

LIBRES PROPOS SUR L'IMPUTABILITE DES ACCIDENTS DANS L'EVALUATION MEDICO-LEGALE DE LA DEPRESSION NERVEUSE

M. Reznik(1)

RESUME

Toute victime d'un accident peut subir des troubles psychologiques ou psychiatriques de gravité variée. Il n'existe pas de méthode fiable pour évaluer la répercussion de ces troubles psychologiques sur les capacités professionnelles des victimes. Cet article vise à baliser le mode de raisonnement que peut tenir le médecin expert face aux lois et à la jurisprudence qui règlent les conséquences de ces accidents, principalement dans la législation sur les accidents dus au travail.

*« Fracture pour fracture,
Œil pour œil,
Dent pour dent »
Bible, Levitique XXIV, 19-20.*

Depuis les temps historiques les plus éloignés, l'homme a conçu des processus de compensation et de réparation pour les « souffrances » subies par la faute d'autrui. Emanant d'une disposition naturelle profondément ancrée dans le psychisme de l'être humain, ce sentiment de « dédommagement » est le paradigme inexorable de ce qui donnera naissance au concept du *Droit*, qu'il soit considéré comme « naturel » ou qu'il soit adapté au développement de chaque civilisation. Influencée par les facteurs culturels et socio-économiques qui la définissent, notre société a élaboré progressivement des systèmes d'Assurances qui réparent, le plus équitablement possible, les dommages subis par les victimes des accidents dont, notamment, ceux dus au « Travail ».

En Belgique, le principe du dédommagement des conséquences des accidents du travail implique, actuellement, une réparation pécuniaire forfaitaire qui compense la perte de capacité de gain de la victime, en tenant compte du ou des métier(s) normalement exercé(s) par la victime. Dans une large mesure, cette indemnisation ne tient pas compte de l'état médical antérieur de la victime puisque son salaire de base refléterait déjà l'influence de l'état antérieur sur sa capacité réelle de travail. Certains s'interrogent cependant de savoir si cette pétition de principe n'est pas excessive (Hannequart, 1990). Ce principe est conséquent dans son élaboration théorique quand il se limite à la constitution physique de la victime, mais il devient parfois aberrant dans certaines de ses applications quotidiennes, surtout lorsqu'on envisage la constitution psychologique de la victime. Cette aberration est encore plus évidente quand on compare le système de réparation en « Droit Commun » et dans le « Droit du Travail ».

Sur le plan physique, la validité incontestable et incontestée de tenir compte ou de ne pas tenir compte de l'état (médical) antérieur du blessé est fournie par quelques exemples classiques et bien connus de tous ceux concernés par les expertises médicales. Rappelons

(1) Professeur, Université de Liège, CHU, Service de Neuropathologie.

brèvement la situation du borgne qui effectue sans difficulté un travail manuel ou d'employé. La perte accidentelle de l'œil fonctionnel le rend aveugle. Alors que dans la législation du Droit Commun, selon le BOBI, la perte d'un seul œil entraîne une invalidité de 30 %, la victime se verra reconnaître 100 % d'incapacité de travail. A l'inverse, on pourrait considérer que, pour un travailleur intellectuel qui exerce son métier en restant assis à son bureau ou à sa stalle, la perte totale d'un membre inférieur qui entraîne 85 % d'invalidité selon le BOBI ne justifierait la reconnaissance d'aucune incapacité de travail, puisque la victime reste totalement apte à poursuivre ses activités professionnelles antérieures. Ces deux exemples ne sont fondés que sur les lésions physiques qui sont immédiatement perceptibles, irréversibles lors de la consolidation et évaluées par rapport à un homme anatomiquement complet. Ces deux exemples n'abordent pas du tout un autre chapitre important : celui des répercussions psychologiques.

Chez le borgne qui devient aveugle et qui est déjà reconnu en incapacité totale de travail sur le plan physique, l'existence d'un état dépressif éventuel ne viendra pas modifier ou aggraver l'évaluation de la capacité de travail. Par contre, chez celui qui devient unijambiste après un accident et qui reste physiquement apte à poursuivre pleinement son travail de sédentaire, l'existence d'un état dépressif secondaire pourra modifier et aggraver très fortement l'évaluation de la capacité de travail.

Ces deux exemples simplistes laissent entrevoir les deux questions abordées dans cet article : l'état antérieur et les troubles psychologiques « réactionnels » éventuels. La situation est difficile car les troubles psychiques sont perçus de façon variée, éminemment variable selon les circonstances, et ne peuvent être évalués que par rapport à l'état antérieur du plaignant, tout en respectant une référence fiable ou admissible par rapport aux normes de la société dans laquelle nous vivons et jugeons. Le facteur psychologique est implicitement apprécié par rapport à une grande diversité de références, variables d'un cas à l'autre, avec une « objectivité » probablement réelle mais bien difficile à exprimer avec des mots (Hougardy, 1990).

Les exemples cités sont simplistes et ne sont que des lapalissades évidentes quand les cas à juger sont flagrants et indiscutables. Le jugement devient plus difficile quand les perturbations psychologiques deviennent prépondérantes par rapport aux lésions physiques, surtout quand les lésions physiques ont guéri sans séquelle objectivable ou que l'accident litigieux n'a provoqué aucune lésion physique. On se trouve alors confronté à un problème qui devient « psychiatrique » et qu'il convient d'aborder avec une rigueur scientifique (Kendler, 1990). Le problème est complexe car des victimes d'accidents, guéries sur le plan physique mais évoluant sur un mode « psychiatrique », deviennent très souvent objets de suspicion. Il s'agit pour le responsable, le fautif, de démasquer les exagérations, les dramatisations ou les falsifications. Au milieu de cet imbroglio de mots, l'expert médical doit garder la tête froide, la réflexion sereine et s'en tenir à une appréciation scientifique qui se marie mal avec les plaidoiries des parties.

Dans le domaine de la pratique quotidienne, et notamment celui de la réparation légale, trois grands symptômes subjectifs dominent la scène : la *douleur*, les *états phobiques* et la *dépression nerveuse*. Ces trois symptômes sont souvent intriqués les uns aux autres et se justifient l'un par rapport à l'autre dans l'esprit des victimes. Ils peuvent cependant exister l'un indépendamment de l'autre.

La *douleur*, spontanée ou en rapport avec une lésion ou un choc physique, est un événement tellement fondamental dans la vie de tous

les individus, que sa réalité ne peut jamais être mise en doute. Ce qui n'est pas mesurable, c'est l'intensité de cette douleur, son déterminisme et ses conséquences réelles. La littérature romanesque, poétique, philosophique, psychologique et médicale concernant la douleur remplit suffisamment de bibliothèques dans le monde entier pour comprendre que ce symptôme sera jugé très différemment par les uns et par les autres. Nonobstant ces considérations générales, comment faut-il apprécier les répercussions fonctionnelles (aptitude au travail) de la douleur quand il n'y a pas de substratum neurologique pouvant la justifier? C'est le cas des douleurs post-fracturaires ou cicatricielles, des lombalgies intermittentes, des céphalées dans un syndrome subjectif post-traumatique, voire même de la « douleur morale » à la suite d'une amputation, d'une insuffisance fonctionnelle (notamment sexuelle) ou de la perte d'un être aimé. Généralement, la douleur n'est pas un symptôme isolé. Il semble bien exister une relation étroite entre les plaintes multiples, une somatisation des symptômes et les tendances dépressives (Dworkin et coll., 1990). Lorsque la douleur est « isolée », ne portant que sur un seul territoire fonctionnel, elle semble conforme à ce qui survient dans la population normale, en dehors de tout caractère de revendication. L'appréciation de son influence péjorative sera intégrée dans l'évaluation globale des séquelles, et interviendra comme élément d'aggravation de l'ordre de 2 à 5 % d'incapacité. Il ne paraît pas raisonnable d'admettre une incapacité totale (ou de plus de 66 %) uniquement pour un syndrome douloureux dont l'origine organique ne serait pas démontrée et validée par l'expérience courante.

Les *états phobiques* sont relativement les moins souvent rencontrés. Ils surviennent surtout après des événements graves tels que les circonstances de guerre, des catastrophes naturelles ou des accidents spectaculaires (Smith et coll. 1990). C'est donc une erreur sémantique et sémiologique assez grave de la part de certains psychiatres d'évoquer un diagnostic de « psychonévrose post-traumatique » à propos des troubles psychologiques qui surviennent à la suite de n'importe quel accident physique ou relationnel. Les états phobiques ne sont pas rares à la suite d'accidents parfois mineurs. Ils se présentent dans des circonstances très variées avec des répercussions dont l'estimation doit être nuancée. Quatre exemples, choisis dans la pratique, illustrent le problème envisagé.

1) Un adolescent veut devenir gendarme mais se montre craintif de monter sur un cheval. Plein de bonne volonté, il accepte de surmonter sa crainte et commence sa formation de cavalier. Peu après, il fait une chute de cheval sans gravité sur le plan physique mais qui déclenche un état phobique suffisamment important pour l'empêcher de remonter en selle et interrompre sa carrière de gendarme. En bonne logique, aucune invalidité ni aucune incapacité ne devra lui être attribuée car l'accident n'a fait que révéler et confirmer un état psychique préexistant.

2) Un homme adulte, ayant travaillé plusieurs années comme monteur en charpente, reconnaît spontanément moins d'assurance dans certaines conditions de travail en hauteur. A la suite d'un accident de roulage, relativement anodin, il subit une brève perte de connaissance et développe un syndrome subjectif post-commotionnel, incluant des sensations vertigineuses intermittentes, sans altération des épreuves cochléo-vestibulaires. La victime déclare que ces vertiges, survenant de façon imprévisible lors des mouvements brusques du corps, provoquent un état anxieux, voire phobique, qui l'empêche totalement d'effectuer un travail en hauteur. En bonne logique, il paraît peu contestable

que cette incapacité nouvelle, bien que précipitant une détérioration progressive des aptitudes de la victime, soit totalement imputable à l'accident litigieux.

3) Une maraîchère de 50 ans, travaillant sur les marchés couverts avec son mari depuis de nombreuses années, est victime d'un accident de roulage sur le chemin du travail. Bien que passagère du véhicule et n'ayant subi aucune lésion, cette personne déclare avoir ressenti une grande frayeur au moment de l'accident qui n'a provoqué que des dégâts matériels. Après quelques jours de repos chez elle, ayant dû « prendre quelque chose pour dormir », elle déclare avoir développé un état phobique suffisamment important pour l'empêcher de se déplacer en voiture avec son mari et que, dès lors, elle est en état d'incapacité totale de travail, puisqu'elle ne peut plus « faire les marchés ». En bonne logique, il existe une disproportion tellement criante entre la bénignité de l'accident et les conséquences invoquées que l'incapacité de travail ne peut certainement pas être imputable au seul accident litigieux.

4) Un homme adulte, en parfaite condition physique, travaille depuis quelques années comme transporteur de fonds, conduisant un camion blindé. Il dispose d'une autorisation de port d'arme. Sur la route, lui et son convoyeur sont victimes d'un hold-up. N'ayant manifesté aucune résistance à l'agression, n'ayant subi aucune lésion corporelle, l'intéressé et son collègue sont enfermés dans un camion volé qui est laissé sur le bord de la route. Ils sont délivrés quelques heures plus tard. L'intéressé se voit accorder spontanément quelques jours de repos pour les besoins de l'enquête et se remettre de ses « émotions ». Il retarde de plus en plus la reprise de son travail. Après quelques mois, il se déclare incapable de reprendre ses activités et entreprend une action auprès du Tribunal du Travail pour se voir reconnaître 100 % d'incapacité. Ici aussi, la disparité entre les plaintes et la nature de « l'accident » est évidente : en effet, dans son travail de transporteur de fonds, porteur d'une arme, il doit justement s'attendre à subir ce type d'événement (hold-up). La reconnaissance d'une invalidité imputable à ce hold-up est totalement saugrenue.

La *dépression nerveuse* est le panneau le plus hétérogène du triptyque analysé dans ce travail. C'est le nœud gordien de la psychiatrie moderne et, a fortiori, celui de la réparation légale dans notre type socio-économique de civilisation. Les choses seraient relativement simplifiées si on pouvait préalablement répondre à ces deux questions :

1) Que signifie le concept de « dépression nerveuse » et quels sont les symptômes qui distinguent un état dépressif « normal » d'une dépression nerveuse « invalidante » ?

2) Quels sont les facteurs qui déterminent l'apparition et l'évolution d'une dépression nerveuse ?

L'abondance de la littérature sur les multiples facettes de ces deux questions fondamentales démontre à l'évidence qu'il n'y a pas de consensus scientifique possible. Le problème majeur est probablement celui de définir les critères de normalité de l'être humain, quand on ne peut s'empêcher de faire référence à des croyances intimes inébranlables, des valeurs morales construites avec des matériaux très divers, des us et coutumes qui fluctuent au gré des contingences socio-économiques et politiques.

Nonobstant ces difficultés majeures, on peut apporter des éléments de réponses aux questions soulevées ci-dessus. Le concept de « dépression nerveuse » indique une dépréciation de la qualité de la vie

qui se caractérise à la fois par son intensité et sa durée. Contrairement aux fluctuations variables de l'humeur que tous les individus éprouvent tout au long de leur vie (Surtees et McMiller, 1990; Terr, 1991), le patient déprimé présente deux symptômes majeurs :

a) une humeur « sombre » et une tristesse quasi permanente bien que d'intensité variable d'un jour à l'autre, ce qui peut générer à son tour un syndrome anxieux;

b) une « anhédonie », c'est-à-dire une incapacité à prendre plaisir aux choses de la vie, ce qui peut, à son tour, engendrer un repli sur soi-même, confinant à une inactivité de plus en plus prononcée. L'anhédonie n'est pas un symptôme qui, à lui seul, permet de diagnostiquer, ni mesurer l'importance de la dépression. En effet, ce symptôme peut exister dans de nombreuses affections mentales ou neurologiques (Silverstone, 1991), mais il peut surtout être très facilement simulé.

A ces deux symptômes viennent s'ajouter deux éléments qui paraissent de plus en plus fréquents dans notre monde « civilisé » :

a) une somatisation des symptômes,

b) une plus grande tendance aux gestes suicidaires.

La reconnaissance d'une somatisation des symptômes ne peut être que le résultat d'investigations cliniques et paracliniques approfondies, afin d'écarter la réalité d'une atteinte organique. Malheureusement, la multiplication des examens, et surtout leur négativité, tend à conforter le plaignant dans ses plaintes. Par ailleurs, on sait que la relation entre le corps et l'esprit peut être vécue très différemment par les uns et par les autres (Goodman, 1991). La plus grande fréquence des gestes suicidaires est probablement liée à un accès plus facile à certains types de médicaments, mais aussi à la rapidité des interventions médicales qui permettent de mieux reconnaître le geste causal.

Plus personne ne remet en doute la part de responsabilité qui incombe aux facteurs sociaux dans le déclenchement d'une « dépression nerveuse », mais tout le monde n'est pas d'accord sur la nature de ces facteurs, sur la proportion de leur influence respective, ni même sur la méthode d'évaluation de la dépression. Il convient préalablement de préciser que les dépressions nerveuses (au sens le plus large du terme) surviennent et ont été décrites dans toutes les formes de cultures socio-économiques, sous toutes les latitudes, et qu'elles semblent revêtir les mêmes aspects cliniques dans toutes les civilisations. La Bible en parle déjà, et c'est Hippocrate qui a créé le terme « mélancolie » (= la bile noire).

L'affection survient dans toutes les classes sociales et dans tous les milieux. Cependant, depuis très longtemps, on estime que les groupes les plus spécifiquement atteints sont :

a) les femmes (deux fois plus souvent que les hommes), bien que cette prépondérance soit parfois contestée (Harris et coll., 1991);

b) les isolés, mal intégrés dans la vie sociale;

c) les inactifs et les chômeurs de longue durée.

Ces brèves considérations font entrevoir que de multiples facteurs sont impliqués à des degrés variés et variables, dans la survenue et l'évolution de la dépression nerveuse. En réalité, ces facteurs ne sont pas fondamentalement différents de ceux qui conditionnent le développement et la formation de tout être humain :

— facteurs héréditaires,

— facteurs somatiques,

— facteurs de personnalité intrinsèque,

— facteurs liés à l'environnement géophysique,

- facteurs liés aux expériences personnelles,
- facteurs sociaux (socio-économiques et culturels).

Dans le cadre de ce travail, il n'est guère possible d'analyser systématiquement chacun de ces facteurs qui existent depuis le traumatisme de la naissance (Rank, 1990). De façon très synthétique, on admet que la dépression n'est pas une maladie héréditaire mais que certaines personnes, en raison d'un terrain génétique ou familial prédisposant, présentent une tendance plus élevée que la moyenne de la population à développer une dépression nerveuse (Keitner et Miller, 1990). On est cependant frappé par la prévalence de la dépression chez les adolescents (Larsson et coll., 1991) et le fait que, au cours des trois dernières décennies aux Etats-Unis, la fréquence des suicides a triplé chez les adolescents (Spurlock, 1990).

Il est incontestable que des facteurs somatiques peuvent être incriminés. Des maladies aiguës ou chroniques, des troubles hormonaux ou neuro-endocriniens, ou certains traitements peuvent expliquer l'émergence d'une dépression nerveuse latente ou la provoquer. Le climat, les saisons, les conditions physiques telles que le degré d'ensoleillement, peuvent jouer un rôle dans le déclenchement ou l'évolution d'une dépression.

La personnalité (pessimiste ou optimiste, quotient intellectuel, aptitudes physiques ou artistiques, goût de la solitude ou de la vie en groupe, motivation au travail, etc.) ainsi que les expériences personnelles (situation familiale, formation scolaire et professionnelle, vie affective heureuse ou malheureuse, etc.) vont profondément déterminer la cohérence et la solidité psychologique de chaque individu.

Le mode d'évaluation de la dépression nerveuse a fait l'objet de très nombreuses publications et a stimulé la mise au point de canevases étalonnés (Bobon, 1981; Bech et coll., 1989). La fiabilité de ces échelles, même par l'utilisation de bilans statistiques, reste précaire. L'auteur partage sans réserve le point de vue exprimé par Hamilton (1972) à la fin d'une discussion qui clôturait un exposé sur « Les échelles d'appréciation lors de dépression » :

« Pour ma part, je m'en remets, en tant que clinicien et lorsque je veux me faire un jugement, plutôt à mes capacités et à mon expérience, qu'à une simple liste remplie par une personne inexpérimentée ou par le malade lui-même. »

Reste le point de savoir déterminer l'incidence d'une dépression sur les capacités de travail du patient. Répondre à cette question, c'est vouloir résoudre la quadrature du cercle! Tout le monde connaît des déprimés qui ne font rien et des déprimés qui se sauvent par leur travail. De plus, une grande majorité des thérapeutes estiment que le meilleur traitement de la dépression, c'est de s'occuper régulièrement, de s'engager dans des activités qui détournent l'esprit de préoccupations morbides ou qui sont capables de valoriser leur « maladie » dans un processus de sublimation bien décrit par Freud. Hélas, une des causes principales de la dépression est probablement que le malade n'arrive pas à s'épanouir dans une activité qui valorise suffisamment son image narcissique. Chez les « déprimés », il peut donc exister une discordance traumatisante entre l'intensité de désirs fantasmés et la capacité à satisfaire ces désirs (conscients ou inconscients, verbalisés ou non). Ne plus avoir envie de rien, n'est-ce pas reconnaître que plus rien ne peut vous satisfaire? L'absence de satisfaction n'exclut pas l'existence de désirs, bien au contraire. Nous sommes dans le domaine de la frustration! C'est l'absence de satisfaction qui est ressentie

comme une meurtrissure de l'âme, tandis que l'absence de désir peut conduire à la béatitude du nirvâna!

En redescendant sur terre, si on se réfère à la notion que, dans le système de réparation par les Assurances, il convient que la victime ait tout fait qui était en son pouvoir pour diminuer les conséquences d'un dommage, de même qu'un malade ou un blessé ait tout fait pour se soigner de façon adéquate, on peut se demander quelle importance il faut attribuer au traitement instauré pour réduire la gravité d'un syndrome dépressif. En particulier, on ne peut méconnaître le formidable développement du traitement psychopharmacologique de la dépression et des états phobiques, même si chacune des thérapies médicalementes a ses avantages, ses inconvénients et ses insuffisances. Dans le cadre de ce travail, il est sans intérêt, et d'ailleurs impossible, d'aborder les perspectives thérapeutiques des dépressions nerveuses. Par contre, pour celui qui doit évaluer les répercussions sociales et professionnelles d'une dépression, il est nécessaire de ne pas méconnaître l'importance et les effets du traitement antidépressif instauré. Très schématiquement, un raisonnement dichotomique nous conduit à envisager les alternatives suivantes :

- 1) le patient a-t-il reçu ou non un traitement adéquat?;
- 2) si le patient n'a pas reçu de traitement, doit-on considérer qu'il a tout fait pour se soigner de façon adéquate?;
- 3) si un traitement a été instauré, celui-ci a-t-il modifié, ou non, l'évolution de l'état dépressif?;
- 4) la modification a-t-elle été dans le sens d'une amélioration ou d'une aggravation de l'état dépressif et/ou fonctionnel du patient?

Il est probablement prématuré, sinon dangereux, de vouloir tirer des conclusions définitives des réponses aux questions ci-dessus. Ces réponses orientent cependant l'évaluation médico-légale de la dépression post-traumatique.

Lorsqu'un patient se dit déprimé après un accident mais qu'aucun traitement n'a été instauré ou jugé nécessaire, il est vraisemblable que le syndrome dépressif est peu important, n'intervenant que comme facteur d'aggravation. Sa répercussion sera de l'ordre de 2 à 5 % d'incapacité maximum, c'est-à-dire du même niveau que la douleur non objectivable.

Lorsque le patient présente une dépression qui s'améliore et/ou disparaît grâce à un traitement médicamenteux, régulier ou non, c'est le prix du traitement qui devrait être pris en charge par l'Assurance plutôt que le syndrome dépressif. En effet, si on accepte le parallélisme entre les lésions corporelles et les lésions psychiques, c'est bien le prix des orthèses et des prothèses (et de leur remplacement éventuel) qui est pris en charge, avant d'évaluer les séquelles définitives.

En général, le traitement de l'anxiété, de la dépression ou du stress post-traumatique est toujours influencé par le traitement instauré (Coplan et Gorman, 1990; Silver et coll., 1990). Si le patient extériorise une dépression qui s'aggrave ou qui n'évolue pas (ni en bien, ni en mal) quel que soit le traitement instauré (et, éventuellement, après adaptation adéquate), c'est qu'il existe un état morbide grave antérieur à l'accident ou une simulation avec recherche des avantages secondaires. Hélas, il n'est pas rare que les deux conditions coexistent et s'additionnent après un accident : recherche évidente des avantages secondaires (pécuniaires et/ou affectifs) chez une victime présentant un état psychologique morbide antérieur (Pollack et coll., 1990).

Selon la jurisprudence (D'Hondt, 1990; Hannequart, 1990), la nature de l'état antérieur et des prédispositions pathologiques de la victime

interviendra de façon très différente en Droit Commun ou à la suite d'un accident survenu au travail. Si un accident du travail aggrave un état antérieur, c'est la totalité de l'incapacité séquellaire qui est imputable à l'accident. Comme nous l'avons indiqué plus haut, cette décision ne paraît pas contestable en ce qui concerne les lésions physiques et les troubles fonctionnels qui en résultent. En effet, les méthodes d'examen, d'évaluation, et de références sont constantes et clairement définies dans ces circonstances. Par contre, on peut se demander si cette décision d'imputation globale systématique est toujours applicable en ce qui concerne le domaine du « psychique ». En effet, les méthodes d'examen, d'évaluation et de références sont inconstantes et très mal définies.

Sur le plan théorique, la thèse de l'équivalence des conditions (Han-nequart, 1990) doit s'appliquer aussi bien dans le domaine psychique que dans celui du physique. Cette thèse offre un instrument aisé et efficace pour les juristes qui sont chargés d'évaluer et de réparer le mal provoqué par un accident. Cette théorie risque pourtant de dépasser son but social si on en use automatiquement, sans discernement. Elle répond à un choix politique plutôt qu'à une stricte logique en ce qui concerne le partage des responsabilités, c'est-à-dire le principe de causalité. Son application rigoureuse, notamment dans la prise en compte, ou non, des prédispositions psychologiques antérieures de la victime, entraîne des conséquences qui heurtent le bon sens médical dans l'appréciation de ce qui est juste ou injuste, justifié ou justifiable. La discordance flagrante entre la réalité scientifique et la jurisprudence juridique évoque le spectre d'une mésentente profonde entre des partenaires obligés (le juge, le médecin expert, la victime et le payeur) qui doivent s'éclairer et se comprendre réciproquement.

Sur le plan pratique, il existe une tendance manifeste à juger la répercussion des troubles psychologiques selon la loi du « tout ou rien ». Pour éviter les conséquences excessives de la théorie de l'équivalence des conditions, beaucoup d'experts nient la réalité des troubles psychologiques post-traumatiques et considèrent que ceux-ci correspondent à l'état antérieur de la victime. En effet, il est trop fréquent de constater que la reconnaissance médicale d'un syndrome dépressif ou anxio-dépressif post-traumatique, quels que soient son importance et son traitement, soit considérée comme responsable d'une incapacité totale de travail, quel que soit le métier exercé par la victime. Dès lors, beaucoup de médecins craignent que de plus en plus de « travailleurs » seront considérés comme des « incapables » compte tenu de l'augmentation constante de ce que la jurisprudence admet comme « accident » dans notre Société soumise à une accélération quasi exponentielle de son rythme de vie. Le médecin (et surtout le psychiatre) n'ignore pas que l'expression de la douleur, d'un état phobique et/ou d'une dépression nerveuse, n'est pas un signe de mauvaise volonté, ni de paresse, ni de bêtise de la part des accidentés. Il s'agirait plutôt d'attitudes presque désespérées de défense contre l'aliénation que l'obligation du travail et le monde industrialisé distillent sans interruption, sans espoir de retour à une vie « normale ». Mais qu'est-ce donc qu'une vie normale sur le plan psychologique, sinon celle de ses propres normes ?

Il serait sot de vouloir apporter une conclusion satisfaisante à ces libres propos sinon de nous souvenir d'un syllogisme amusant de G.B. Shaw : « L'homme raisonnable s'adapte au monde; l'homme déraisonnable s'acharne à adapter le monde à soi. C'est pourquoi tout progrès dépend de l'homme déraisonnable ».

BIBLIOGRAPHIE

- BECH, P., KESTRUP, M., RAFAELSEN, O. J. — *Echelles d'anxiété, de manie, de dépression, de schizophrénie. Correspondance avec le DMS - III*. Masson, Paris, 1989.
- BOBON, D. P. — *Le système AMDP*. P. Mardaga, Liège, 1981.
- COPLAN, J. D., GORMAN, J. M. — Treatment of anxiety disorder in patients with mood disorders. *J. clin. Psychiat.*, 1990, **51** (suppl.), 9-13.
- D'HONDT, A. — L'état antérieur en droit commun. *Consil. Manuque*, 1990, **17**, 15-22.
- DWORKIN, S. F., VON KORFF, M., LE RESCHE, L. — Multiple pains and psychiatric disturbance. *Arch. gen. Psychiat.*, 1990, **47**, 239-244.
- GOODMAN, A. — Organic Unity Theory : the mind-body revisited. *Amer. J. Psychiat.*, 1991, **148**, 553-563.
- HAMILTON, M. — Les échelles d'appréciation lors de dépression, in *Etats dépressifs*. Dépistage, évaluation, traitement. Ed. P. KIELHOLZ. Hans Hubert, Berne, 1972, 100-108.
- HANNEQUART, Y. — Etat antérieur et prédisposition pathologique. *Consil. Manuque*, 1990, **17**, 5-14.
- HARRIS, T., SURTEES, P., BANCROFT, T. — Is sex necessarily a risk factor to depression? *Brit. J. Psychiat.*, 1991, **158**, 708-712.
- HOUGARDY, G. — Examen psychiatrique et objectivité. *Consil. Manuque*, 1990, **17**, 42-47.
- KEITNER, G. I., MILLER, I. W. — Family functioning and major depression : an overview. *Amer. J. Psychiat.*, 1990, **147**, 1128-1137.
- KENDLER, K. S. — Toward scientific psychiatric nosology. *Arch. gen. Psychiat.*, 1990, **47**, 969-973.
- LARSSON, B., MELIN, L., BREITHOLTZ, E., ANDERSSON, G. — Short-term stability of depressive symptoms and suicide attempts in Swedish adolescents. *Acta psychiat. scand.*, 1991, **83**, 385-390.
- POLLACK, M. H., OTTO, M. W., ROSENBAUM, J. F., SACHS, G. S., O'NEIL, C., ASHER, R., MELTZER-BRODY, S. — Longitudinal course of panic disorder : findings from the Massachusetts General Hospital naturalistic study. *J. clin. Psychiat.*, 1990, **51** (suppl. A), 12-16.
- RANK, O. — *Le traumatisme de la naissance*. Payot, Paris, 1990.
- SILVER, J. M., STANDBERG, D. P., HALES, R. E. — New approaches in the pharmacotherapy of post traumatic stress disorder. *J. clin. Psychiat.*, 1990, **51** (suppl.), 33-38.
- SILVERSTONE, P. M. — Is anhedonia a good measure of depression?. *Acta psychiat. scand.*, 1991, **83**, 249-250.
- SMITH, E. M., NORTH, C. S., MCCOOL, R. E., SHEA, J. M. — Acute post-disaster psychiatric disorders : identification of persons at risk. *Amer. J. Psychiat.*, 1990, **147**, 202-206.
- SPURLOCK, J. — Adolescent Suicide : introduction. *Psychiat. Ann.*, 1990, **20**, 120-121.
- SURTEES, P. G., McMILLER, P. — The interval general health questionnaire. *Brit. J. Psychiat.*, 1990, **157**, 679-686.
- TERR, L. C. — Childhood traumas : an outline and overview. *Amer. J. Psychiat.*, 1991, **148**, 10-20.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr. M. Reznik, Service de Neuropathologie, CHU, Sart Tilman, 4000 Liège 1.