

carte blanche

Fit to work

L'heureuse déclaration de la Commission Centrale d'Ethique de l'ASSM¹ au sujet des rapatriements sous contrainte (et les fameux certificats *fit to fly*), ainsi que le brillant exposé du Dr Hans Wolff lors de la journée des enseignants de médecine générale, m'ont fait remonter un souvenir douloureux.

On est à la fin de la guerre du Kosovo. Une famille de patients, originaire de ce pays, arrivée dans mon village dans les années 80 pour y travailler, accueille un jeune couple de cousins et leur bébé, réfugiés de guerre. Ce nourrisson est souvent malade, et je viens de découvrir une anémie sévère. Un oncle est tuberculeux.

Je décide d'hospitaliser l'enfant, mais rencontre des difficultés administratives, car cette



Dr François Pilet
Chemin d'Outé 3
1896 Vouvry
francoispilet@vouvry-med.ch

famille est en principe attribuée au canton de Lucerne. Avant que je ne sois parvenu à résoudre ce problème, le jeune couple arrive affolé: ils viennent de recevoir un ordre de renvoi dans les 48 heures. La guerre est officiellement terminée. Les bombes fument encore, les maisons sont détruites, mais l'Office fédéral des Migrations (OdM) juge urgent ce rapatriement.

Le père, qui souhaite rentrer, avait juste demandé un délai de quelques mois, le temps de se rendre sur place pour reconstruire un logement. Délai refusé. 48 heures, c'est court pour obtenir une dérogation pour raison médicale. Mon collègue, de langue maternelle argovienne, téléphone pour moi à l'OdM, parvient à parler au médecin responsable, qui semble comprendre la situation et demande un rapport médical. Rapport détaillé, traduction par précaution, fax en urgence. Copie remise aux parents du bébé.

Deux jours plus tard, 4 h du matin: je suis réveillé par une voix vociférant dans une langue qui ne m'est pas familière. Je finis par comprendre qu'il s'agit d'un policier lucernois, chargé d'exécuter, avant l'aube comme toutes les exécutions, le renvoi de la jeune famille. Le père ayant brandi mon certificat médical,

le policier, très contrarié, tente d'arracher, par téléphone, mon reniement. Comme je refuse fermement, en insistant sur le danger, le policier boucle, fâché, en grommelant qu'il trouvera bien une solution.

Quelques jours plus tard, j'apprends que ce policier a fait appel à un médecin de garde. Ce dernier a établi un certificat attestant que ce bébé était *fit to fly*. Longtemps après, j'ai su que le nourrisson avait miraculeusement survécu, après sept mois d'hôpital, dans des conditions particulièrement précaires.

Que de fois les dictatures du XX^e siècle ont utilisé les médecins pour les sales besognes! Et pas seulement dans les camps de la mort du nazisme. Un collègue m'a raconté qu'en Afrique du Sud, où il travaillait au début des années 80, un de ses mandats était d'examiner des jeunes adolescents noirs, afin de certifier qu'ils étaient médicalement aptes à recevoir une longue série de coups de fouet (*fit to whip*).

Et le XXI^e siècle n'est malheureusement pas en reste: le Dr Wolff nous a raconté comment, à l'heure actuelle, des prisonniers de Guantanamo sont nourris de force, ligotés sur des fauteuils ad hoc, sondés par des médecins. A Genève, en 2010, il a fallu une énergie im-

avancée thérapeutique

Alcoolémies et vitesses élevées: quand les pistes de ski deviennent des voies routières

En France, la presse d'information générale s'intéresse à la pratique des sports de neige associée à la consommation de boissons alcooliques. C'est un sujet de février. Un sujet dont l'intérêt était, ces derniers jours, potentialisé par les Jeux Olympiques d'hiver et de Vladimir Poutine dans un pays dont la reine mortifère demeure la vodka (*Rev Med Suisse* 2014;10:412-3). «Boire ou... skier, il faut choisir!» titrait ainsi il y a peu *Le Parisien/Aujourd'hui en France*. Les lecteurs saisissaient sans peine de quoi il retournait. Non content de s'enivrer de sa seule glisse, le glisseur contemporain entendrait potentialiser ses sensations. Avec l'alcool pour commencer, cet alcool qui décline si bien avec le froid. Cet alcool qui réchauffe et console depuis des siècles les solides montagnards dans les longues nuits d'hiver. Puis avec d'autres substances psychotropes peut-être, issues de plantes qui ne sont pas d'altitude. Ou avec d'autres molécules psychotropes, vendues sous le manteau après avoir été élaborées en

secret dans des cornues modernes.

La presse française généraliste ne dispose pas ici de données chiffrées en provenance de l'Hexagone. Un seul pourcentage, et il est étranger. Le «centre de sécurité routière» autrichien estimait en 2013 que dans ce pays un skieur sur cinq descend sous l'effet de la gravité et sous l'emprise de l'alcool. Et 29% de ceux qui sont impliqués dans un accident auraient une alcoolémie supérieure au niveau légal autorisé pour les automobilistes. Ce constat ne serait malheureusement pas une spécificité autrichienne. Dans les Alpes, un cinquième des accidents de ski seraient liés à l'alcool.

Pour sa part, le procureur de la République d'Albertville (Savoie) dénonce un «phénomène en constante augmentation». Et ce «chez les touristes et certains saisonniers qui posent des problèmes de santé publique». «Des personnes ivres s'égarant de jour et souvent de nuit sur les sites de montagne, précise-t-il. Cela nécessite la mobilisation

d'un personnel important (...) impliquant parfois des moyens considérables (hélicoptères, motoneiges, etc.)» précise ce représentant de l'Etat.

Déclarations du Dr Damien Venchiarutti (Hôpital d'Albertville): «Les accidents interviennent en fin d'après-midi, au retour des pistes, et le soir, entre 20 heures et 6 heures, après que les skieurs se sont alcoolisés la nuit en station ou dans des restaurants, bars et discothèques d'altitude le jour (...), ce sujet est tabou dans les stations de la Tarentaise.» Quand la saison bat son plein, ce praticien estime que quatre ou cinq personnes, le plus souvent des jeunes, sont admises quotidiennement aux urgences de l'hôpital voisin de Moutiers; et ce pour des comas éthyliques, avec des taux de 2,5 g à 6 g d'alcool dans le sang. Comme d'autres de ses confrères, le Dr Venchiarutti déplore l'absence de politique de «dépistage» et de «contrôle» des vacanciers adeptes de ce *binge drinking* d'altitude.

Écoutons le Dr Nedjib Benamar, chirurgien-orthopédiste exerçant également à l'Hôpital d'Albertville: «Si vous ajoutez à l'alcool et à la drogue le phénomène d'hypoxie, c'est un cocktail explosif. Les skieurs n'ont plus la perception réelle de leur vitesse, ils ont du mal à se contrôler. Ils risquent de fau-

pressionnante et la solidarité de tout le corps médical, pour résister aux ordres menaçants des autorités politiques et judiciaires d'alimenter de force un chanvrier récalcitrant.

Mais l'allégeance au pouvoir commence par des gestes beaucoup plus anodins, comme, par exemple, signer un certificat en urgence sous la pression de la police.

Je pense aussi à certains experts de l'AI, qui s'acharnent à déclarer aptes au travail des hommes et des femmes désespérés, sous prétexte que la souffrance n'est pas un diagnostic. Allégeance au pouvoir économique qui, non content d'avoir poussé ces hommes et ces femmes peu rentables dans le fossé social, les accuse ensuite, cynisme suprême, de coûter trop cher à la société !

Fit to fly, fit to whip, fit to work...

Le sceau *fit to work* de l'AI est très souvent assorti de l'expression sibylline «dans une activité adaptée».

Nous dira-t-on, un jour, ce que signifie «activité adaptée» pour un humain dans la détresse ?

cher d'autres skieurs, notamment des enfants (...).» Ce praticien juge «intolérable» que des skieurs chaussent leurs skis en état d'ébriété avancée. Il souhaiterait l'installation d'éthylotests au pied des remontées mécaniques.

Faudra-t-il aller jusque là ? En pratique, dans les stations françaises, les responsables des remontées mécaniques peuvent déjà appliquer leur pouvoir de police ; et ainsi interdire l'accès à une personne en état d'ébriété patente. Si la personne franchit les obstacles et skie manifestement alcoolisée en adoptant un comportement dangereux, on peut aussi lui dresser un procès verbal. Le montant maximum pourrait être égal à cinq fois le prix du forfait journalier.

En 1999, un sénateur français avait précisément interpellé le ministre de la Jeunesse et des Sports sur cette question. «On constate que régulièrement des accidents sur les pistes de ski sont la conséquence de l'état de non-contrôle dans lequel se trouvent certains skieurs, soulignait-il alors. Il s'avérerait que l'alcoolémie engendrerait souvent des accidents graves qui pourraient être évités.» Il souhaitait savoir si des mesures seraient prises afin de contrôler l'alcoolémie sur les pistes.

Réponse du ministère : «En ce qui concerne

le contrôle de l'alcoolémie sur les pistes de ski, celui-ci n'est actuellement prévu par aucun texte et ne pourrait être envisagé que par la voie législative et mis en œuvre par les officiers de police judiciaire. En effet, l'article L. 1 du Code de la route dispose que la conduite sous l'empire d'un état alcoolique n'est répréhensible que si les faits ont été commis sur une voie ouverte à la circulation routière, ce qui n'est assurément pas le cas d'une piste de ski. Une telle mesure ne saurait, en tout état de cause, être proposée sans un travail commun avec le ministère de la Justice. Pour sa part, le ministère de la Jeunesse et des Sports privilégie l'éducation et la prévention dans ce domaine.»

Quinze ans plus tard, non seulement les questions demeurent mais le sujet est, chaque saison, plus inquiétant. Cette problématique ne peut pas ne pas être rapprochée des multiples questions soulevées il y a quelques semaines au lendemain de l'accident de Michael Schumacher. On avait alors redécouvert les observations faites par l'association française Médecins de Montagne. Les chiffres colligés par ces soixante médecins (dans trente-quatre stations) montrent que depuis les années 1980, les accidents graves de ski s'apparentent de plus en plus à ceux de la circulation routière : traumatismes crâniens et vertébraux, fractures du bassin et du fémur. Dans la période précédente (durant les années 1960-70), il s'agissait pour l'essentiel des fractures de jambes par torsion dues à l'absence de fixations de sécurité. Puis, progressivement, les lésions graves se sont déplacées vers le haut du corps avec une épidémie de lésions ligamentaires du genou et des traumatismes des membres supérieurs.

L'augmentation du nombre des traumatismes crâniens résulte de la recrudescence de chocs violents. Ce phénomène est la conséquence directe de l'augmentation de la vitesse, de la croissance de la fréquentation

des pistes et du développement du ski hors pistes. Toujours selon l'association Médecins de Montagne, environ le tiers des blessures à la tête diagnostiquées chez des skieurs sont la conséquence de collisions entre skieurs. Le paradoxe veut que ce soit souvent pour éviter la foule des pistes (et les possibles collisions) que les skieurs continuent à s'aventurer dans des domaines neigeux non balisés où ils s'exposent (et exposent autrui) à d'autres risques.

Les spécialistes français recensent 3% de traumatismes crâniens sur les 140 000 accidents dont sont victimes un peu plus de sept millions de pratiquants annuels. Ils ont toutefois observé une diminution du pourcentage de traumatismes crâniens chez les enfants après la première campagne de prévention lancée en 1993. En 1998, près de 30% des enfants étaient équipés de casques. Les lésions potentiellement les plus dangereuses restent le fait d'adultes jeunes, qu'il s'agisse de ski alpin ou surf. Sur les 7,7 millions de pratiquants de la saison 2010-2011, les 140 000 accidentés correspondent à une incidence de 2,68 blessés pour 1000. Près de 5% des blessés ont dû être immédiatement hospitalisés et un sur mille a été victime de traumatismes graves. Tout comme en 2009 et 2010, le nombre de traumatismes crâniens a augmenté pour atteindre 3,3% du total.

C'est ainsi. Alcoolémie et vitesses élevées font que les pistes de ski se transforment en voies routières. Sports de glisse ou pas, cette situation sera de moins en moins perçue comme une fatalité. On recherchera bientôt systématiquement les responsabilités, puis les culpabilités.

Jean-Yves Nau

jeanyves.nau@gmail.com



1 Kind C. Rapatriements sous contrainte : aspects médicaux. Bull Med Suisse 2013;51/52:1941-3.