

Académie Suisse pour la Médecine Psychosomatique et Psychosociale (ASMPP)

Société Suisse pour l'Etude de la Douleur (SSED) / Swiss Pain Society (SPS)

Lignes directrices Médecine Psychosomatique

**Expertise des troubles somatoformes douloureux (CIM 10) ou
douleurs chroniques primaires (CIM 11 ébauche)
ainsi que des affections psychosomatiques assimilées**

Equipe d'auteurs (par ordre alphabétique)

D^r méd. N. Bischoff, professeur D^r méd. U. T. Egle, privat-docent D^r méd. N. Egloff, professeur D^r en sciences naturelles M. grosse Holtforth, D^r méd. P. Loeb, D^r méd. A. Minzer, D^r méd. R. Ott, professeur D^r méd. R. von Känel, professeur D^r méd. R. Schaefer, lic. phil. B. Steiger, privat-docent D^r méd. K. Streitberger

Avec le concours du conseil scientifique de l'ASMPP et de la SSED

Remerciements pour la traduction française

Prof Dr méd. A.-F. Allaz, Maître P. Graf, Dr.med. N.Zurron

Sommaire

Introduction	4
Champ d'application	4
Guide	6
1 Degré de gravité fonctionnel et caractéristiques de la maladie	7
1.1 <i>Complexe «atteinte à la santé»</i>	7
1.1.1 Expression et type des symptômes et résultats pertinents pour le diagnostic principal	7
1.1.1.1 Anamnèse type du trouble	7
1.1.1.2 Symptômes associés typiques du syndrome somatoforme fonctionnel	7
1.1.1.3 Syndromes fonctionnels comorbides fréquents	8
1.1.1.4 Résultats cliniques de l'examen corporel (status physique)	8
1.1.1.5 Résultats de la Psychométrie	10
1.1.2 Succès du traitement, résistance à cet égard	10
1.1.2.1 Indicateurs fréquents dans l'historique clinique en cas de déroulement de traitement retardé ou difficile ou de résistance à cet égard (anamnèse, dossiers)	11
1.1.3 Succès de la réadaptation/difficulté de la réadaptation	11
1.1.3.1 Analyse du contexte professionnel pré-morbide (anamnèse)	11
1.1.3.2 Indicateurs liés à la personne concernant la difficulté de la réadaptation (anamnèse/dossiers)	11
1.1.3.3 Facteurs de stress liés au poste de travail conduisant à des difficultés de réadaptation	12
1.1.3.4 Tentatives de réadaptation encadrés par des professionnels	12
1.1.4 Comorbidités	12
1.1.4.1 Comorbidités somatiques (dossiers, anamnèse, examen clinique)	13
1.1.4.2 Comorbidités psychiques (dossiers, anamnèse, status psychique, psychométrie)	13
1.2 <i>Complexe «personnalité»</i>	14
1.2.1 Indicateurs généraux concernant le développement de la personnalité	14
1.2.2 Structure de la personnalité et fonctions psychiques fondamentales (cf. 1.1.4.2)	15
1.3 <i>Complexe «contexte social»</i>	15
1.3.1 Analyse du contexte social (partenaire, famille, voisins, environnement de travail, associations, contacts avec des personnes du secteur médical, organisations caritatives)	16
2 Contrôle de cohérence et estimation de la capacité à exécuter une tâche ou une action	17
2.1 <i>Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines de la vie (contrôle de cohérence interne)</i>	17
2.1.1 Limitations des activités dues aux symptômes, avec prise en compte de la durée	17
2.1.2 Questionnaire pour la collecte d'informations sur la gestion de la douleur et les limitations (FESV et MPI, par exemple)	19
2.1.3 Limitation des activités et de la participation dans les troubles psychiques (mini-ICF-APP)	19
2.2 <i>Impression de cohérence de l'affection dans le cadre des soins médicaux et de la réadaptation</i>	

	<i>(contrôle de cohérence externe)</i>	19
2.2.1	Aspects différentiels de l'impression de cohérence dans le cadre du traitement médical	19
2.2.2	Aspects différentiels de l'impression de cohérence dans le cadre des mesures de réadaptation	19
2.3	<i>Validation globale</i>	20
2.3.1	Validation du diagnostic	20
2.3.2	Détermination du degré de gravité	20
2.3.3	Définition des limitations pertinentes du point de vue médical	21
2.3.4	Contrôle médical de l'exigibilité	22
2.3.5	Recommandations de l'expert	22
Annexe		24
	Bibliographie	24
	Glossaire	26

Introduction

Champ d'application

La majorité des expertises dans le domaine des maladies psychosomatiques concerne des sujets¹ souffrant de troubles somatoformes douloureux chroniques. Les présentes lignes directrices se concentrent par conséquent sur ces syndromes douloureux. Il est toutefois possible d'appliquer la systématique ici présentée à d'autres troubles somatoformes.

La notion de maladie «troubles douloureux»

La CIM 10 divise la catégorie des troubles somatoformes douloureux chroniques en deux sous-catégories: le *syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.40)* et la douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41). Le point commun entre ces tableaux cliniques est qu'ils vont de pair avec une douleur persistante, sévère et insupportable qui est associée à un fardeau émotionnel important et à une limitation importante des activités de la vie quotidienne et n'est en règle générale pas (entièrement) imputable à l'altération de tissus au niveau des organes

Dans la version préliminaire de la CIM 11, ces affections douloureuses figurent principalement dans la catégorie des *douleurs chroniques primaires* [1].

Genèse de la maladie

Indépendamment des systèmes de classification, la phénoménologie clinique à expertiser est toujours la même: il s'agit de troubles douloureux liés à une modification de la *perception de la douleur* et de l'*assimilation de la douleur* et présentant un risque important de comorbidité psychique. Les processus de « sensibilisation centrale » permettent aujourd'hui de donner une explication neurobiologique à un grand nombre de mécanismes de perception et d'assimilation modifiées de la douleur [2-5]. En l'état actuel des connaissances, les troubles somatoformes douloureux chroniques sont des affections indépendantes, désignées d'ailleurs de plus en plus souvent par le terme «pain disease» (maladie douloureuse) dans le langage médical [6].

Mission des lignes directrices

Les expertises médicales sont en premier lieu un moyen de preuve. L'expertise aide l'organe d'application du droit à décider si l'assuré a droit à des prestations d'assurances et, si oui, auxquelles [7]. Etant donné qu'il n'existe pas de procédure d'objectivation neurobiologique standardisée pour le diagnostic de troubles somatoformes tels que les affections douloureuses somatoformes par exemple, l'évaluation expertale vise une administration *indirecte* des preuves. Dans ce cadre, les présentes lignes directrices éclairent de manière systématique des profils de caractéristiques importants pour le diagnostic, le pronostic et la pondération d'éventuelles conséquences du handicap. La synthèse globale et la pondération médicales des critères d'examen (indicateurs) constituent une base pour une procédure d'établissement des faits structurée.

Exigences envers l'expert

L'expert doit passer d'une attitude de thérapeute à une attitude d'expert. Sa connaissance de l'ensemble des informations fondées sur des preuves concernant les syndromes à évaluer doit être à jour. Pour le diagnostic médical, la pondération des critères de contrôle et la détermination de la limitation de capacité qui en résulte, des connaissances spécialisées en médecine psychosomatique et en thérapie de la douleur ainsi qu'une expérience clinique sont des conditions indispensables. En tant que spécialiste, l'expert médical répond de la qualité de l'expertise rédigée. L'expert est tenu à la plus grande neutralité et objectivité possible. Ni les intérêts du donneur d'ordre, ni les intérêts de l'assuré ne doivent influencer le processus décisionnel. Le profil des exigences envers les services d'expertise fait actuellement l'objet d'un débat politique [8].

¹ Pour une meilleure lisibilité, seule la forme masculine est utilisée. Le présent texte concerne cependant tous les sexes.

Ancrage scientifique des présentes lignes directrices

Les présentes lignes directrices ont été établies sur une base consensuelle par un groupe d'experts interdisciplinaires issus des deux associations médicales spécialisées ASMPP et SSED. Cette contribution sous forme de lignes directrices se veut un approfondissement spécialisé du groupe ou ensemble de diagnostics des troubles fonctionnels somatoformes. D'un point de vue formel, elle se recoupe largement avec les Lignes directrices pour l'expertise rhumatologique de la Société Suisse de Rhumatologie (2016), les Lignes directrices pour l'expertise orthopédique de swiss orthopaedics (2017) ainsi que les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (2016).

Axées principalement sur les troubles somatoformes et les troubles douloureux fonctionnels, les présentes lignes directrices se proposent de combler la lacune qui séparait jusqu'à présent la perspective de l'expertise psychiatrique de celle de l'expertise rhumatologique et orthopédique.

Du point de vue du contenu, de nombreuses parties du présent catalogue d'examen des caractéristiques se recoupent avec la 4e version des Lignes directrices pour l'expertise de la douleur du Groupe de travail des sociétés scientifiques et médicales allemandes (AWMF). Tout comme dans les lignes directrices les plus récentes de l'AWMF, le principe d'expertise auparavant dichotomique (expertise corporelle versus expertise psychique) est abandonné, vu que cette dichotomie ne permet pas d'aborder de manière satisfaisante la complexité de cette problématique.

Utilisation du catalogue des lignes directrices avec prise en compte de l'expérience du médecin de famille avec son patient sur la durée

Les lignes directrices sont des recommandations d'action. Ce sont des normes concernant notamment le contenu, la forme, la langue et les processus des expertises. Leur but est d'en améliorer la qualité [7]. Les présentes lignes directrices visent à servir de grille d'orientation systématique à l'expert médical, pour lui indiquer la marche à suivre pour l'obtention, l'analyse et la pondération appropriée d'informations disponibles. Les connaissances apportées par les différents axes d'anamnèse ainsi que par l'examen clinique fournissent à l'expert un dense réseau d'indications qui lui permettra de vérifier la plausibilité, la cohérence et la cohésion du cas individuel considéré dans sa globalité. Pour une évaluation fondée des limitations effectives en matière de travail, il est aujourd'hui indispensable de tenir compte de l'expérience sur la durée du médecin de famille avec son patient (point 2.2.1).

Critères juridiques à respecter par l'expertise

Le Tribunal fédéral a formulé comme suit les critères que doit respecter toute expertise médicale réalisée pour l'assurance sociale (ATF 125 V 351):

«Les critères déterminants pour la valeur probante d'une expertise sont les suivants:

- Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée;
- Le rapport se fonde sur des examens complets;
- Il prend en considération les plaintes exprimées par la personne examinée;
- Il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse);
- La description du contexte médical et l'analyse de la situation médicale sont claires;
- Les conclusions de l'expert sont dûment motivées.»

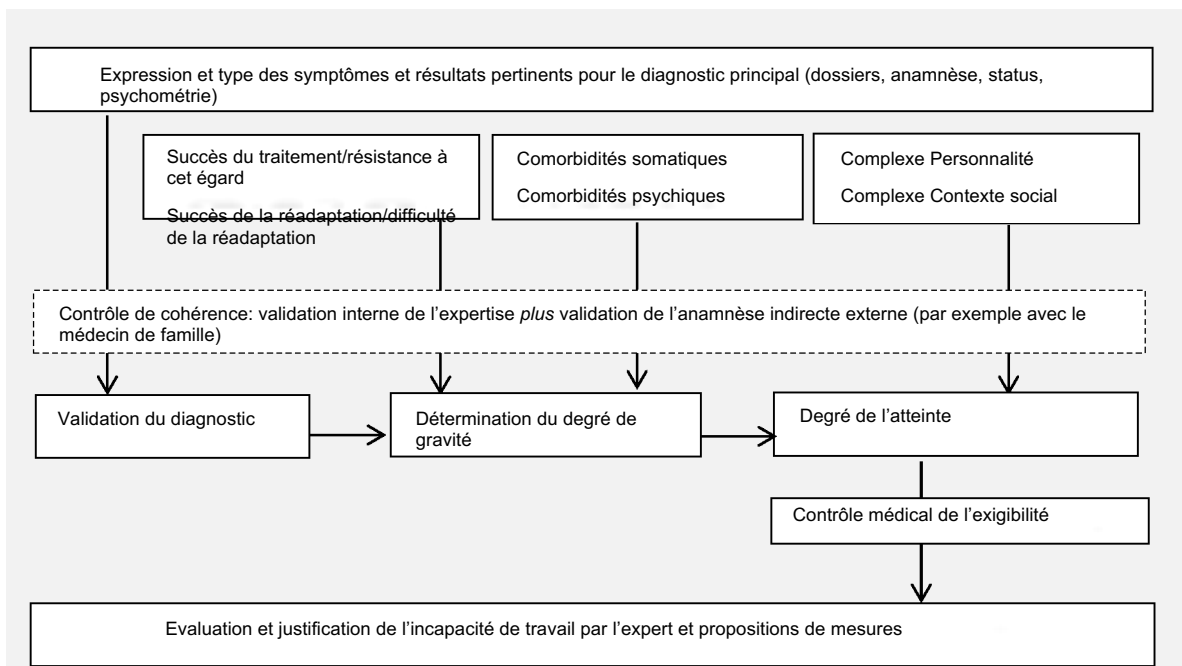
Guide

La structure d'expertise suivante a été élaborée en 2015 par le Tribunal fédéral suisse à l'occasion du changement de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles douloureux somatoformes (voir arrêt de principe ATF 141 V 281, E. 4.1.3). La structure de l'expertise doit être pertinente tant du point de vue médical que du point de vue juridique. Le Tribunal fédéral exige de chacune des parties une nouvelle approche:

indépendamment du diagnostic, l'approche requise doit s'adapter à chaque cas d'espèce et être sans parti pris. Ce nouveau paradigme d'expertise requiert une détermination progressive et une pondération vérifiable des indicateurs pertinents pour le cas individuel.

La procédure d'instruction structurée qui est requise s'articule en une suite logique d'unités d'information définies. Les différentes unités d'information forment ensemble une ligne d'argumentation qui servira de base à l'évaluation du taux d'incapacité de travail par les experts. Le Tribunal fédéral, qui a rejeté expressément l'idée d'une liste de critères, exige pour les syndromes psychosomatiques une pondération globale individualisée des indicateurs (ATF 141 V 281 E. 3.6 et 4.1). Les indicateurs proposés dans le présent catalogue de lignes directrices servent de guide à l'expert; il relève de la compétence et de la responsabilité de l'examinateur de sélectionner et de pondérer de manière justifiable les indicateurs pertinents en fonction de chaque diagnostic et cas particulier.

Aperçu du déroulement de l'expertise



Vue d'ensemble à l'aide de «bilans intermédiaires»

Pour guider l'expert, un graphique à barre sur fond gris est mis à sa disposition à chaque fois qu'une unité d'information est clôturée, afin de l'inviter à faire un bilan intermédiaire. Le but des bilans intermédiaires est une pondération quantitative et qualitative rapide des indicateurs examinés du point de vue de l'expert. Les bilans intermédiaires servent à la fois d'outil d'autocontrôle et de garant de la traçabilité de l'expertise.

Les bilans intermédiaires des points 1.1 à 2.2 constituent également le fondement de l'argumentation pour les bilans finaux au point 2.3.

1 Degré de gravité fonctionnel et caractéristiques de la maladie

1.1 Complexe «atteinte à la santé»

Les affections douloureuses somatoformes fonctionnelles ne sont pas des diagnostics d'exclusion, elles se distinguent par leurs propres schémas de caractéristiques. Il n'est pas rare de rencontrer aussi des combinaisons de douleurs nociceptives lésionnelles et de douleurs somatoformes fonctionnelles. Il faut alors rechercher de manière ciblée les indications cliniques concernant les parts de douleurs somatoformes fonctionnelles. Les caractéristiques cliniques les plus fréquentes de ce type de troubles douloureux sont une hypersensibilité centrale, un dérèglement végétatif, une réaction dysfonctionnelle aux symptômes, un comportement inadapté face à la maladie ainsi qu'une charge affective (peur/dépression).

→ Le relevé de caractéristiques anamnestiques et cliniques suivant (1.1.1.1-1.1.1.5) sert à:

- Documenter les résultats
- Confirmer le diagnostic
- Documenter l'expression individuelle du trouble (degré de gravité)

1.1.1 Expression et type des symptômes et résultats pertinents pour le diagnostic principal

1.1.1.1 Anamnèse type du trouble

- Situation de déclenchement: pour les affections douloureuses somatoformes fonctionnelles locales ou régionales, la plupart des patients mentionne un événement déclencheur extérieur physique initial; le début des affections douloureuses fibromyalgiques généralisées, en revanche, est souvent insidieux.
- Cadre temporel: existe souvent depuis plus de cinq ans au moment où le patient reçoit le diagnostic d'une affection douloureuse somatoforme fonctionnelle
- Schéma de propagation anatomique: faire documenter au moyen de croquis de la douleur; expansion souvent suprarégionale avec schémas de propagation myofasciaux; ou généralisée avec un schéma de répartition à symétrie axiale; ou accentuée d'un côté avec expansion unilatérale
- Intensité de la douleur sur une échelle numérique de la douleur 0-10 (0 = aucune douleur, 10 = la pire douleur imaginable): les indications relatives à la douleur se situent régulièrement dans la plage supérieure de l'échelle, en règle générale > 6
- Ampleur de la douleur dans le temps: permanente, intermittente, fluctuante, crises avec/sans douleur de fond
- Nature de la douleur: souvent lancinante, produisant une sensation de pression, brûlante, souvent lié à une sensation de lourdeur dans les membres concernés
- Symptômes associés: déficiences somato-sensorielles non dermatomales (NDSD), sensibilité superficielle au toucher fréquemment altérée, «engourdissement» intermittent des extrémités; dysesthésies (picotements)
- Circonstances aggravant la douleur: les sollicitations physiques, une aggravation de la douleur lorsque le patient reste longtemps dans la même position sont des facteurs évoqués régulièrement; sur demande sont évoqués: pression liée aux attentes, stress, contraintes de temps, le fait de devoir se concentrer, «situations génératrices d'adrénaline»
- Circonstances apaisant la douleur: un besoin accru en pauses, la détente, l'application de chaleur (fréquemment citée), la diversion sont des facteurs régulièrement évoqués
- Efficacité des médicaments: efficacité des analgésiques généralement seulement partielle, pas d'effets importants, souvent polypharmacie, interruptions fréquentes en raison des effets secondaires, danger assez fréquent d'un abus d'analgésiques (dépendance iatrogène aux opioïdes)
- Limitations des activités de la vie quotidienne liées aux symptômes: routine quotidienne, mobilité, autosuffisance, activités domestiques telles que cuisiner, faire le ménage, laver, repasser, faire les courses, jardinage, capacité à faire du vélo ou conduire une voiture, activités de loisir

1.1.1.2 Symptômes associés typiques du syndrome somatoforme fonctionnel

- Variabilité de l'intensité des troubles au cours de la journée
- Imprévisibilité du niveau d'intensité des troubles (le patient n'ose par exemple plus fixer des rendez-vous à l'avance)
- «Devoir payer» après s'être dépensé/avoir été exposé à une tension (souvent le jour suivant l'effort excessif/l'exposition à la tension)
- Troubles du sommeil (env. 80% se plaignent d'un sommeil superficiel, non réparateur et d'un réveil précoce)
- Troubles de la concentration, difficultés de compréhension, troubles de la mémoire à court terme, difficultés à

- se rappeler les choses
- Sentiment d'un épuisement trop rapide, sentiment permanent de fatigue mentale et physique
- Sécheresse buccale (lié au stress ou à la prise de médicaments)
- Troubles de la libido
- Etourdissements, «vertiges» (env. 60%)
- Hypersensibilité somato-sensorielle générale aux stimuli (bruit, lumière, foules)
- Irritabilité émotionnelle accrue, agressivité, contrôle réduit des impulsions

1.1.1.3 *Syndromes fonctionnels comorbides fréquents (de la catégorie des «central sensitivity syndromes»)* [2]

- Acouphènes
- Globe pharyngé
- Syndrome de fibromyalgie
- Dysfonctionnement crânio-mandibulaire
- Troubles digestifs fonctionnels chroniques (dyspepsie fonctionnelle, syndrome du côlon irritable)
- Syndrome de la vessie irritable «cystite interstitielle», «prostatite chronique» («chronic pelvic pain syndrome»)
- Céphalées de tension chroniques, migraines
- Syndrome des jambes sans repos
- Hypersensibilité (sensorielle) subjective à certains stimuli chimiques ou olfactifs (multiple «chemical sensitivity syndromes»)
- Intolérance non-allergique
- Fatigue chronique (chronic fatigue syndrome)

Bilan intermédiaire: anamnèse symptomatique (cocher les champs applicables)				
plan quantitatif	peu de critères	critères nombreux	critères très nombreux	
plan qualitatif				en partie d'une très grande intensité

1.1.1.4 *Résultats cliniques de l'examen corporel (status physique)*

- Myogéloses (très souvent tensions nucales)
- Défauts de posture, postures de décharge
- Système sensoriel altéré
 - Points de déclenchement positifs (= points de compression myofaciaux, triggerpoints)
 - Hyperalgésie au niveau de points douloureux (= insertions tendineuses douloureuses à la pression, selon les anciens critères ACR de diagnostic de la fibromyalgie de 1990)
 - Algométrie: hyperalgésie généralisée fréquente (chez environ 45-70%, selon la méthode de test de la sensibilité à la douleur)
 - Allodynie: un simple stimulus de pression entraîne à certains endroits des réactions à la douleur.
 - Déficiences de sensibilité superficielles non dermatomales (NDSD) par rapport à des stimuli de contact ou de chaleur (le plus souvent sur la moitié du corps la plus touchée par la douleur) [9]
 - Zones avec hypoalgésie/anesthésie/hypoesthésie (DD neurogène, dissociatif)
- Activité motrice altérée
 - Limitations des mouvements dues à la douleur, limitations des mouvements de la nuque, posture de décharge ou démarche prudente, mouvements prudents pour s'habiller et se déshabiller ou manque de force accompagné de douleurs aux extrémités concernées ou faible activité motrice spontanée
 - Besoin de changer de position au bout d'un certain temps (sauf en cas de diversion)
 - Signes d'aggravation des symptômes en cas de pression émotionnelle, puis agitation motrice, changement de position
- Signes de dérèglement végétatif
 - Extrémités froides
 - Erythrodermie au toucher et à la pression (souvent au niveau du cou, de la poitrine ou du dos), dermographisme rouge
 - Tachycardie

- Transpiration

- Test de stress biofeedback: par exemple retour différé, notamment pour ce qui concerne la conductivité de la peau

Bilan intermédiaire: résultats cliniques (cocher les champs applicables)				
plan quantitatif	peu de critères	critères nombreux	critères très nombreux	
plan qualitatif				en partie d'une très grande intensité

1.1.1.5 Résultats de la Psychométrie

Exemple de questionnaires psychodiagnostiques adaptés aux patients souffrant de douleurs chroniques

BSI/BSCL ou PHQ-D symptômes corporels et psychiques en général

BDI-SF gravité d'une dépression (critères non-somatiques)

HADS-D peur et dépression chez les patients souffrant de maladies physiques

Bilan intermédiaire: résultats psychométriques (marquer les champs applicables, différenciations supplémentaires possibles selon les tests)				
plan quantitatif	valeurs faibles	valeurs modérées	valeurs élevées	
plan qualitatif				en partie d'une très grande intensité

1.1.2 Succès du traitement, résistance à cet égard

Il faut souvent de nombreuses années avant qu'une affection douloureuse somatoforme fonctionnelle ne soit détectée.

Ce diagnostic tardif s'explique en partie par un manque de connaissances spécialisées et par la peur de la stigmatisation. De ce fait, le diagnostic correct est précédé en règle générale de tentatives de traitement somatique infructueuses.

Par définition, le trouble douloureux somatoforme fonctionnel est un trouble chronique. La notion de chronicité implique déjà une traitabilité limitée.

Des années d'incertitude diagnostique et de résistance au traitement induisent souvent un degré de préoccupation élevé chez le patient. L'aspect de la préoccupation peut se transformer en trouble indépendant, ce qui peut avoir entraîné un diagnostic psychiatrique autonome (= trouble somatoforme ou «somatic symptom disorder» dans le DSM-5 ou bien «bodily distress disorder» dans l'ébauche du CIM 11, voir point 1.1.4.2).

Le traitement de choix pour les affections douloureuses fonctionnelles somatoformes consiste en un ensemble multimodal de traitements de la douleur. En Suisse, la disponibilité de places de traitement de ce type est actuellement limitée. De plus, pour les cas chroniques graves, le traitement multimodal de la douleur n'a souvent qu'une efficacité limitée. Tant qu'en Suisse la situation de soins dans ce domaine reste limitée, un traitement insuffisant ne peut pas être imputé au patient comme «manquement» ou «dette portable».

La résistance au traitement inhérente au trouble doit être distinguée de la non-adhésion et de l'absence de prise de conscience du patient.

→ La résistance au traitement est un indicateur de la gravité du trouble. Les indicateurs suivants sont caractéristiques de l'évolution individuelle d'une affection douloureuse grave.

1.1.2.1 Indicateurs fréquents dans l'historique clinique en cas de déroulement de traitement retardé ou difficile ou de résistance au traitement (anamnèse, dossiers)

- Interventions opératoires fréquentes sans réduction durable du trouble, le plus souvent dans le cadre d'une surestimation de résultats lésionnels et d'une sous-estimation de la part de douleur due à l'affection douloureuse (hyperalgésie)
- Examens médicaux multiples (improductifs) (dans le cadre de la recherche de causes lésionnelles)
- Consultation de plusieurs spécialistes en orthopédie, rhumatologie et neurologie sans évoquer les troubles structurels susceptibles d'expliquer la situation globale
- Changement répété de médecin de famille, sentiment de la part du patient d'être mal compris
- Polypharmacie, dépendance iatrogène aux opioïdes en résultant
- Omission de l'intégration des aspects psycho-sociaux dans le projet de traitement
- Consultation d'un psychiatre dans le cadre d'une décompensation dépressive croissante
- Recherche d'aide des personnes concernées dans la médecine complémentaire ou sur Internet (forums)
- Utilisation de fonds propres pour des mesures de soins

Bilan intermédiaire: difficultés concernant le succès du traitement/la résistance à cet égard (cocher les champs applicables)				
plan quantitatif	peu de critères	critères nombreux	critères très nombreux	
plan qualitatif				en partie d'une très grande intensité

1.1.3 Succès de la réadaptation/difficulté de la réadaptation

L'analyse du contexte professionnel habituel sert de base à chaque évaluation. L'endurance limitée en terme de travail est souvent précédée de longues années d'efforts professionnels intenses. L'aggravation des symptômes, associée au stress (par exemple hyperalgésie induite par le stress), constitue la limitation la plus importante lors des tentatives de réadaptation.

→ Les indicateurs (1.1.3.2 - 1.1.3.3) décrivent les difficultés les plus fréquentes rencontrées lors de la réadaptation. Les difficultés de réadaptation inhérentes au trouble doivent être distinguées de la non-adhésion du patient.

1.1.3.1 Analyse du contexte professionnel pré-morbide (anamnèse)

- Formation professionnelle avec/sans diplôme, biographie professionnelle
- Taux d'occupation en pourcentage et en heures de travail par jour
- Exigences de travail concrètes et leurs durées respectives
- Exigences physiques (par exemple manipulation de charges, positions non-ergonomiques fréquentes ou position debout, marche ou position assise constante)
- Processus de travail et pauses, rythme de travail
- Fluctuations saisonnières
- Exposition aux facteurs environnementaux (humidité, froid, chaleur)
- Champ de responsabilité, pression due à la responsabilité
- Exigences de sécurité de l'entreprise, risques d'accident
- Climat de travail
- Durée et justification du chômage et de l'incapacité de travail

1.1.3.2 Indicateurs liés à la personne concernant la difficulté de la réadaptation (anamnèse/dossiers)

- Disposition prémorbide à un engagement professionnel excessif dans le cadre d'une «suradaptation» et d'un perfectionnisme (heures supplémentaires, travail le week-end, renoncement aux vacances)
- Activités de loisirs prémorbides excessivement orientées vers la performance, par exemple sports d'endurance
- Décompensation concomitante avec un stress lié au poste de travail (par exemple conflit)
- Processus de guérison plus long que prévu après une maladie/un accident

- Capacités mentales réduites en raison de difficultés de concentration, de mémoire, de rappel
- Augmentation des tendances sociophobes depuis le début de la maladie, intolérance à l'exposition, à la densité des stimuli et aux foules

1.1.3.3 Facteurs de stress liés au poste de travail conduisant à des difficultés de réadaptation

- Surmenage en terme de performance (longues journées de travail, travail par équipe, travail de nuit, heures supplémentaires, pauses insuffisantes, surmenage permanent)
- Surcharge de travail physique et mécanique (travail pénible)
- Surmenage psychique permanent (par exemple dans des métiers d'assistance sociale et de soins avec une dotation insuffisante en personnel)
- Processus de travail mal organisés
- Monotonie des mouvements, poste de travail non-ergonomique
- Marge de manœuvre restreinte et contrôle lors du travail
- Insatisfaction par rapport aux revenus («working poor»), manque de reconnaissance
- Conflits avec l'employeur en raison d'une diminution des performances, d'arrêts de travail, d'une non-compréhension de la maladie
- Peu de soutien social et humiliations répétées au travail («mobbing»)
- Risque de perdre son emploi ou perte effective de l'emploi/chômage

1.1.3.4 Tentatives de réadaptation encadrées par des professionnels

- Des tentatives de réadaptation ont eu lieu, mais n'ont pas été concluantes malgré la motivation du patient, son adhésion et des pauses suffisamment longues.
- Des tentatives de réadaptation documentent un schéma d'endurance réduit, dans le sens de limitations qualitatives et quantitatives en termes de travail (cf. point 2.2.1.2).

Bilan intermédiaire: difficultés concernant le succès de la réadaptation/les difficultés de réadaptation (cocher les champs applicables)				
plan quantitatif	peu de critères	critères nombreux	critères très nombreux	
plan qualitatif				en partie d'une très grande intensité

1.1.4 Comorbidités

Pour toutes les affections douloureuses somatoformes fonctionnelles, l'attention particulière est portée d'une part sur les facteurs pathogènes somatiques et d'autre part sur le diagnostic de troubles psychiques comorbides

Le sous-diagnostic F45.41 (CIM10), qui se définit comme «douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques.», comprend par définition une part de douleur somatique (→ comorbidité somatique). Il comprend, par ailleurs, une part de douleur somatoforme fonctionnelle ou un trouble psychique (→ comorbidité psychique).

Dans le syndrome douloureux somatoforme persistant F45.40 (CIM 10), une majorité des sujets souffre également de symptômes ou de comorbidités psychiques indépendants. La dépression et les troubles anxieux, par exemple, font régulièrement partie du trouble global et doivent, le cas échéant, être diagnostiqués comme comorbidité psychique. De nombreuses études prouvent que les troubles anxieux et dépressifs renforcent tant la perception somato-sensorielle que la connotation émotionnelle aversive dans le cadre de l'assimilation de la douleur [10-12].

En raison de cette constellation de comorbidités fréquentes avec des troubles psychiques, il est plausible que les lignes directrices de l'AWMF contextualisent directement les affections douloureuses comme, entre autres, l'expression d'une maladie principalement psychique, dans la mesure où cette maladie psychiatrique domine la situation globale (par exemple douleur comme symptôme dans le cadre d'un trouble dépressif, trouble anxieux, syndrome de stress post-traumatique et autres troubles somatoformes fonctionnels).

Le fait est que, dans les affections douloureuses chroniques et d'autres troubles somatoformes fonctionnels, les comorbidités somatiques et psychiques peuvent exercer une influence supplémentaire considérable sur l'endurance individuelle.

Pour la détermination du profil psychique, il est recommandé de recourir à des instruments psychométriques standardisés pour compléter l'entretien centré sur le patient (voir point 1.1.1.6).

→ Les points suivants (1.1.4.1 -1.1.4.2) se proposent de déterminer le schéma des comorbidités somatiques et psychiques.

1.1.4.1 Comorbidités somatiques (dossiers, anamnèse, examen clinique)

Documentation et appréciation de résultats et de comorbidités somatiques (y compris les résultats obtenus au moyen d'équipements médicaux). Les causes somatogènes comorbides courantes de douleur sont d'ordre:

- Orthopédique et traumatique
- Neuropathique
- Sérologique et inflammatoire
- Dégénératif et arthrosique

Bilan intermédiaire: charge de comorbidité somatique (cocher les champs applicables)				
plan quantitatif	peu de critères	critères nombreux	critères très nombreux	
plan qualitatif				en partie d'une très grande intensité

1.1.4.2 Comorbidités psychiques (dossiers, anamnèse, status psychique, psychométrie)

Documentation et appréciation de résultats et de comorbidités psychiques. Comorbidités psychiques courantes:

- En première place se situe le trouble somatoforme (= «somatic symptom disorder» selon DSM-5) ou «bodily distress disorder» (CIM 11 ébauche): les deux diagnostics se caractérisent par une peur excessive des maladies, le catastrophisme et la recherche accrue d'aide auprès des services médicaux
- Troubles dépressifs: comme cause associée, symptôme associé, conséquence de douleurs chroniques ou en alternance avec celles-ci
- Troubles anxieux: souvent avant même le début des douleurs, très fréquents en cas de syndromes douloureux touchant le corps entier
- Troubles post-traumatiques: souvent liés aux processus mnésiques de maintien des douleurs, possibilité notamment de flashbacks (de douleur) somato-sensoriels
- Troubles dissociatifs: coexistence fréquente d'hyperalgésie et d'hypoalgésie
- Addictions: nicotine, alcool, drogues illégales, benzodiazépine, opioïdes (attention: hyperalgésie induite par les opiacés)
- Troubles de la personnalité: le plus fréquemment obsessionnels compulsifset/ou narcissiques
- Cénesthésie: troubles hallucinatoires de la sensibilité

Bilan intermédiaire: charge de comorbidité psychique (cocher les champs applicables)				
plan quantitatif	peu de critères	critères nombreux	critères très nombreux	
plan qualitatif				en partie d'une très grande intensité

1.2 Complexe «personnalité»

Des processus épigénétiques expliquent la manière dont les expériences de l'environnement affectent le développement de la personnalité et la perception du corps. L'exploration du développement psychosocial fournit des indications sur les processus d'imprégnation correspondants de l'existence individuelle [13].

La perception accrue des symptômes (par exemple hyperalgésie) est modulée entre autres par les influences de l'environnement, une surcharge chronique de stress, par exemple. De nombreux mécanismes de l'hyperalgésie réactive induite par le stress peuvent aujourd'hui être démontrés avec un modèle animal et expliqués de manière physiologique [14-17].

Le spécialiste reconnaît en règle générale des schémas de correspondance entre les indications biographiques et le développement de la personnalité (par exemple manque d'amour et négligence lors de la petite enfance → faible développement de l'estime de soi → tentatives de compensation par l'auto-exploitation professionnelle → hyperalgésie induite par le stress).

Il est important que, dans le cas particulier des syndromes somatoformes fonctionnels, les aspects mentionnés ici ne soient pas écartés en tant que facteurs «étrangers à l'assurance invalidité» mais considérés au contraire comme des conditions de genèse neuro-épigénétiques fondamentales pour ce type d'affection.

→ Dans le cas des syndromes somatoformes fonctionnels, l'anamnèse psychosociale (1.2.1) sert aussi, indirectement, à la plausibilisation de la maladie (genèse de la maladie). L'imprégnation psychosociale de l'expérience constitue, avec la prédisposition génétique, le facteur d'influence essentiel en ce qui concerne le développement de la structure de la personnalité et du syndrome somatoforme fonctionnel, du trouble somatoforme douloureux chronique, par exemple (1.2.2).

1.2.1 Indicateurs généraux concernant le développement de la personnalité

- Expériences d'enfance aversives [18]
 - o Abus physique
 - o Abus émotionnel
 - o Abus sexuel
 - o Négligence psychique et physique
 - o Expériences de séparation lors de la petite enfance
 - o Perte d'un des parents, monoparentalité
 - o Conflit permanent au sein de la famille, violence envers la mère
 - o Proches malades, handicapés, drogués ou délinquants
 - o Inégalité sociale et pauvreté
 - o Travail précoce dans l'entreprise familiale, accès à l'éducation absent ou insuffisant
 - o Parentification
- Stress associé à la migration [19]
 - o Expérience de la guerre, conflit dans le pays d'origine
 - o Fuite et expulsion
 - o Séparation familiale
 - o Expérience de l'exclusion sociale systématique
 - o Pauvreté
 - o Torture
- Tensions associées au partenaire
 - o Conflit permanent
 - o Expérience de la violence entre les partenaires
 - o Mort du partenaire
 - o Fonction d'aidant auprès d'un membre de la famille malade
 - o Ruptures relationnelles nombreuses
- Autre type d'expérience de menace existentielle vécue
 - o Avec syndrome post-traumatique
- Facteurs de stress actuels concernant
 - o Conditions de logement
 - o Activité quotidienne/la situation professionnelle
 - o Famille

- Situation relationnelle
- Finances (entre autres dans le cadre de pertes financières dues aux arrêts de travail)
- Conflits avec les assurances sociales, querelles juridiques

Bilan intermédiaire: développement de la personnalité (cocher les champs applicables)				
plan quantitatif	peu de facteurs de stress	de nombreux facteurs de stress	de très nombreux facteurs de stress	
plan qualitatif				en partie d'une très grande intensité

1.2.2 Structure de la personnalité et fonctions psychiques fondamentales (cf. 1.1.4.2)

- *Cognition/compréhension*: indicateurs de cognitions dysfonctionnelles (par exemple catastrophisme, devoir s'accrocher à tout prix), problèmes de concentration et d'attention, limitations de la capacité de compréhension intellectuelle, de la capacité d'adaptation et de la flexibilité
- *Mémoire*: limitation de la performance mnésique, perte de mémoire, amnésie, hypermnésie (par exemple sous forme de flashbacks)
- *Emotions*: émotions dominantes liées à la maladie telles que la peur, le sentiment de vide, la dysphorie, l'impression «d'être prisonnier» (entrainement), l'agression (active, passive), colère et fureur en cas d'injustice vécue. Manque de compétence émotionnelle, à savoir, alexithymie, aplatissement affectif, faible capacité de différenciation des affects, contrôle insuffisant des impulsions, faible tolérance aux affects, fragilité des affects, capacité réduite à l'empathie
- *Perception du corps*: «body checking behaviour», perception incertaine du corps, dysmorphie, indicateurs d'une sensibilité excessive aux stimuli, défaillances de la perception (dissociation), non prise en compte des limites de ses propres capacités, troubles cénesthésiques de la perception du corps
- *Entrain*: indicateurs de manque d'entrain, anhédonie, manque d'énergie, fatigabilité rapide, phases de régénération prolongées
- *Gestion inadaptée du stress*: déni, extériorisation de tensions, évitement, diversion, dispersion, dépendance, somatisation, régression
- *Estime de soi*: indicateurs d'une perception de soi négative, le cas échéant tentatives de compensation (narcissisme, perfectionnisme, altruisme excessif, perception de soi ambivalente), régulation difficile de l'estime de soi
- *Relations interpersonnelles*: indicateurs d'un comportement relationnel fragile, stratégies de gestion des conflits immatures, cynisme, perception altérée de soi et des autres, comportement de communication ou de contact inhabituel, retrait social, capacité à s'affirmer et à s'imposer exagérée ou réduite
- *Indicateurs d'autres troubles complexes de la fonction du Moi*: problèmes d'identité, faible capacité d'introspection, manque de capacité d'auto-réflexion

Bilan intermédiaire: structure de la personnalité (cocher les champs applicables)				
plan quantitatif	peu de critères de stress	critères de stress nombreux	critères de stress très nombreux	
plan qualitatif				en partie d'une très grande intensité

1.3 Complexe «contexte social»

Les facteurs de stress passés et actuels ont une influence directe sur le traitement cérébral des douleurs et des autres symptômes (cf. 1.2.1). Dans les syndromes somatoformes fonctionnels, les conséquences de tensions psycho-sociales ne peuvent elles non plus être ignorées d'un point de vue médical. La perte d'emploi pour cause de maladie, par exemple, favorise l'effondrement de l'estime de soi et éventuellement l'évolution suicidaire. Un affect négatif persistant perpétue et renforce à son tour un trouble de la gestion des symptômes [20]. Cela signifie que, d'un point de vue médical, les influences psychosociales ne peuvent pas être mises entre parenthèses sans autre examen, sous prétexte qu'il s'agirait de facteurs étrangers à l'invalidité. Pour les maladies douloureuses chroniques, la pertinence de la conception biopsychosociale qui sous-tend la maladie est en effet

scientifiquement démontrée [21].

Pour l'absence de contexte social ou le contexte social destructeur, le pronostic est critique. La conclusion inverse, toutefois, n'est pas admissible: le maintien du contact social peut certes être considéré comme ressource au sens de soutien social, mais il ne donne aucune information valable directe sur l'endurance actuelle effective. Même si le contact social actuel est stabilisé, des expériences de stress et des traumatismes antérieurs peuvent continuer à exercer une influence durable sur la perception des symptômes.

La disponibilité de ressources sociales s'effondre en règle générale au cours de la maladie. Ce phénomène peut être utilisé comme indicateur indirect du degré de gravité de l'évolution de la maladie (comparaison avant/après) Il est donc indispensable de suivre et de consigner la participation sociale dans la durée.

→ Pour les syndromes somatoformes fonctionnels, il faut rechercher dans le contexte social:

- d'éventuelles causes au développement de la maladie ou au maintien des symptômes (cf. 1.2.1)
- aux fins d'une comparaison avant/après.

1.3.1 Analyse du contexte social (partenaire, famille, voisins, environnement de travail, associations, contacts avec des personnes du secteur médical, organisations caritatives)

- Position de l'individu malade dans le contexte social actuel
 - o Comportement de retrait dû à la maladie («sickness behaviour», besoin de calme accru en cas de sensibilité à fleur de peau, évitement de rassemblements)
 - o Retrait social motivé par la honte (évitement des collègues de travail, des parents proches)
 - o Stress intrafamilial suite à la perte du rôle nourricier (échec social au sein de la famille)
 - o Redistribution des rôles entre partenaires (dépendance inversée)
- Position de l'environnement social par rapport à l'individu
 - o Exclusion, prise en charge insuffisante, indifférence, humiliation
 - o Médicalisation croissante des contacts sociaux
 - o Favorisation de tendances régressives par une prise en charge insuffisante ou excessive (bénéfice secondaire de la maladie)
- Comparaison avant/après de ressources sociales utiles dans
 - o La famille (famille d'origine, partenaire, enfants)
 - o Le cercle d'amis, de collègues
 - o L'environnement de travail
 - o La communauté, la vie associative, les institutions sociales, les prestations d'assurance

Bilan intermédiaire: contexte social (cocher les champs applicables)				
plan quantitatif	peu de critères de stress	critères de stress nombreux	critères de stress très nombreux	
plan qualitatif				en partie d'une très grande intensité

2 Contrôle de cohérence et estimation de la capacité à exécuter une tâche ou une action

Le contrôle de cohérence a lieu sur les plans suivants:

- a) Est essentielle et déterminante en premier lieu la cohérence en terme de contenus entre les symptômes, les résultats et les indications de la biographie de stress recueillis au point 1 (voir point 2.3.1).
 - b) Est comparée en outre la concordance entre les valeurs dans les questionnaires et l'impression clinique lors de l'examen (sont considérées comme suspectes des valeurs extrêmes dans les questionnaires en contradiction avec l'impression clinique).
 - c) La concordance des indications relatives à la prise de médicaments avec leur détectabilité dans les urines/le sérum (attention, environ 15% des patients sont des «rapid metabolizers», voir lignes directrices de l'AMWF) [22]
 - d) Le contrôle de cohérence est en outre complété d'informations concernant les limitations de capacité du patient dans différents domaines de la vie (travail, ménage, loisirs; point 2.2.1).
 - e) L'on vérifiera également si l'affection, telle qu'elle se présente lors du contrôle de cohérence interne de l'expertise, concorde avec les indications de l'anamnèse indirecte externe du traitement à long terme dispensé par le médecin de famille, d'une éventuelle psychothérapie ou de la réadaptation (= contrôle de cohérence externe points 2.2.1 et 2.2.2)
- Si le contrôle de cohérence révèle des divergences, il conviendra d'en établir les causes.
 - Attention: la tendance à l'amplification et l'aggravation sont des aspects perturbants dans le cadre de la communication autour de la maladie. Elles entravent le processus d'expertise sans pour autant donner d'indications sur la gravité du trouble. L'expert ne doit en aucun cas confondre l'aggravation et la tendance à l'amplification avec l'hyperalgésie, l'allodynie ou une différence d'origine culturelle de la présentation des symptômes.

2.1 Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines de la vie (contrôle de cohérence interne)

Concernant la limitation des activités, il faut tenir compte du fait suivant caractérisant la douleur fonctionnelle somatoforme: contrairement à ce qui se passe pour la douleur engendrée par une lésion, pour la douleur engendrée par la perception, l'effet limitant vient moins de la nature de l'activité que de sa durée (exemple: s'il est possible de faire la vaisselle pendant 20 minutes, il est en revanche impossible de préparer des légumes huit heures par jour). En d'autres mots, pour les douleurs fonctionnelles somatoformes les informations concernant les limitations du niveau d'activité ne sont pertinentes que si elles sont accompagnées d'une indication de durée. A la durée de l'endurance, il convient d'ajouter le contexte de tension psychique (intolérance au stress) (exemple: le poids de la responsabilité en tant qu'ambulancier n'est pas le même que celui que l'on porte en conduisant sa propre voiture).

→ Pour obtenir le spectre le plus large possible de capacités fonctionnelles comparables, l'on s'informe sur les limitations dans le domaine de l'activité professionnelle, du ménage et des loisirs. Sont évaluées des activités qui «vont plutôt bien», «sont plutôt difficiles» ou «qui vont bien dans la mesure où leur durée et l'intensité des tensions qu'elles engendrent sont dosées correctement». En plus de l'interrogatoire anamnestique concernant les limitations du niveau d'activité, il est possible ici de recourir de manière ciblée à des instruments psychométriques (2.1.2, 2.1.3).

2.1.1 Limitations des activités dues aux symptômes, avec prise en compte de la durée

- Questions concernant des exemples d'activités et leur durée liées systématiquement à une augmentation de la perception du trouble
 - o Travail/activité rémunérée
 - o Ménage, exécution de la routine quotidienne
 - o Relations sociales, loisirs
- Exemples d'activités liées systématiquement à une perception faible des symptômes
 - o Travail/activité rémunérée
 - o Ménage, exécution de la routine quotidienne
 - o Relations sociales, loisirs
- Exemples d'activités qui vont bien dans la mesure où leur durée et le besoin de pauses sont dosés correctement
 - o Travail/activité rémunérée

- Ménage, exécution de la routine quotidienne
- Relations sociales, loisirs

2.1.2 Questionnaire pour la collecte d'informations sur la gestion de la douleur et les limitations (FESV et MPI, par exemple)

Le FESV (questionnaire pour la collecte d'informations sur la gestion de la douleur) sert à recueillir des informations sur le répertoire de stratégies d'adaptation ainsi que sur les limitations psychiques en relation avec les douleurs chez les patients souffrant d'une problématique de douleur de longue durée ou fréquemment récurrente.

Le MPI (de l'anglais Multidimensional Pain Inventory) sert à l'évaluation des limitations dans différents domaines de la vie. En plus du ressenti subjectif de la douleur, ce questionnaire vise également à recueillir des informations sur la gestion de la douleur, sur les réactions que le patient perçoit dans son entourage ainsi que sur l'activation générale du patient.

2.1.3 Limitation des activités et de la participation dans les troubles psychiques (mini-ICF-APP)

- La mini-ICF-APP (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation mondiale de la santé) est un outil de collecte additif des limitations notamment dans le domaine des comorbidités psychiques.
- Comme cet outil évalue avant tout la capacité de participation sociale, les sujets souffrant de syndromes fonctionnels somatoformes isolés présentent en moyenne des valeurs de limitation plus faibles que les sujets souffrant par exemple de troubles de la personnalité.

Bilan intermédiaire: cohérence des indications relatives aux limitations dans la comparaison transversale travail, ménage, loisir, psychométrie (cocher le champ applicable)		
concordance faible dans la comparaison de cohérence interne	concordance modérée dans la comparaison de cohérence interne	concordance élevée dans la comparaison de cohérence interne

2.2 Impression de cohérence de l'affection dans le cadre des soins médicaux et de la réadaptation (contrôle de cohérence externe)

Contrairement à l'expert, le médecin de famille ou, le cas échéant, le spécialiste traitant dispose d'une connaissance à long terme du cas à expertiser. En raison de son expérience souvent nettement plus grande, le médecin de famille est plus à même de collecter des informations transversales sur les limitations de capacité qui reflètent effectivement la réalité. L'observation du cas sur le long terme offre en outre au médecin de famille une vue d'ensemble essentielle pour l'évaluation de la cohérence. Si, parallèlement au médecin de famille, des spécialistes suivant le patient sont impliqués dans le traitement de l'affection primaire (par exemple orthopédiste, rhumatologue, psychiatre, psychologue, etc.), leur avis doit être également consulté.

→ Les aspects suivants peuvent s'avérer utiles pour pondérer les indications de cohérence dans le cadre du traitement médical et de la réadaptation sur la base de l'anamnèse indirecte.

2.2.1 Aspects différentiels de l'impression de cohérence dans le cadre du traitement médical

- Dans les faits, l'affection est décrite par le patient de manière similaire ou analogue à différents moments. Impression de cohérence du côté des médecins traitants (médecin de famille, spécialiste traitant) concernant la limitation de capacité pendant:
 - o le travail/l'activité rémunérée
 - o le ménage, l'exécution de la routine quotidienne
 - o les relations sociales, les loisirs

2.2.2 Aspects différentiels de l'impression de cohérence dans le cadre des mesures de réadaptation

- D'un point de vue factuel, l'affection est décrite par le patient de manière similaire ou analogue à différents moments.
- Impression de cohérence du côté du spécialiste traitant responsable de la mesure de réadaptation, avec prise en compte explicite des limitations des activités par unité de temps et de l'aspect de l'intolérance au stress (cf.

point 1.1.3.3).

Bilan intermédiaire: cohérence des indications relatives aux limitations dans le cadre du traitement médical/de la réadaptation (cocher le champ applicable)		
concordance faible dans la comparaison de cohérence externe	concordance modérée dans la comparaison de cohérence externe	concordance élevée dans la comparaison de cohérence externe

2.3 Validation globale

Lors de la validation globale, la correspondance avec les critères du diagnostic, la détermination du degré de gravité et l'étendue des limitations sont précisés et pondérés.

Le propos de l'estimation des limitations n'est pas de fournir une vision théorique abstraite des choses, mais une évaluation médicale concrète de l'étendue des limitations par rapport à la réalité individuelle du patient (c'est-à-dire par rapport aux complexes «personnalité» et «contexte social»).

Le contrôle médical final de l'exigibilité (2.3.4) sert pour ainsi dire de «reality check» de la réalité professionnelle de l'assuré. L'étendue des limitations devrait, après le contrôle médical de l'exigibilité, permettre de déduire de manière logique les recommandations de l'expert concernant le degré de la capacité de travail.

Selon le profil de chaque patient, des facteurs totalement différents peuvent de fait se révéler déterminants pour l'établissement du bilan final. Les estimations semi-quantitatives de la densité des indicateurs au chapitre 1 (bilans intermédiaires) peuvent servir de repère; dans certains cas, la pondération qualitative de l'importance de certain indicateurs spécifiques revêt une importance tout aussi grande. Dans le cas d'espèce, il peut arriver qu'un seul élément d'un symptôme soit déterminant pour l'évaluation globale. Le Tribunal fédéral exige expressément que l'utilisation du catalogue des indicateurs soit adaptée aux circonstances du cas particulier. (ATF 141 V281 E. 3.6 et 4.1).

2.3.1 Validation du diagnostic

– La validation du diagnostic découle des points suivants:

- 1.1.1 Intensité et type des symptômes et résultats pertinents pour le diagnostic
- 1.2.1 Indicateurs généraux concernant le développement de la personnalité
- 2.1/2.2 Contrôle de cohérence interne et externe

Exigence: du point de vue logique et de celui des contenus, les indications anamnestiques concernant les symptômes (1.1.1.1-1.1.1.3), les résultats cliniques (1.1.1.4) et l'évolution biographique (1.2.1) doivent sembler cohérentes au spécialiste et présenter entre elles des relations plausibles.

Bilan intermédiaire: validité du diagnostic (cocher le champ applicable)		
validité du diagnostic insuffisante	validité du diagnostic modérée	validité du diagnostic élevée

2.3.2 Détermination du degré de gravité

– Le degré de gravité de l'affection est déterminé par les résultats des points suivants:

- 1.1.1 Expression et type des symptômes et résultats pertinents pour le diagnostic
- 1.1.2 Succès du traitement, résistance à cet égard et 1.1.3 succès de la réadaptation, difficulté de la réadaptation
- 1.1.4 Comorbidités
- 1.2.1 Indicateurs généraux concernant le développement de la personnalité

2.1.1 Limitations d'activités dues à la douleur par unité de temps

2.1.2 FESV et MPI ainsi que 2.1.3 mini-ICF-APP

- Exigence: le degré de gravité est motivé tout d'abord par l'expression de l'affection globale (1.1.1) puis confirmé en règle générale dans la résistance des symptômes au traitement et la difficulté de la réadaptation (1.1.2 et 1.1.3). Souvent, le degré de gravité du syndrome somatoforme fonctionnel corrèle avec la charge de comorbidité psychique/psychiatrique (1.1.4). Le degré de gravité du syndrome somatoforme fonctionnel est souvent en relation avec le degré de gravité et l'étendue de l'exposition aux tensions liée à la biographie (1.2.1).
- Il relève de la responsabilité de l'expert d'établir un bilan cohérent des indicateurs en tenant compte des évaluations des médecins traitants.
- Pour le médecin spécialiste, le degré de gravité se répartit comme suit:
 - a) *Degré de gravité faible à modéré*: les indicateurs sont peu nombreux d'un point de vue quantitatif et seulement d'expression modérée.
 - b) *Degré de gravité modéré à élevé*: les indicateurs sont nombreux et/ou d'expression marquée.
 - c) *Degré de gravité élevé à très élevé*: les indicateurs sont très nombreux et d'expression très marquée.

Bilan intermédiaire: détermination du degré de gravité (cocher le champ applicable)		
degré de gravité faible à modéré	degré de gravité modéré à élevé	degré de gravité élevé à très élevé

2.3.3 Définition des limitations pertinentes du point de vue médical

Les limitations médicales se fondent sur les éléments suivants:

- 2.3.2 Détermination du degré de gravité du syndrome somatoforme fonctionnel
- 1.2.2 Structure de la personnalité et fonctions psychiques fondamentales (complexe «personnalité»)
- 1.3 Complexe «contexte social»
- 2.2.1 Evaluation des limitations par les médecins traitants (médecins de famille)

Exigence: la limitation médicale est déterminée à partir du degré de gravité du syndrome (2.3.2), de la structure de la personnalité du sujet (1.2.2) et des facteurs de contexte psychiques et sociaux (1.3). La limitation médicale se manifeste par une capacité de travail réduite sur le plan quantitatif et qualitatif. Il relève de la responsabilité de l'expert d'établir un bilan des indicateurs cohérent en tenant compte de la longue expérience du médecin de famille (2.1.1).

L'expertise spécialisée distingue les niveaux d'atteinte suivants:

- a) *Atteinte légère à modérée*: l'atteinte peut être améliorée dans le cadre de mesures concrètes d'optimisation du poste de travail. Les activités sociales, domestiques et professionnelles sont perturbées, mais possibles au prix d'efforts.
- b) *Atteinte modérée à majeure*: l'atteinte a clairement pour conséquence une capacité de travail réduite. Un grand nombre d'activités sociales, domestiques et professionnelles sont clairement perturbées.
- c) *Atteinte médicale majeure à totale*: l'atteinte a pour conséquence que l'activité professionnelle est gravement compromise ou doit être exclue. Seules quelques rares activités domestiques et sociales sont encore possibles.

Bilan intermédiaire: degré de limitation		
degré de limitation faible à modéré	degré de limitation modéré à élevé	degré de limitation élevé à très élevé

2.3.4 Examen médical de l'exigibilité

- L'utilisation médicale du concept d'«examen médical de l'exigibilité» se distingue du concept général normatif d'«examen de l'exigibilité».
- L'examen médical de l'exigibilité, au sens d'examen logique de la limitation médicale compte tenu du domaine d'activité concret de l'assuré, sert à assurer la qualité de l'expertise. C'est sur celle-ci que se base ensuite l'évaluation définitive de la capacité de travail. L'expert vérifie dans quelle mesure le degré de limitation médicale défini au point 2.3.3 est réaliste du point de vue *de la responsabilité médicale vis-à-vis de l'assuré et vis-à-vis de l'employeur*. Une mauvaise estimation du degré de limitation pourrait en effet entraîner une augmentation des symptômes chez le patient et des arrêts de travail à la charge de l'employeur.
- L'examen médical de l'exigibilité se rapporte en premier lieu au poste de travail habituel de l'assuré. S'il n'est plus possible de l'employer dans son activité habituelle, l'expert doit décrire un profil de charge médicalement exigible pour une activité de remplacement adaptée. En principe, une incapacité de travail peut également prendre la forme d'une diminution du rendement ou du temps de travail [7].
- En cas d'incapacité partielle de travail, de proposition de reclassement ou de mesures de réintégration professionnelles, il faut, en présence d'un syndrome somatoforme fonctionnel, respecter les limitations suivantes:

Critères de l'examen médical de l'exigibilité en cas de syndromes somatoformes fonctionnels:

- A) *Renforcement des symptômes lié au stress* en rapport avec le rythme de travail, le poids des responsabilités et la culture d'entreprise.
- B) *Degré réduit de charge mentale* par rapport aux exigences de travail concrètes et aux exigences en matière de sécurité de l'entreprise.
- C) *Endurance de plus courte durée* par rapport à la possibilité d'adapter le rythme des unités de travail et d'organiser des pauses au sein des processus de travail.
- D) *Volume d'endurance globale réduit* par rapport à la possibilité de réduire le temps de travail quotidien et/ou l'étendue du champ de responsabilités.
- E) *En cas de comorbidité psychique majeure*: capacité d'adaptation et capacité d'intégration sociale de l'assuré à sa place de travail, disponibilité d'un emploi de niche ou besoin d'assistance professionnelle sur le lieu de travail.

2.3.5 Recommandations de l'expert

Après l'examen médical de l'exigibilité, ont lieu les recommandations de l'expert concernant le degré d'incapacité de travail ou d'éventuelles mesures recommandées.

Pour la reconnaissance d'une invalidité au sens juridique du terme, trois conditions doivent être remplies:

- 1) Une atteinte de longue durée à la santé physique ou mentale
- 2) L'incapacité partielle ou totale à fournir un travail raisonnablement exigible
- 3) La causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité à fournir un travail raisonnablement exigible [7]

Mesures médicales: la question est de savoir si une poursuite du traitement est susceptible d'améliorer encore notablement l'état de santé du sujet ou le maintiendrait seulement dans un état stationnaire. En règle générale, il est impossible de prédire de manière fiable si la capacité de travail sera améliorée de manière significative par un traitement encore en cours [7].

Mesures de réadaptation professionnelles: pour la recommandation de mesures de réadaptation professionnelles, l'expert doit décrire un profil d'exigences pour une activité de remplacement adaptée en se basant sur les handicaps constatés (déficits) et les fonctions résiduelle existantes (ressources). Il ne doit proposer ni la mesure concrète à mettre en œuvre ni des professions concrètes.

Pronostic: comme il est souvent impossible de faire des pronostics à long terme, il s'est révélé judicieux de se limiter à une période d'environ deux ou trois ans. Pour l'évaluation du pronostic, il est recommandé à l'expert de s'appuyer sur sa propre expérience professionnelle et/ou sur des résultats de recherche publiés.

Bilan final: recommandations de l'expert
(cocher les champs applicables, plusieurs choix possibles)

	aucune mesure à prendre car niveau de gravité de la maladie trop faible
	aucune mesure à prendre car niveau de validité du diagnostic ou niveau de cohérence trop faible
	évaluation médicale supplémentaire nécessaire
	autre procédure nécessaire

	mesure médicale soutenue par l'assurance recommandée
	mesure de réadaptation professionnelle soutenue par l'assurance recommandée
	reclassement soutenu par l'assurance recommandée

	incapacité de travail partielle constatée à...%
	incapacité de travail totale

	réévaluation recommandée dans 2 ans
	réévaluation recommandée dans 3 ans
	réévaluation recommandée dans 5 ans

Annexe

Bibliographie

- 1 Treede RD, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003-7.
- 2 Yunus MB. Editorial review: an update on central sensitivity syndromes and the issues of nosology and psychobiology. *Curr Rheumatol Rev*. 2015;11(2):70-85.
- 3 Egloff N, Cámara RJ, von Känel R, Klingler N, Marti E, Ferrari ML. Hypersensitivity and hyperalgesia in somatoform pain disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(3):284-90.
- 4 Ursin H. Brain sensitization to external and internal stimuli. *Psychoneuroendocrinology*. 2014;42:134-45.
- 5 Perez DL, Barsky AJ, Vago DR, Baslet G, Silberzweig DA. A neural circuit framework for somatosensory amplification in somatoform disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2015;27:40-50.
- 6 Raffaelli W, Arnaudo E. Pain as a disease: an overview. *J Pain Res*. 2017;10:2003-8.
- 7 Versicherungsmmedizinische Sprachregelung in Analogie zu den Schweizerischen Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung (07/2016), respektive den Schweizerischen Leitlinien für die orthopädische Begutachtung (02/2017).
- 8 Interpellation Graber, Sept 2017 <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=40923>.
- 9 Mailis-Gagnon A, Nicholson K. Nondermatomal somatosensory deficits: overview of unexplainable negative sensory phenomena in chronic pain patients. *Curr Op Anaest*. 2010:593-7.
- 10 Berna C, Leknes S, Holmes EA, et al.: Induction of depressed mood disrupts emotion regulation neurocircuitry and enhances pain unpleasantness. *Biol Psychiatry*. 2010;67:1083-90.
- 11 Wagner G, Koschke M, Leuf T, et al.: Reduced heat pain thresholds after sad-mood induction are associated with changes in thalamic activity. *Neuropsychologia*. 2009; 47:980-7.
- 12 Roy M, Piché M, Chen JI, et al.: Cerebral and spinal modulation of pain by emotions. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2009;106:20900-20905.
- 13 Landa A, Peterson BS, Fallon BA. Somatoform pain: a developmental theory and translational research review. *Psychosom Med*. 2012;74(7):717-27.
- 14 Jennings EM, Okine BN, Roche M, Finn DP. Stress-induced hyperalgesia. *Progress Neurobiol*. 2014;121:1-18.
- 15 Green PG, Chen X, Alvarez P, Ferrari LF, Levine JD. Early-life stress produces muscle hyperalgesia and nociceptor sensitization in the adult rat. *Pain*. 2011;152(11):2549-56.
- 16 Alvarez P, Paul G, Green PG, Levine JD. Stress in the Adult Rat Exacerbates Muscle Pain Induced by Early-Life Stress. *Biol Psychiatry*. 2013;74(9):688-95.
- 17 Khasar SG, Burkham J, Dina OA, Brown AS, Bogen O, Alessandri-Haber N, Green PG, Reichling DB, Levine JD. Stress induces a switch of intracellular signaling in sensory neurons in a model of generalized pain. *J Neurosci*. 2008;28: 572130.
- 18 Egle UT, Franz M, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M. Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosoziale Belastungen in der Kindheit - ein Update. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2016, 59(10):1247-1254.
- 19 Studer M, Stewart J, Egloff N, Zürcher E, von Känel R, Brodbeck J, grosse Holtforth M. Psychosoziale Stressoren und Schmerzempfindlichkeit bei chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) Der Schmerz. 2017; 31(1):40-6.
- 20 Eisenberger NI. Social pain and the brain: controversies, questions, and where to go from here. *Annu Rev Psychol*. 2015;66:601-29.
- 21 Egle UT, Keller F, Kappis B, Schairer U, Bär KJ. Stressinduzierte Hyperalgesie (SIH). *Neurobiologische Mechanismen und ihre Konsequenzen für die sozialmedizinische Begutachtung chronisch Schmerzkranker. der Medizinisch Sachverständige* 2016;112(2):73-80.
- 22 De Leon J. The crucial role of the therapeutic window in understanding the clinical relevance of the poor versus the ul- trarapid metabolizer phenotypes in subjects taking drugs metabolized by CYP2D6 or CYP2C19. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27:241-5.

Sélection d'ouvrages de référence utilisés pour les questions d'expertise

(par ordre alphabétique)

- AWMF-Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen (Leitlinie Schmerzbegutachtung), 4. Aktualisierung, 2017, AWMF-Registernummer 094-003 (<http://www.awmf.org>).
- Ebner G, Colomb E, Mager R, Marelli R, Rota F. Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP). 3e édition intégralement révisée et complétée, 2016. https://www.psychiatrie.ch/sspp/specialistes-et-commissions/index.php?elD=tx_securedownloads&u=0&g=0&t=1571921978&hash=2487b7c2555b924342a180ad2c9ccfceda05b9fc&file=/fileadmin/SGPP/user_upload/Fachleute/f_lignes_directrices_expertises_psykiatriques_assurances_-_2016_06_16_def.pdf
- Egle UT, Kappis B, Schairer U, Stadtland C, Begutachtung chronischer Schmerzen. Urban und Fischer; 2014.
- Henningsen P. Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerden. Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS. 2014(6):499-547.
- Lignes directrices pour l'expertise orthopédique de swiss orthopaedics (02/2017). http://www.swissorthopaedics.ch/images/content/Empfehlungen/Begutachtung_2_2017/F-LeitlinienGutachten-2.2017.pdf
- Lignes directrices pour l'expertise rhumatologique de la Société Suisse de Rhumatologie (07/2016). <https://www.rheuma-net.ch/images/pdf/lignes-directrices-pour-lexpertise-rhumatologique-05-2018.pdf>
- Mazzotti I, Schiltenswolf M. Begutachtung von Schmerzen und Beschwerden. Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgischer Begutachtung, Kapitel 13. Berlin/Heidelberg: Springer; 2014.
- Mosimann HJ. Der Beitrag der Leitlinien für die Rechtsprechung. Erwartungen an die Gutachterinnen und Gutachter. Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS. 2016(5):507-15.
- Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R, Freyberger H J, Irle H, Köllner V, Widder B. Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe; 2016.

Glossaire

Il est conseillé d'utiliser la terminologie spécialisée de manière aussi uniforme que possible au sein de la médecine des assurances. Le présent glossaire reprend largement celui des Lignes directrices pour l'expertise rhumatologique de la Société Suisse de Rhumatologie; nous remercions chaleureusement la Société Suisse de Rhumatologie pour sa remarquable collaboration.

La compréhension terminologique médicale est tenue de s'adapter en permanence à l'évolution scientifique.

Du point de vue de la médecine psychosomatique spécialisée, un discours médico-social s'imposerait concernant la révision des termes de base «maladie», «accident», «extension des symptômes» et «exigibilité médicale» (voir plus bas).

Les compréhensions terminologiques juridique et médicale de ces termes médicaux spécialisés ne doivent pas trop diverger, car cela provoque l'irritation de l'opinion publique.

Accident: est réputée accident (au sens juridique du terme) toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG). Les accidents peuvent déclencher une affection douloureuse qui persiste même après la guérison de l'éventuel dommage d'accident (lésion) macrostructurel est déjà totalement guéri. En sont responsables des modifications neuronales des structures responsables de la transmission et de la gestion de la douleur. Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) et de nombreuses autres affections douloureuses somatoformes fonctionnelles débutent suite à un accident. Dans ces cas, l'accident a déclenché l'affection douloureuse. La sévérité de l'événement déclencheur ne donne pas forcément d'indications sur le degré de gravité de l'affection douloureuse déclenchée.

L'état de santé préalable de la personne concernée ne doit pas forcément avoir eu de valeur maladie spécifique. Un niveau de stress excessif (par exemple pratique préalable d'un sport extrême) est un facteur de vulnérabilité classique impliqué la genèse d'une affection douloureuse déclenchée par un accident. Cette constellation entraîne généralement des ambiguïtés quant à l'organisme d'assurance impliqué (CNA, AI).

Aggravation:

permanente: suite à un accident, la maladie initiale peut connaître une aggravation permanente, ce qui signifie que le status quo ante ne sera plus jamais retrouvé et que le sujet présentera toujours un état déficitaire

accélératrice: la maladie indépendante de l'accident connaît une aggravation accélératrice déterminante lorsque l'accident la fait évoluer plus tôt que prévu, en accélère l'évolution ou lui fait atteindre un stade douloureux qui ne s'atténue plus.

temporaire: l'état antérieur est temporairement aggravé par l'accident, puis on retrouve le status quo ante (fin).

Allodynie: l'on entend par allodynie le phénomène, assez fréquent dans les affections douloureuses, d'après lequel de simples pressions peuvent être douloureuses. Dans la vie quotidienne, l'allodynie se manifeste lors d'un coup de soleil, par exemple.

Capacité (en anglais capacity): le critère d'évaluation de la capacité est la faculté d'une personne à mener à bien une tâche ou une action. On décrit dans ce cadre le plus haut niveau de capacité fonctionnelle le plus élevé possible qu'une personne puisse atteindre dans un domaine précis à un moment précis.

Degré de preuve: pour être reconnu par l'assurance sociale, un état de fait doit être établi (par exemple lien de causalité avec l'accident) au moins avec une vraisemblance prépondérante. Une supposition ou une simple possibilité ne suffit pas.

possibilité: vraisemblance inférieure à 50%;

vraisemblance prépondérante: (*nettement*) supérieure à 50%;

vraisemblance proche de la certitude: *presque 100%*.

Dissimulation: lors des expertises des douleurs psychosomatiques, certaines personnes à expertiser tendent à dissimuler des facteurs d'influence psychiques et sociaux afin de ne pas être stigmatisées ou pour échapper au danger d'être classées comme «simulateur» pour ce qui concerne les douleurs. Même si, en principe, c'est à la personne à expertiser qu'incombe l'obligation de preuve, ceci devrait être mentionné dans l'expertise et pris en compte dans l'évaluation globale.

EBM: médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine)

Exagération: représentation aggravant ou exagérant consciemment un trouble existant dans le but d'obtenir des avantages (matériels).

Exigibilité: l'exigibilité a été jusqu'à présent une notion juridique qui n'a encore été définie dans aucune loi. L'exigibilité en tant que notion juridique sert à fixer des limites aux prétentions d'assurance. Cette notion est étroitement liée à celle de proportionnalité: les mesures exigibles doivent être proportionnées. Dans le langage courant, la notion d'exigibilité désigne le comportement que l'on est en droit d'attendre ou d'exiger d'une personne, même s'il implique pour cette dernière des désagréments ou des sacrifices. Dans le contexte de l'expertise, cette notion provoque une certaine irritation lorsque l'évaluation juridique de l'exigibilité diverge de l'évaluation médicale.

D'un point de vue médical, l'exigibilité se détermine en principe en fonction des capacités et des handicaps que présente la personne concernée par rapport au profil exigé pour un poste de travail donné. La capacité de travail et l'exigibilité sont deux notions étroitement liées. Le médecin considérera en règle générale qu'on ne peut plus parler d'exigibilité lorsqu'un patient souffre d'une maladie sévère assortie de mauvais pronostics et qui l'empêche totalement ou partiellement d'exercer un travail adéquat ou lorsqu'il existe un risque significatif de dégradation de l'état de santé du fait de la charge de travail.

La notion d'exigibilité présupposant toujours une compréhension médicale de la maladie afin d'évaluer correctement l'exigibilité par rapport à la maladie, l'utilisation juridique de cette notion devrait s'appuyer sur le contenu médical de celle-ci. Selon l'arrêt de principe concernant la douleur somatoforme (ATF 141 V 281), il ne devrait plus arriver qu'en se basant sur un diagnostic déterminé, l'on parte de la présomption selon laquelle les troubles «peuvent être surmontés» par un «effort de volonté raisonnablement exigible». Pour donner au juriste les moyens de réaliser son évaluation, un guide moderne requiert donc de la part de l'expert médical un point concernant «l'examen médical de l'exigibilité» (voir point 2.3.4 du présent guide).

Extension des symptômes: la notion d'«extension des symptômes» n'est ni un diagnostic, ni une construction nosologique. Il décrit un phénomène dans lequel on retrouve pour l'essentiel les observations suivantes: le patient se plaint de symptômes de douleur sévères et diffuses (en anglais «chronic widespread pain»). Le phénomène de l'extension apparaît régulièrement dans les affections douloureuses chroniques et est, entre autres, lié à des modifications neurophysiologiques au niveau de la moelle épinière, du tronc cérébral et du cortex cérébral. Au moins un patient sur trois souffrant d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) connaît une extension importante de la douleur. L'extension de la douleur comme phénomène physiologique ne doit pas être confondu avec l'amplification. En médecine des assurances, le terme «extension des symptômes» a une connotation négative et ne devrait plus être utilisé pour les troubles somatoformes fonctionnels.

Handicap: l'art. 2 de la Loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (LHand) stipule: «est considérée comme personne handicapée au sens de la présente loi toute personne dont la déficience corporelle, mentale ou psychique présumée durable l'empêche d'accomplir les actes de la vie quotidienne, d'entretenir des contacts sociaux, de se mouvoir, de suivre une formation ou une formation continue ou d'exercer une activité professionnelle, ou la gêne dans l'accomplissement de ces activités.»

Hyperalgésie: par hyperalgésie, l'on entend la perception accrue de la douleur. L'hyperalgésie est en règle générale due à un abaissement des seuils de perception la douleur.

ICD (CIM): la classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes (ICD, en anglais International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) est le plus important des systèmes de classification des diagnostics médicaux reconnus dans le monde entier.

Impotence: est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA). La médecine des assurances distingue trois degrés d'impotence.

Incapacité de gain: l'incapacité de gain est la diminution de l'ensemble ou d'une partie des gains de l'assuré, sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, qui résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Incapacité de travail: est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'assuré de l'aptitude à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité, le travail qui peut être raisonnablement exigé de lui, en raison d'une atteinte à sa santé physique ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

En fin de compte, l'incapacité de travail est une notion juridique stipulée de manière définitive par l'instance chargée d'appliquer le droit (ATF 140 V 193). L'expert évalue, à l'intention de l'instance chargée d'appliquer le droit, la capacité de travail médicalement acceptable (exigible) d'un point de vue médical en comparant la capacité de travail et de l'étendue horaire aux exigences professionnelles. Cette évaluation doit être basée sur des résultats médicaux aussi objectivables que possible et être justifiée avec un maximum de transparence.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): l'ICF a été créée par l'Organisation mondiale de la santé WHO pour compléter la classification des maladies (International Classification of Diseases ICD). Elle dérive principalement du constat que le diagnostic ne donne pas d'indications directes sur l'état de santé fonctionnel d'une personne. L'ICF repose sur un modèle de maladie biopsychosocial.

Invalidité: est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

LAI: Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)

LPGA: loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 830.1).

Maladie: est réputée maladie (au sens juridique du terme) toute atteinte à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou entraîne une incapacité de travail (art. 3 LPGA). Dans les domaines des assurances invalidité, accident et militaire, cela fait assez longtemps que les notions médicale et juridique de maladie ne sont plus identiques. La notion médicale intègre la réalité biopsychosociale comme donnée fondamentale. Jusqu'à présent, le concept juridique de maladie exclut les facteurs psychosociaux en tant que causes justifiant l'invalidité, ce qui, du point de vue médical, ne correspond pas à la réalité. Pour répondre aux exigences de la phénoménologie des maladies psychiatriques et psychosomatiques, la notion juridique de maladie nécessite, du point de vue médical, une actualisation. (cf., entre autres, le point 1.2.1 des présentes lignes directrices).

Médecine psychosomatique: la médecine psychosomatique est une discipline clinique relativement jeune, qui s'est développée au 20^e siècle pour servir de correctif à une médecine humaine de plus en plus fragmentée en spécialités d'organe. Elle s'est spécialisée dans les troubles somatoformes qu'il est impossible d'expliquer par un dysfonctionnement au niveau des organes. Il s'agit principalement de symptômes physiques que l'on peut comprendre dans le contexte d'une perturbation de la commande en amont par des hormones de stress, du système nerveux végétatif et du système nerveux central. Ces structures en amont sont à leur tour soumises au vécu psychique, ce qui provoque des modifications fonctionnelles de l'organisme en fonction des situations de stress et les expériences vécues par l'individu. Le spectre des symptômes psychosomatiques est très large. Le trouble douloureux persistant figure parmi les maladies psychosomatiques les plus sévères.

Mesures médicales: sont considérées comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact – pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate (art. 2 RAI).

Motifs d'exclusion du point de vue juridique: dans l'ATF 131 V 49, puis à nouveau dans l'ATF 141 V 281 le Tribunal fédéral a mentionné les motifs d'exclusion juridiques suivants dans le sens d'une non-entrée en matière sur une demande de pension d'invalidité: «exagération volontaire, bénéfice secondaire de la maladie, description vague des troubles, divergence considérable entre les douleurs décrites (troubles) et le comportement affiché, discordance entre les troubles décrits et le recours aux traitements, plaintes récitées de manière démonstrative, allégation de limitations sévères dans la vie quotidienne malgré un environnement essentiellement favorable.» Dans le contexte des syndromes somatoformes fonctionnels, la fourniture d'un motif d'exclusion médical présuppose une compétence professionnelle hors pair. «Exagération volontaire» ne doit pas être confondu avec hyperalgésie ou allodynie, «description vague» avec impuissance linguistique, «plaintes récitées de manière démonstrative» ne doit pas être confondu avec des traits de personnalité extravertis, etc. En cas de motifs d'exclusion juridiques essentiels, un handicap revendiqué n'est en règle générale pas reconnu comme une invalidité au sens juridique du terme.

Moyens auxiliaires: l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer

sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou se perfectionner, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle.

Obligation de réduire le dommage: l'obligation de réduire le dommage stipule que l'on peut attendre de la personne lésée qu'elle prenne les mêmes mesures que prendrait toute personne raisonnable se trouvant dans la même situation si elle ne pouvait prétendre à aucune prestation. Parmi les exemples de démarches réduisant les dommages figurent la recherche d'un emploi et le recours à des soins médicaux remboursés par l'assurance maladie. L'on ne peut attendre de la part d'une personne assurée que des mesures proportionnées. L'expert médical fournit les bases de cette décision.

Performance: le critère d'évaluation de performance décrit ce qu'une personne réalise dans son environnement réel actuel.

Prestations complémentaires: les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI sont versées lorsque les rentes et autres revenus ne permettent pas la couverture des besoins vitaux. Elles constituent un droit lorsque les conditions requises sont remplies.

RAI: Règlement sur l'assurance-invalidité (RS 831.201)

Reclassement: l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (art. 17 LAI).

Ressources: sont considérées comme ressources les éléments résiduels sains d'une personne: capacités, aptitudes, connaissances, habileté, expériences, talents, inclinations et points forts. En font également partie les capacités permettant de s'en sortir dans la vie et de s'adapter à la nouveauté. De bonnes relations avec les autres et un réseau social solide constituent également des aspects importants des ressources personnelles. L'étendue des ressources personnelles est étroitement liée à la personnalité du sujet.

RS: Recueil systématique du droit fédéral. Les lois et les ordonnances se trouvent sur Internet sous le numéro RS correspondant [www.admin.ch].

Simulation: action de feindre volontairement une pathologie à des fins précises et clairement identifiables. Les troubles sont présentés mais non ressentis.

Somatoforme: «somatoforme» est un terme du ICD-10. Somatoforme signifie littéralement «comme venant du corps» et décrit des symptômes physiques qui ne proviennent pas directement d'une lésion physique mais découlent d'une perception corporelle accrue et/ou d'une réaction végétative de l'organisme. «Somatoforme» est souvent utilisé comme un synonyme du terme «fonctionnel» (voir plus haut).

Status quo ante: si le sujet souffre d'une pathologie initiale étrangère à l'accident (pathologique), celle-ci peut être aggravée par l'accident. Si l'aggravation est temporaire, le sujet atteint à un moment donné (fin) à nouveau le status quo ante, dans lequel les séquelles de l'accident ont disparu, et où il retrouve donc l'état antérieur à l'accident.

Status quo sine: si la pathologie initiale, qui existait avant l'accident, présente de toute façon une évolution progressive, le status quo sine est atteint au moment où l'aggravation temporaire imputable à l'accident n'a plus d'influence sur l'évolution inéluctable de la maladie.

Symptômes physiques fonctionnels: le terme «fonctionnel» est utilisé pour les symptômes physiques qui ne s'expliquent pas principalement par une lésion tissulaire au niveau des organes. Le terme est utilisé comme synonyme de «somatoforme» (ID-10). Le terme «fonctionnel» se retrouve également dans l'usage linguistique international. En tant que terme formulé de manière neutre, il permet aux praticiens et aux patients d'établir une compréhension utile de la maladie, à savoir que dans les troubles physiques fonctionnels, ce n'est pas la structure, mais la fonction des organes qui est atteinte. La fonction des organes est soumise à des influences hormonales; végétatives, neuro-inflammatoires et perceptives, qui sont à leur tour soumises aux fonctions relatives au vécu (transmises par le télencéphale). Ainsi, le vécu du stress par exemple se répercute directement, par voie hormonale, végétative ou neuro-inflammatoire, sur la fonction et la manifestation des symptômes de divers

organes.

Taux d'invalidité: pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'avait pas été invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir après la survenance de son invalidité et après les traitements médicaux et d'éventuelles mesures de réadaptation, en exerçant une activité pouvant raisonnablement être exigée de lui sur un marché du travail équilibré. (Art. 16 LPGA) Pour le calcul du taux d'invalidité, le dernier revenu réalisé («revenu sans invalidité») est mis en relation avec le revenu potentiellement réalisable avec invalidité («revenu d'invalide»).

Tendance à l'amplification: la divergence entre une affection physique permanente associée aux limitations correspondantes dans la vie quotidienne et des résultats qui se contredisent et le rejet ou l'impuissance des praticiens entraîne du côté des patients une déstabilisation croissante et parfois une amplification des troubles («tendance à l'amplification»). Cette tendance ne doit pas être assimilée à la simulation ou à l'exagération. Il s'agit ici de la tentative plus ou moins consciente de convaincre l'expert de l'existence des douleurs et donc des limitations fonctionnelles et de performances qui en découlent. Une amplification croissante peut aussi résulter du manque d'intérêt ou de la superficialité dont fait preuve l'expert dans sa manière d'examiner la situation.

Tribunal fédéral: la plus haute instance juridique de Suisse. Les deux cours de droit social se trouvent à Lucerne, les cours restantes et le siège principal sont à Lausanne.