qualité d'une expertise médicale, se trouvent dans la partie générale. Cette partie spécifique doit seulement être considérée comme un complément du point de vue de la neurologie; la consultation de la partie générale est donc vivement recommandée.

1. Particularités de l'expertise neurologique

En neurologie, différents appareils de mesure sont disponibles pour contrôler scientifiquement la plausibilité de troubles subjectifs, dans le sens de l'*evidence-based medicine* (médecine fondée sur les faits). Dans d'autres disciplines, cela n'est pas le cas dans une telle mesure, voire même pas le cas du tout. Toutefois, dans le collectif des patients de neurologie, la part des troubles subjectifs qui à ce jour échappent à l'objectivation scientifique (par ex. douleurs, ressenti subjectif, etc.) est considérable. Évaluer et contrôler la plausibilité de ces troubles et problèmes de santé dans le contexte de l'expertise exige, outre les connaissances correspondantes en matière de médecine d'assurance, une grande expérience clinique.

2. Anamnèse neurologique

Recueillir l'anamnèse revêt une importance cruciale, en particulier lors de l'évaluation des troubles subjectifs non mesurables scientifiquement. La façon dont les sujets décrivent les troubles (précise et compréhensible, en adéquation avec des tableaux cliniques similaires, ou bien atypique, évasive et vague) ainsi que la distinction entre cohérences et/ou incohérences vis-à-vis de l'anamnèse, des actions, du comportement ou de la performance, sont des indices essentiels pour la plausibilité en médecine d'assurance. Il en va de même pour les troubles subjectifs avec constatations objectives mesurables scientifiquement.

3. Statut neurologique

L'examen clinique neurologique ainsi que l'observation comportementale font partie intégrante d'une expertise neurologique. L'ampleur et l'axe central dépendent de la problématique en question. Il convient de veiller à documenter le statut neurologique de la façon la plus objectivable et compréhensible possible. Cela comprend en particulier les différences d'étendue mesurées avec mention des repères anatomiques, la documentation photographique (par ex. anomalies végétatives en cas de SDRC, symptômes autonomes en cas de céphalées en grappe), et l'utilisation de scores cliniques (par ex. degré de parésie d'après le MRC M0-5). De manière générale, il convient également de prêter attention aux cohérences/incohérences lors de la détermination du statut neurologique, en particulier en présence de troubles fonctionnels ou signes d'extension des symptômes, d'aggravation ou de simulation. Des tests cliniques spécifiques sont ici adaptés, par ex. le signe de Hoover et les signes de Waddell.

4. Examens complémentaires

En neurologie, différents examens complémentaires sont disponibles; ils sont réalisés par l'expert ou bien délégués. Une évaluation propre des constatations préalables spécifiques suivie d'une discussion critique est indispensable.

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

En cas de qualification correspondante, l'expert peut réaliser lui-même les examens mentionnés en tant que partie intégrante de l'examen neurologique. Les résultats constituent le fondement de l'évaluation générale. Un examen électroneuromyographique ne devrait par exemple être évalué que dans le contexte clinique global (anamnèse, résultats cliniques et électrophysiologiques). D'autre part, à titre d'exemple, une EEG normale n'exclut pas forcément une épilepsie.

Analyses de laboratoire et analyse du liquide céphalo-rachidien (LCR)

En fonction de la problématique, des analyses de laboratoire et du LCR peuvent être indiquées. Les taux médicamenteux peuvent également être déterminés afin de vérifier l'adhésion thérapeutique. Ce faisant, les taux médicamenteux qu'il n'est pas possible de mettre en évidence (se trouvant en-dessous du seuil de détection) peuvent – en cas de prise quotidienne indiquée par le patient – plaider contre une prise régulière de la substance mentionnée (voir également Partie générale).

Imagerie

L'expert doit consulter lui-même les examens d'imagerie pertinents disponibles et, si besoin,

faire appel à un neuroradiologue, ce qui doit être signalé. Il convient de tenir compte des aspects suivants lors de l'évaluation de la qualité de l'imagerie: disposition aux artéfacts, intensités de champ, épaisseur de couche, coupe, pondération, protocoles d'examen adéquats.

Neuropsychologie

Ces procédés constituent des résultats supplémentaires inclus dans l'évaluation globale de la médecine d'assurance (Stöckli *et al.* 2005). L'évaluation globale des constatations et les conclusions correspondantes relèvent de l'expert médical compétent.

5. Evaluation des altérations objectivables de la santé

Pour de nombreux tableaux cliniques neurologiques objectivables, il existe des lignes directrices diagnostiques et thérapeutiques détaillées (comme pour la maladie de Parkinson, la démence, l'accident vasculaire cérébral, la paraplégie). Sont considérés comme des constatations neurologiquement objectivables les pathologies mises en évidence par imagerie, analyses neurophysiologiques ou analyses de laboratoire, mais également les observations clinico-pathologiques tels que les réflexes pathologiques, les atrophies, les pathologies neurovégétatives pouvant être mises en évidence cliniquement, etc. Dans les cas particuliers, la seule présence d'une constellation bien définie de symptômes et résultats issus du contexte clinico-neurologique peut être considérée comme cliniquement plausible et donc largement comme un syndrome objectivable (comme certains syndromes du tronc cérébral ou de la moelle épinière qui peuvent échapper aux examens d'imagerie, et des phénomènes douloureux circonscrits typiques tels que les névralgies, les douleurs fantôme, les céphalées en grappe), pour autant que les éléments sont compréhensibles et sans contradictions sur le plan neurologique et dans le cadre de l'examen de la cohérence. Dans un tel cas, une justification compréhensible et sans contradictions est toutefois indispensable. Une sélection de tableaux de troubles fait l'objet de discussions en annexe.

6. Evaluation des altérations non objectivables de la santé

Comme mentionné initialement, la part des troubles subjectifs qui échappent à ce jour à l'objectivation scientifique est considérable, en particulier dans le contexte de la médecine d'assurance. Ici aussi, il existe des lignes directrices avec une implication suisse. Une sélection de tableaux de troubles fait l'objet de discussions en annexe.

7. Contrôle de la cohérence

Le contrôle de la cohérence fait partie intégrante de toute expertise de médecine d'assurance, et joue un rôle central. Pour ce qui est de la méthodologie et systématique du contrôle de la cohérence, il convient de se reporter à la partie générale des lignes directrices

ainsi qu'à la littérature spécialisée (par ex. critères selon Widder).

Les troubles subjectifs et pertes de performance mis en avant par la personne examinée sont à évaluer en corrélation avec les résultats objectifs et autres observations d'expert compréhensibles ou non compréhensibles. C'est de là que découlent les pertes de performance qualitatives et quantitatives plausibles sur le plan purement médico-neurologique (par ex. incapacité de travail).

Références

Lignes directrices de la *Deutsche Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung*: <https://www.dgnb-ev.de/publikationen/leitlinien>; <https://www.awmf.org/leitlinien/>

Stöckli, H. R. *et al.* (2005): Pragmatische Empfehlungen der multidisziplinären Konsensusgruppe Olten vom 13.01.2005. Dans: *Forum Médical Suisse* 5 (47); 1182-7.

Widder B. Beurteilung der Beschwerdenuvalidität. Dans: Widder B, Gaidzik PW, Hrsg. *Neurowissenschaftliche Begutachtung*. 3. vollständig überarbeitete Auflage: Georg Thieme Verlag 2018.

Annexe - Sélection de situations d'expertise (mise à jour 04/2020)

La sélection de situations d'expertise ne couvre que les particularités nationales de la médecine d'assurance. Des extensions sont possibles et prévues.

A1. Neuroborréliose

Recommandations de médecine d'assurance

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

En cas de troubles durables et gênants sur une période de 6 mois après la fin de l'antibiothérapie conforme aux lignes directrices, les analyses du LCR doivent être répétées. En présence d'altérations inflammatoires durables du LCR (pléocytose), un nouveau traitement antibiotique doit être mis en place après le diagnostic différentiel. Les paramètres suivants ne doivent pas être invoqués pour le contrôle du succès thérapeutique: concentrations d'anticorps (titres) spécifiques à la borréliose dans le sérum, indice d'anticorps LCR/sérum spécifique à la borréliose, bandes oligoclonales dans le LCR, protéines totales dans le LCR, bandes lors de l'immunoblot de Lyme.

L'évaluation des symptômes cliniques, l'exclusion d'étiologies différentes – en particulier en cas de dégradation clinique sous traitement – et l'ampleur des altérations inflammatoires du LCR sont décisives pour le contrôle du succès thérapeutique, de même qu'en premier lieu la nouvelle mise en évidence d'une pléocytose et son degré.

Répercussions fonctionnelles sur la performance

Les symptômes neurologiques résiduels sont rares après une antibiothérapie conforme aux lignes directrices. L'évaluation de la capacité de travail sur la base de symptômes résiduels persistants s'oriente en fonction du type et du degré de sévérité des limitations fonctionnelles. En cas de limitations cognitives persistantes après une forme d'évolution encéphalitique, un examen neuropsychologique complémentaire comprenant une validation des symptômes est indiqué.

Aspects spéciaux

En Suisse, les maladies transmises par les tiques relèvent de la notion d'accident.

Références

S3-Leitlinie DGN Neuroborreliose; AWMF Registernummer: 030/071; vollständig überarbeitet 21.03.2018

Oliveira & Shapiro, Update on persistent symptoms associated with Lyme disease. Curr.Opin.Pediatr. 2015; 27: 100-104.

A2. FSME

Recommandations de médecine d'assurance

Le diagnostic s'appuie sur l'anamnèse avec séjour dans une région à risque, les éventuels souvenirs de piqûre de tique, et l'évolution clinique avec symptômes prodromaux persistant env. 1 semaine tels qu'une sensation générale de maladie, des céphalées et de la fièvre, suivis quelques jours plus tard de symptômes neurologiques avec retour de la fièvre («fièvre à deux pics»). Il s'appuie également sur la mise en évidence dans le sang d'anticorps IgM et IgG spécifiques de la FSME, et d'altérations inflammatoires dans le sang et le LCR.

Une méningite isolée se produit dans 50% des cas, une méningo-encéphalite dans 40% des cas, et une myélite dans 10% des cas. La forme d'évolution purement méningitique est associée au pronostic le plus favorable, et une guérison complète sans séquelles peut être attendue. Chez 20% des personnes touchées présentant une forme d'évolution encéphalitique, il faut en revanche s'attendre à une guérison incomplète. Une régression des déficiences est improbable 3 ans après la maladie aiguë. Chez 50% des personnes touchées présentant une forme d'évolution myélitique, il faut s'attendre à des déficiences durables.

Les doubles infections avec borréliose concomitante sont rares et leur évolution est généralement plus grave. A l'IRM, seuls 20% des patients présentent des altérations du signal symétriques dans le thalamus et dans le corps calleux, le plus souvent lors de la phase aiguë. Il n'y a alors aucune corrélation claire entre des anomalies du signal à l'IRM et la sévérité ou le pronostic de la maladie.

Le traitement se limite à des mesures symptomatiques. Des sérologies répétées sont obsolètes une fois le diagnostic certain.

Répercussions fonctionnelles sur la performance

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

Aspects spéciaux

En Suisse, les maladies transmises par les tiques relèvent de la notion d'accident.

Références

S1-Leitlinie DGN FSME; AWMF Registernummer: 030/035; Stand 19.01.2016.

Diener et al., Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 5. Auflage, Thieme Verlag 2012.

A3. Lésion cérébrale traumatique

Recommandations de médecine d'assurance

Le diagnostic avec degré de sévérité d'après des critères cliniques est toujours posé en connaissance de la documentation en temps réel (procès-verbal de l'urgentiste/des soins intensifs, rapport du premier intervenant, procès-verbal de police, documentation de l'amnésie antérograde ou rétrograde et durée de l'inconscience). Plus la latence vis-à-vis de l'événement est grande, plus la pertinence des données recueillies est faible. Il est essentiel de recueillir l'évolution des premières semaines et des co-lésions.

Une IRM est recommandée pour tous les cas d'expertise causale à la suite d'un traumatisme cranio-cérébral. En connaissance des faits disponibles, l'expert doit évaluer de nouveaux procédés techniques et si besoin faire appel à un neuroradiologue. L'expert doit faire preuve de différenciation dans l'évaluation des observations liées à l'accident et celles non liées à l'accident. L'évaluation du degré de sévérité de la lésion cérébrale se base sur la classification de l'EFNS. En présence de critères cliniques d'une lésion cérébrale traumatique légère proche du moment de l'accident et d'une mise en évidence consécutive d'une lésion cérébrale structurelle par examen d'imagerie diagnostique, la pathologie mise en évidence par examen d'imagerie diagnostique définit le diagnostic de la lésion cérébrale (lésion cérébrale traumatique).

Les troubles consécutifs à un simple choc à la tête (traumatisme crânien) ont un très bon pronostic et se résorbent typiquement complètement en l'espace de quelques jours à quelques semaines maximum.

La lésion cérébrale traumatique légère (synonyme: *mild traumatic brain injury* [MTBI], autrefois commotion cérébrale) possède typiquement un bon pronostic, avec une disparition des troubles non spécifiques en l'espace de quelques semaines à quelques mois, c'est-à-dire qu'une réversibilité totale peut être attendue.

En cas de mise évidence d'une lésion cérébrale structurelle (lésion cérébrale substantielle/TBI), les altérations durables de la santé sont plus fréquentes mais ne sont pas inéluctables. Après une lésion cérébrale substantielle, il faut en règle générale s'attendre à un processus de guérison de 2 ans avant d'espérer une stabilisation de l'état de santé et une évaluation médicale définitive de l'état.

Un examen neuropsychologique est impérativement indiqué en présence concomitante d'une pathologie cérébrale structurelle et de signes de déficiences neuropsychologiques, en

tenant particulièrement compte des troubles fonctionnels exécutifs, d'un changement de personnalité, et de l'altération 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 dont relève la problématique.

Un résultat d'EEG à caractère pathologique isolé peut indiquer une lésion cérébrale substantielle, mais constitue un constat non spécifique dont l'importance doit être considérée dans le contexte global.

Les troubles de l'odorat et les troubles (centraux) de l'équilibre relèvent d'un domaine à la frontière entre neurologie et ORL, et doivent faire l'objet d'une expertise de la part des deux disciplines de spécialité. Le fondement est un résultat «objectif» compréhensible (Sniffin'Sticks, olfactométrie, mise en évidence par imagerie diagnostique d'une lésion unilatérale/bilatérale du nerf olfactif ou du bulbe olfactif, examen neuro-otologique).

Répercussions fonctionnelles sur la performance

Les aspects suivants doivent être pris en compte pour les répercussions fonctionnelles sur la performance: changement de personnalité, performance cognitive, fatigabilité, comportement, céphalées, aptitude à la conduite, motricité/sensibilité et douleurs.

Estimation de l'atteinte à l'intégrité

Il convient de tenir compte des domaines suivants lors de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité d'une lésion cérébrale traumatique: cognition, psychisme, fonction olfactive, motricité/sensibilité, épilepsie post-traumatique, douleurs de la tête et du visage, et trouble de l'équilibre. Lors de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, les lésions antérieures et comorbidités doivent être prises en compte et déduites. En cas d'altérations de la santé de premier plan d'ordre cognitif, l'atteinte à l'intégrité est estimée selon le *Tableau 8* de la Suva «Atteinte à l'intégrité pour les complications psychiques de lésions cérébrales». En cas d'altérations de la santé de premier plan d'ordre psychique, l'atteinte à l'intégrité est basée sur le *Tableau 19* de la Suva «Atteinte à l'intégrité pour séquelles psychiques d'accidents».

Références

Vos PE, Battistin L, Birbamer G, Gerstenbrand F, Potapov A, Prevec T, et al. EFNS guideline on mild traumatic brain injury: report of an EFNS task force. *Eur J Neurol.* 2002;9(3):207-19.

Vos PE, Alekseenko Y, Battistin L, Ehler E, Gerstenbrand F, Muresanu DF, et al. Mild traumatic brain injury. *Eur J Neurol.* 2012;19(2):191-8.

Wallesch C-W, Schmidt R. Schädel-Hirn-Traumen. Dans: Widder B, Gaidzik PW, editors. *Neurowissenschaftliche Begutachtung.* 3., vollständig überarbeitete Auflage ed: Georg Thieme Verlag; 2018.

Wallesch CW, Marx P, Tegenthoff M, Widder B, Schwerdtfeger K, Du Mesnil de Rochemnont R, et al. Leitlinie "Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma". AWMF-Leitlinien Register [Internet]. 17.07.2014.

A4. Céphalées

Recommandations de médecine d'assurance

L'expertise des céphalées primaires et secondaires demande des connaissances particulières et de l'expérience. L'expert doit connaître la classification de la SIC (CIC) ainsi que les recommandations thérapeutiques actuelles de la SSC & DGN/DGKM.

Dans le contexte de l'expertise et dans le cadre des céphalées primaires, ce sont avant tout la migraine chronique sans abus médicamenteux, les céphalées chroniques trigémino-autonomes (telles que les céphalées en grappe, l'hémicrania continua résistante au traitement, le syndrome SUNCT), et la nouvelle céphalée quotidienne persistante (NDPH) qui sont pertinentes. A cela s'ajoutent également les neuropathies et névralgies chroniques dans la zone du visage. Pour ce qui est des formes secondaires, il s'agit des céphalées post-traumatiques et de l'exclusion d'une céphalée sur abus médicamenteux (CAM). Cette dernière se retrouve lors de la prise de médicaments antidouleurs pendant 10 jours par mois ou plus (triptans, opiacés, associations), ou bien 15 jours par mois ou plus pour les antalgiques simples. Les céphalées primaires (migraines ou céphalées de tension, à l'exception des céphalées en grappe) constituent un facteur de risque pour le développement d'une CAM. Un arrêt ambulatoire ou stationnaire de la médication aiguë pendant au moins 4 semaines constitue une approche thérapeutique adaptée.

Les céphalées peuvent également se manifester en tant que symptôme d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Elles remplissent alors généralement les critères d'une céphalée de tension chronique ou d'une NDPH. Pour un diagnostic définitif de syndrome douloureux somatoforme persistant (ICD-10: F45.4), une expertise (partielle) psychiatrique supplémentaire – voire neuropsychologique – est requise. Ce faisant, il convient avant tout de mettre en évidence que l'apparition de la céphalée est en lien avec des conflits d'ordre émotionnel ou des problèmes psychosociaux et qu'il existe un degré de sévérité suffisant de cet événement.

Un diagnostic complémentaire est indiqué en cas de traumatismes, céphalées en grappe, névralgies (IRM crânienne), douleurs cervicales, signes de dissection vasculaire (IRM du rachis cervical et angio-IRM), et exceptionnellement une EEG pour faire la distinction entre épilepsie et aura migraineuse.

Le traitement des céphalées comprend, outre les rares thérapies standard, des thérapies complémentaires et des utilisations *off-label*. Selon la juridiction actuelle, les procédés thérapeutiques alternatifs sont définis comme des méthodes dont l'efficacité est mise en

doute par l'opinion scientifique, mais dont l'inefficacité ou la nocivité n'a pas été mise en évidence.

Une résistance thérapeutique est considérée comme avérée lorsque la céphalée n'a pas perdu au moins 50% d'intensité et/ou de durée avec trois médicaments prophylactiques différents à un dosage et une durée d'utilisation adéquats.

Les céphalées primaires sont considérées comme une affection à vie à la dynamique d'évolution variable selon les individus. Outre des origines génétiques, d'autres facteurs (modèle biopsychosocial) influent sur les variations au cours de la vie. C'est pourquoi des expertises de suivi peuvent être judicieuses à des intervalles déterminés individuellement.

Répercussions fonctionnelles sur la performance

Dans la grande majorité des cas, les céphalées n'entraînent des incapacités de travail que de courte durée. Les céphalées chroniques, en particulier documentées comme réfractaires au traitement, peuvent entraîner une limitation de la performance professionnelle. Pour mesurer la limitation professionnelle, une documentation précise de la fréquence, durée et intensité des crises est requise (journal des céphalées), ces données subjectives devant être contrôlées quant à leur cohérence. La meilleure définition de la limitation de la performance est celle de l'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Pour ce qui est de la migraine, des outils de mesure validés tels que le MIDAS (*Migraine Disability Score*) ou le HIT-6 (*Headache Impact Test*) peuvent être mis à contribution.

Estimation de l'atteinte à l'intégrité

Les céphalées chroniques peuvent justifier l'estimation d'une atteinte à l'intégrité. Les conditions préalables sont les suivantes: avoir été victime d'un accident correspondant, des troubles qui persistent, avoir épuisé les options thérapeutiques (avec documentation de l'adhésion thérapeutique), et un examen de la cohérence. L'estimation doit être justifiée par une comparaison transversale, car la Suva ne dispose pas de tableau dédié uniquement aux céphalées. Il est possible de procéder à une comparaison transversale à l'aide du Tableau 7 de la Suva relatif aux «affections de la colonne vertébrale»; ce tableau comprend notamment une échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles.

Références

Ligne directrice «*Die Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen Kopfschmerzen*», niveau de développement S2 et sous la responsabilité de la *Deutsche Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung*.

<https://www.ichd-3.org/>

www.headache.ch/Therapieempfehlungen

<https://www.dgn.org/leitlinien/inhalte-nach-kapiteln>

A5. Epilepsie

Recommandations de médecine d'assurance

En cas de lésion cérébrale traumatique, la connaissance et l'évaluation du degré de sévérité de la lésion cérébrale (classification de l'EFNS), de l'évolution aiguë et des résultats aigus à l'aide de la documentation en temps réel ainsi que le recueil de la sémiologie des crises sont des prérequis afin de pouvoir classer les crises et procéder à un classement étiologique. La mise en évidence d'une lésion correspondante à l'IRM, qui doit être adaptée spécifiquement à la problématique, est obligatoire pour la classification en tant qu'épilepsie post-traumatique. Les résultats d'EEG correspondants – multiples déviations requises – peuvent confirmer le diagnostic. Ce sont avant tout les diagnostics différentiels spécifiques aux groupes d'âge qui doivent être exclus avec soin en cas de survenue de crises. Les crises non épileptiques doivent quant à elles être détectées et recevoir le traitement adéquat. Les troubles concomitants tels que les troubles organiques de la personnalité ou les déficiences neuropsychologiques doivent impérativement être clarifiés dans le cadre de l'évaluation des conséquences de l'accident. Ici aussi, une anamnèse de tiers est requise, incluant éventuellement une personne de l'entourage professionnel également.

En règle générale, les épilepsies sont considérées comme des altérations de la santé persistant à vie, à l'exception de certains syndromes épileptiques liés à l'âge. En fonction des cas, le traitement anticonvulsif peut être stoppé progressivement chez deux tiers des patients après plusieurs années sans crises. Dans les cas favorables, des mesures antiépileptiques chirurgicales peuvent conduire à une absence totale de crises.

Répercussions fonctionnelles sur la performance

La performance est déterminée par le type et la fréquence des crises. Cela vaut de manière générale pour tous les types d'épilepsie réfractaire au traitement. Les recommandations «BGI 585» de la communauté professionnelle offrent un outil opérationnel qui peut être adapté aux spécificités nationales.

Estimation de l'atteinte à l'intégrité:

L'estimation de l'atteinte à l'intégrité s'effectue selon l'annexe 3 de l'OLAA. Si l'accident a causé des altérations neuropsychologiques supplémentaires durables et majeures et/ou des changements de personnalité, ceux-ci doivent être pris en compte dans l'estimation.

Références

Scheffer IE, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58(4):512-21.

<https://www.ilae.org/guidelines/definition-and-classification>

Commission «Arbeitsmedizin» du *Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften* (HVBG), 2007. BG-Information: Empfehlungen zur Beurteilung beruflicher Möglichkeiten von Personen mit Epilepsie (BGI 585).

Commission d'experts (par ordre alphabétique):

PD Dr Andreas R. Gantenbein
Spécialiste en neurologie
Expert médical certifié SIM

Dr Marc Oliver Koch
Spécialiste en neurologie
Expert médical certifié SIM

Dr Andreas Mühl
Spécialiste en neurologie

Dr Holger Schmidt
Spécialiste en neurologie
MAS en médecine des assurances

Dr Hans-Rudolf Stöckli,
Spécialiste en neurologie
Expert médical certifié SIM

Version finale, 28.04.2020