

## **Traduction de l'expertise du Pr Dr Peter Henningsen du mois de mai 2014**

Pr Dr méd. Peter Henningsen

Directeur de la clinique pour la médecine psychosomatique et la psychothérapie

Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

Dekan der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München

Expertise adressée à

Indemnis

Rechtsanwälte für Unfallopfer, Privat- und Sozialversicherte

Spalenberg 20

CH-4001 Basel

Mesdames, Messieurs,

Me référant à vos correspondances du 22.2.2013 et du 17.03.2014, je vous sou mets ci-après

### **une expertise médicale du point de vue psychosomatique et psychiatrique.**

L'expertise est destinée à fournir des réponses aux questions relevant du rapport entre les troubles somatoformes et les troubles apparentés d'une part et l'incapacité de travail et l'invalidité d'autre part. Le but est notamment de démontrer pourquoi un effort est raisonnablement exigible pour surmonter un trouble somatoforme douloureux et d'autres troubles apparentés.

L'expertise se base sur les enjeux résultant des considérants des arrêts du Tribunal fédéral d'une part, et d'autre part sur la littérature spécialisée, détaillée dans la bibliographie en fin d'expertise. Il sera sciemment renoncé à énoncer les arguments déjà exposés dans la littérature suisse (cf. Jeger 2011 et bien d'autres encore<sup>1</sup>).

### **Table des matières**

- I. Résumé des faits
- II. Liste des questions à examiner
- III. Réponses aux questions posées
  - 3.1 Catégorie et dénomination "SPECDO" (syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique)
  - 3.2 Capacité à surmonter les troubles somatoformes
  - 3.3 Moyens d'objectiver et établissement de preuves
  - 3.4 Pertinence des dénommés "critères Foerster"
- IV. Conclusions et prévisions
- V. Bibliographie

---

<sup>1</sup> Le travail de Mosiman (2014), paru pendant la phase de correction de la présente expertise, résume également très bien l'évolution qui s'est produite.

## 1. Résumé des faits

L'expertise ne prétend pas à la présentation exhaustive du développement de la jurisprudence suisse et de la législation concernant le rapport entre les troubles somatoformes et les troubles apparentés d'une part et l'incapacité de travail et l'invalidité d'autre part. Pour la justification des discussions, plusieurs arrêts et décisions importants du Tribunal fédéral seront plutôt cités.

Dans son arrêt **130 V 352 du 12.3.2004**, le Tribunal fédéral établit les principes généraux concernant l'effort exigible en vue de surmonter les effets des troubles somatoformes. Il précise les fondements de cette présomption, de même que les conditions dans lesquelles elle serait réfragable.

Extrait des considérants :

„2.2.2 Dans certaines circonstances, les troubles somatoformes douloureux peuvent conduire à une incapacité de travail. De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques (...), pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire afin de se prononcer sur l'incapacité de travail (...) qu'ils sont susceptibles d'entraîner. Compte tenu des difficultés à établir l'existence de douleurs en matière de preuve, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas à justifier une invalidité (partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, faute de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (...).

2.2.3 Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique telle que des troubles somatoformes douloureux est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre que la limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (...). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent en règle générale pas de limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant occasionner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (...). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail ne peut pratiquement plus - sous réserve de cas de simulation ou d'exagération - être raisonnablement exigée de la part de l'assuré ou serait elle-même insupportable pour la société (...).

Admissible uniquement dans les cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et en vue de la réintégration dans un processus de travail, suppose dans chaque cas soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et une certaine constance. Ce serait le cas

- d'autres affections corporelles chroniques ou d'un autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ;
- un isolement social avéré dans tous les domaines de la vie ;
- état psychique cristallisé, sans évolution possible sur le plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, ["fuite dans la maladie"]); cf. ci-dessous sous consid. 3.3.2 - profit secondaire tiré de la maladie) ou enfin
- l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et des mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux.

2.2.4 Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne suffit pas à justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert-psychiatre, dans le large cadre de son pouvoir d'appréciation, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés au consid. 2.2.3 ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si l'assuré, compte tenu de sa constitution psychique, peut exercer une activité sur le marché du travail malgré les douleurs qu'il ressent."

Le **16.12.2004**, le Tribunal fédéral a modifié son approche dans son arrêt **131 V 49**. Bien que l'état de fait soit demeuré inchangé, le TF part désormais du principe que les effets des troubles somatoformes douloureux peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible.

Extrait des considérants :

„ 1.2 (...) Toutefois, le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux persistant, comme toute autre affection psychiatrique d'ailleurs, n'entraîne pas d'invalidité. Il existe effectivement la présomption que grâce à un effort de volonté raisonnablement exigible, il est possible de surmonter un trouble somatoforme douloureux ou ses effets. La réinsertion dans un processus de travail ne saurait être raisonnablement exigible dans certaines circonstances, puisque celles-ci influencent la gestion de la douleur de manière intense et permanente. En outre, l'assuré ne dispose plus des ressources indispensables à la gestion de sa douleur. En présence d'une telle exception, la décision est prise au cas par cas selon certains critères prédéfinis. C'est le cas lors de la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. Il en va de même pour d'autres facteurs tels que l'existence d'autres affections corporelles physiques ou d'un autre processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, la perte de l'intégration sociale dans tous les domaines de la vie, un état psychique cristallisé sans évolution possible sur le plan thérapeutique et marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, "fuite dans la maladie") ou l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires assidus (et d'approches thérapeutiques différentes), en dépit de l'attitude coopérative de l'assuré (ATF 130 V 352). Plus la présence de tels critères est importante et plus ces derniers sont aigus, plus le caractère non exigible d'un effort de volonté est admis à titre exceptionnel.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, il faudra naturellement conclure à l'absence d'une telle atteinte à la santé. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact."

Quant à la présomption que les troubles somatoformes douloureux peuvent être surmontés, le TF ajoute dans son **ATF 137 V 64 du 25.2.2011**, ainsi que dans d'autres décisions, qu'elle doit être fondée sur des études médicales empiriques.

Extrait des considérants :

„1.2. (...) Dans la mesure où il en va de l'évaluation de l'exigibilité d'une activité professionnelle au regard de l'expérience générale de la vie, il s'agit d'une question de droit. Il en va ainsi des

conclusions tirées de l'expérience médicale comme par exemple la présomption que les troubles somatoformes douloureux ou d'un autre syndrome semblable dont l'étiologie et les effets sont incertains, peuvent être surmontés grâce un effort de volonté raisonnablement exigible ..."

Dans l'**ATF 136 V 279 du 30.8.2010**, le Tribunal fédéral applique les constatations relatives aux troubles somatoformes douloureux à d'autres troubles de santé qui présentent "un tableau clinique pathogénique-étiologique diffus sans déficit fonctionnel organique objectivable" en s'appuyant sur la jurisprudence précédente.

Extrait des considérants :

„3.2.1 (...) Dans son ATF 132 V 65, consid. 4, p. 70 ss, le Tribunal fédéral des assurances a décidé d'appliquer par analogie les principes établis dans le cadre des troubles somatoformes douloureux, de manière à apprécier le caractère invalidant des fibromyalgies, du syndrome de la fatigue chronique, de la neurasthénie (...), des troubles dissociés de la sensibilité et de la réceptivité, ainsi que des troubles dissociés de la motricité. Dans sa décision 9C\_830/2007, consid. 4.2 (ASM 2008 IV No 62 p. 203), le Tribunal fédéral s'est positionné face à la critique soulevée par sa jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux et sur troubles apparentés. Il a finalement confirmé la jurisprudence concernant le caractère invalidant de tels troubles en l'absence de constatations somatiques.

3.2.3 (...) En raison de l'égalité de traitement, tous les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (SPECDO) doivent être soumis aux mêmes exigences de la part des assurances sociales (...). Il en résulte que les critères développés dans l'ATF 130 V 352 concernant les troubles somatoformes douloureux sont également applicables pour apprécier le caractère invalidant d'un traumatisme du rachis cervical en l'absence de déficits fonctionnels et organiques objectivables. Cette argumentation ne s'oppose pas au caractère organique éventuel de l'affection, puisque les règles développées pour les troubles somatoformes douloureux d'origine psychique (CIM-10 F45.4) ont déjà été appliquées par le Tribunal fédéral à la fibromyalgie (CIM-10 M79.0), considérée comme une affection d'origine organique (consid. 3.2.1)."

Suite à l'**ATF 137 V 64 du 25.2.2011**, l'hypersomnie fait désormais également partie des troubles du groupe "SPECDO".

Dans sa décision **8C\_972/2012 du 31.10.2013**, le Tribunal fédéral procède à de nombreuses constatations sur les aspects juridiques et médicaux des "troubles sans pathogenèse ni étiologie claires", indépendamment de la question spécifique de la cause.

Extrait des considérants :

„7.1. Concernant l'aspect médical, le Tribunal fédéral souligne le caractère particulier des troubles sans pathogenèse ni étiologie claires, comparés à d'autres troubles d'origine organique ou à d'autres affections psychiques, rien que par leur dénomination.

7.1.1 Alors que les douleurs somatiques peuvent être objectivées par un substrat organique, puisqu'il existe une corrélation scientifiquement prouvée (le trouble étant en conséquence spécifique), ce n'est par contre pas le cas des troubles somatoformes qui sont principalement d'origine psychogène et pour lesquels il n'existe pas de corrélat organique (suffisant). Dans ce contexte, le lien de causalité est souvent exclusivement hypothétique et les troubles sont inévitablement non-spécifiques, bien qu'ils puissent représenter une limitation importante. Des facteurs pathologiques et des facteurs sociaux (non-assurés) peuvent simultanément former un tableau clinique. La médecine n'est pas en mesure de différencier la part des facteurs assurés et celle des facteurs non-assurés (...). Dès lors, il est presque inévitable que des facteurs sociaux influencent

le diagnostic à la base de l'évaluation de l'incapacité de travail, cela au-delà de la limite de la liberté d'appréciation légale. Dans l'impossibilité d'établir de manière certaine dans quelle mesure une atteinte fonctionnelle est basée sur une atteinte à la santé proprement dite et non sur des facteurs concurrents, il convient de tenir compte de cette difficulté de différenciation en appliquant d'autres règles.

7.1.2 Dans les cas de séquelles consécutives à un traumatisme du rachis cervical (coup du lapin), l'étiologie (cause sous-jacente) n'est en général pas objectivable pour les cas légers (voir ATF 136 V 279). Toutefois, il faut partir du principe que des (micro-) lésions existent. Ainsi, le TF suppose toujours qu'un traumatisme du rachis cervical ou de la tête suite à un accident peut engendrer des troubles occasionnant une incapacité de travail et de gain pendant une longue durée, même en l'absence de déficits fonctionnels et organiques (objectivables) (...). Selon l'ATF 130 V 352, d'autres pathologies concernées par la jurisprudence telles que le trouble somatoforme douloureux persistant sont (principalement) d'origine psychique, sous réserve d'un noyau somatique souvent observé (cf. définition CIM-10, German Modification [GM] 2011, ch. 45.41) et sous réserve du fait que l'on considère généralement que les processus psychiques sont accompagnés de processus neurophysiologiques (...). L'étiologie d'autres syndromes tels que la fibromyalgie (...) et le syndrome de la fatigue chronique (...) n'est pas encore totalement connue.

7.1.3 Toutes les pathologies ont pour point commun que leur pathogenèse (mécanisme responsable de l'atteinte à la santé) comporte d'une manière générale beaucoup d'inconnues ou au moins beaucoup d'incertitudes. Leur fonctionnement ainsi que leur intensité ne peuvent pas être spécifiés par la pathogenèse. De surcroît, le diagnostic du trouble somatoforme douloureux ne repose pas sur la classification conceptuelle de la maladie selon CIM-10, mais en grande partie sur l'observation du tableau clinique externe. Lors de la classification, les liens psychodynamiques n'ont pas été pris en compte (...). Ainsi, la connaissance de la manière dont ces dommages à la santé sont occasionnés fait également défaut. Si selon ces critères, l'existence d'une atteinte à la santé est incertaine, il est impossible de constater ou d'exclure la simulation (...). Dès lors, l'absence de substrat objectivable signifie que l'étendue du dommage à la santé couvert par les assurances sociales - en corrélation avec les limitations fonctionnelles et les pertes de performance - ne peut être directement prouvée. En principe, il s'ensuit qu'une aggravation ne peut pas non plus être exclue de manière certaine (...). Toutes ces raisons nécessitent donc l'établissement de règles permettant d'apprécier l'incapacité de travail de manière conforme au droit.

7.1.4 Certains troubles tels que la schizophrénie, les troubles obsessionnels, les troubles du comportement alimentaire et les troubles paniques (...) peuvent être diagnostiqués par un psychiatre, grâce aux examens cliniques. Si l'on se réfère à la difficulté à objectiver et à vérifier ces troubles, ces derniers sont comparables aux troubles somatoformes. Pour les troubles somatoformes douloureux et pour les troubles apparentés (essentiellement d'origine psychogène), il n'existe par contre pas de données scientifiques directement identifiables. Les règles et les critères qui permettraient de pouvoir examiner la question du droit aux prestations de l'assurance invalidité font défaut, contrairement à ce qui est par ex. le cas des troubles psychiques affectifs classiques. D'une part, le respect de la délimitation - conforme au droit - des facteurs (sociaux) non-couverts par l'assurance invalidité est plus fortement menacé, contrairement aux cas d'autres affections psychiques. D'autre part, il n'existe pas de base substantielle pour déterminer dans quelle mesure les troubles somatoformes influenceraient éventuellement l'exercice d'une activité lucrative. Dans le cas concret, il n'est pas facile de procéder à une délimitation (...). Il incombe en tout cas aux professionnels de la santé de poser un diagnostic médical. La classification internationale des maladies (CIM-10) impose au moins des critères de différenciation. Il incombe au juge de contrôler

(cf. ATF 137 V 210 ss) que l'expertise médicale soit exhaustive et que les conclusions soient cohérentes, conformément aux règles reconnues.

7.2 En conséquence, il est impossible d'établir un tableau clinique pour les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires. Ils sont donc difficilement vérifiables. Il est donc impossible d'objectiver ces troubles. En premier lieu, les caractéristiques établies ne permettent pas d'apporter la preuve d'une incapacité de travail donnant droit à une indemnisation des assurances sociales (...). En substitution, en se référant à des indices, on procède à l'établissement d'une preuve indirecte de l'existence d'une atteinte à la santé (...), de ses effets fonctionnels et du caractère non exigible d'exercer une activité lucrative. Les symptômes, qui sont forcément essentiellement subjectifs, sont soumis à un contrôle de cohérence afin de vérifier leur objectivité (...). Dans l'incapacité d'établir des preuves, en raison de la particularité des symptômes décrits sans qu'ils puissent être étayés par des indices, il est impossible d'établir l'existence d'une atteinte à la santé invalidante avec une vraisemblance prépondérante (...). Dans un tel contexte, l'établissement des outils normatifs dans l'ATF 130 V 352 empêche que l'on se retrouve dans l'incapacité d'apporter des preuves. Puisqu'il incombe à la personne assurée atteinte d'un tel trouble de fournir des preuves matérielles, leur manque affecterait les assurés de manière négative. En effet, sans ces preuves, l'ensemble des troubles concernés serait exclu de la liste des éléments donnant droit à une indemnité. Ainsi, la jurisprudence de l'ATF 130 V 352, bien qu'elle soit critiquée, sert de garantie. L'impossibilité primaire d'apporter des preuves matérielles pertinentes entraîne en principe un refus du droit aux prestations. Tel n'est par contre pas le cas si grâce à des indices établis lors d'une expertise interdisciplinaire basée sur une méthodologie fondée sur des critères précis, l'assuré parvient à démontrer qu'une activité lucrative (partielle) ne peut être exigée. Du point de vue légal, les troubles sans tableau clinique organique occupent également une place spéciale.

8.1 Selon la règle générale qui définit le fardeau de la preuve (art. 8 CC), la personne assurée est tenue de prouver, avec une vraisemblance prépondérante, l'existence d'une atteinte à la santé qui occasionne des suites invalidantes. Si elle n'y parvient pas, elle ne dispose d'aucun droit aux prestations. Autrement dit, en l'absence de preuves, il faut partir du principe que l'atteinte à la santé invoquée n'est pas invalidante. La validité est présumée et non pas l'invalidité. Le manque de preuve peut avoir différentes causes : Le trouble n'est pas dû à une atteinte à la santé, mais découle de facteurs socio-culturels (1). Puisque l'atteinte n'est pas claire et n'a pas d'impact conséquent, elle peut dès lors être surmontée. Il est alors raisonnablement exigible que la personne assurée exerce une activité adaptée (2). L'atteinte peut être médicalement traitée, voire même guérie (3). L'atteinte est temporaire, car elle guérit spontanément ou car les symptômes disparaissent après un traitement médical (4). En présence de troubles sans pathogenèse ni étiologie claires, les éléments pertinents (atteinte à la santé, évidence et importance, incurabilité et persistance de l'atteinte) doivent toujours être démontrés pour faire valoir un droit aux prestations durables de l'assurance invalidité.

8.2 Dans un contexte de troubles sans pathogenèse ni étiologie claires, mais aussi en présence d'autres troubles psychiques, il faudra examiner si les troubles (confus) sont fondés sur une atteinte à la santé et si la douleur somatoforme est grave au point qu'elle est insurmontable. Dans le cas où cette atteinte ne serait pas évidente, l'exercice d'une activité lucrative peut paraître exigible, puisque les intéressés sont confrontés à la douleur en tout temps (y compris dans le cadre de leurs loisirs) et puisqu'ils sont obligés d'apprendre à gérer la douleur indépendamment du fait qu'ils exercent ou non une activité lucrative. Au surplus, il faudra examiner régulièrement si l'atteinte est durable ou si l'exercice d'une activité adaptée peut être exigé, lorsque soit suite aux efforts consentis en vue de guérir ou en vue d'une réhabilitation durable, soit à l'aide de médicaments appropriés, l'atteinte cesse de déployer ses effets. Il ne s'agit pas (uniquement) des facteurs cités précédemment, mais du principe d'objectiver l'atteinte à la santé. Selon la définition des troubles sans pathogenèse ni

étiologie claires, celle-ci est généralement remise en cause. Les effets invalidants des troubles faisant partie de cette liste échappent à une évaluation objective, car ils sont principalement basés sur les descriptions des intéressés et ne peuvent pas être vérifiés à l'aide d'un examen clinique. En droit, la preuve de l'existence seule d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne peut ainsi pas être apportée. En l'absence d'éléments de preuves, les institutions de la sécurité sociale ne sont pas en droit d'accorder des prestations. S'il en était décidé différemment, les personnes assurées auraient la possibilité de faire valoir un droit aux prestations en décrivant simplement des troubles sans pathogenèse ni étiologie claires. Les troubles d'origine indéterminée se différencient ainsi des autres atteintes à la santé (psychiques), en raison de l'impossibilité de les objectiver. Le moyen d'objectiver est basé sur des preuves matérielles. Il a toujours été la condition sine qua non pour obtenir des prestations des assurances sociales (...). Avec la 5e révision de l'AI, ce critère a également été inscrit dans la législation (...). Dès lors, selon le droit constitutionnel et les critères de la CEDH, l'exigence de critères objectifs ne constitue pas un traitement moins favorable ou une discrimination des assurés concernés.

9.1 Sur la seule base d'un trouble sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, il serait donc impossible de réfuter la présomption qu'une personne assurée est capable d'exercer une activité lucrative et que l'atteinte ne présente pas de caractère invalidant. Aussi, le Tribunal fédéral a déterminé les conditions dans lesquelles il considère qu'il faut néanmoins partir du principe que l'incapacité de travail est établie (les dénommés "critères Foerster"). En d'autres termes, ces critères permettent d'apporter la preuve de l'incapacité de travail d'une personne atteinte d'un trouble d'origine indéterminée.

9.1.1 La jurisprudence a reconnu la pertinence des critères suivants (...) : soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et une certaine constance tels que

- d'autres affections corporelles chroniques ou d'un autre processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ;
- isolement social avéré dans tous les domaines de la vie ;
- état psychique cristallisé, sans évolution possible sur le plan thérapeutique et marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, "fuite dans la maladie") ou échec de traitements ambulatoires ou stationnaires assidus (et d'approches thérapeutiques différentes), en dépit de l'attitude coopérative de l'assuré.

9.1.2 En passant en revue le premier critère de la comorbidité, il est possible de tirer les conclusions suivantes : Le syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique peut être diagnostiqué en corrélation avec d'autres affections à la santé. Pour les troubles dont l'existence peut être prouvée par des examens cliniques, l'incapacité de travail doit être appréciée par le médecin sur la base du diagnostic. Si cette estimation est basée sur les principes reconnus pour une expertise médicale, il n'y a aucune raison que le tribunal remette cette appréciation en question. En effet, dans ces cas, la preuve contraire confirmant l'incapacité de travail ne résulte pas de la comorbidité mais résulte de l'affection primaire, indépendamment des troubles d'origine indéterminée.

9.1.3 Les considérants 3.2.3. ci-dessus serviront de référence concernant la critique des "critères Foerster". Comme la personne assurée est responsable de fournir des preuves, elle en a ainsi la possibilité, grâce aux indices permettant de confirmer l'effet invalidant d'une affection qui ne peut en principe pas être prouvée. En conséquence, ceux-ci élargissent la possibilité d'apporter des preuves qui sortent du cadre uniquement médical. Ainsi, la perte de l'intégration sociale dans tous

les domaines de la vie ne saurait constituer un diagnostic médical. Il s'agit par contre d'une situation de vie qui n'a en principe aucun lien avec la santé, puisque des personnes saines peuvent également vivre totalement repliées sur elles-mêmes. Il faut toutefois reconnaître que lorsqu'une telle retraite est en rapport avec un trouble d'origine indéterminée, ce dernier peut alors être considéré comme une atteinte à la santé qui limite la capacité de travail. Ces critères sont dès lors en faveur de la personne assurée. Par conséquent, il n'est finalement pas nécessaire de répondre à la question de savoir si les critères doivent être réévalués dans le consensus pluridisciplinaire. La critique invoquée ici ne se réfère pas aux "critères Foerster", mais au fait que le diagnostic du syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne suffit pas pour établir l'invalidité d'une personne. Les tableaux cliniques des différentes affections psychiques présentent des similitudes et des recoupements. Il n'est pas réellement possible de déterminer si leur pathogenèse ou si leur étiologie peuvent être mises en évidence grâce à des examens cliniques. La plupart du temps, elles sont en outre liées à une affection somatique. Le Tribunal fédéral a reconnu cette problématique et a toujours souligné l'importance des évaluations professionnelles et des expertises. La dernière fois, dans son ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a résumé et modifié les droits procéduraux (...).

9.2.1 Une importance particulière doit être accordée à l'appréciation des évaluations professionnelles dans le contexte présent. Les experts ont l'obligation de justifier de manière plausible les raisons pour lesquelles ils ont établi le diagnostic d'un trouble d'origine indéterminé. Ils doivent également démontrer pourquoi l'examen clinique du psychiatre n'a relevé aucune atteinte objective à la santé objective ayant des conséquences invalidantes. Le préjudice d'ordre juridique qui résulte de l'établissement du diagnostic impose que ce dernier soit basé sur expertise actuelle répondant aux exigences relatives à la jurisprudence. Cette exigence est garantie par le droit actuel.

9.2.2 Si l'on considère la situation légale des intéressés qui risquent éventuellement de perdre leur droit à une rente qui leur a été accordée de longue date, la problématique est d'autant plus manifeste. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a refusé d'appliquer les critères établis dans son ATF 130 V 352 aux rentes existantes (...).

9.4. En résumé, la preuve de l'invalidité présuppose l'existence d'une atteinte à la santé objective, considérable, évidente et durable. Au même titre, cette règle est valable pour toutes les affections. Les troubles d'origine indéterminée ont pourtant la particularité que ni la pathologie ni l'étiologie ne peuvent être expliquées par les examens cliniques d'un psychiatre. A défaut d'être objectifs, ils n'apportent ainsi aucune preuve juridique de l'existence d'une atteinte à la santé. Dès lors, le diagnostic d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique se différencie de manière décisive sur le plan matériel. Lorsqu'il s'agit d'apprécier le fardeau de la preuve, il est donc justifié de les traiter différemment. Dans la législation fédérale, le législateur a repris les conclusions et les réflexions de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière. L'application de ces règles suppose toutefois que l'assuré concerné soit soumis à une expertise professionnelle et interdisciplinaire. De plus, il incombe aux autorités d'attirer l'attention des assurés sur les mesures de réinsertion professionnelle expressément créées à leur intention."

Dans son arrêt **138 V 248 du 3.5.2012**, le Tribunal fédéral a à nouveau défini les critères d'objectivité sous l'angle d'une approche par les sciences naturelles :

Extrait des considérants :

„5.1 (...) Les résultats cliniques reproductibles qui sont indépendants de l'expert et des indications du patient répondent aux critères d'objectivité. Seuls les séquelles dont on peut prouver l'existence objective par des procédés d'imagerie et des méthodes d'examen scientifiquement reconnues, peuvent être considérées comme des suites d'accidents organiques objectivables."

## II. Liste des questions à examiner

Les conclusions tirées de la jurisprudence du Tribunal fédéral mentionnées ci-dessus soulèvent certaines questions qui seront examinées du point de vue médical, plus précisément sur le plan psychosomatique et psychiatrique. Seules les conclusions potentiellement litigieuses seront examinées. Par contre, celles qui sont incontestées ne seront pas étudiées. Les conclusions tirées de la jurisprudence et les questions qu'elles soulèvent sont les suivantes:

- a) Les troubles somatoformes douloureux et d'autres pathologies sont regroupés sous la dénomination "syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (SPECDO)". (La doctrine internationale ne reconnaît pas cette expression).

Cette dénomination et ce regroupement sont-ils judicieux et pertinents?

- b) Un trouble somatoforme douloureux en tant que tel n'entraîne généralement pas de limitation de la capacité de travail qui pourrait entraîner une invalidité.

Il existe en effet la présomption qu'un trouble somatoforme douloureux ou ses effets peuvent être surmontés grâce à un effort de volonté raisonnablement exigible. Cette présomption se baserait apparemment sur des études médicales empiriques. Ces constatations sont-elles légitimes ? Le fait qu'elles confèrent un statut particulier aux troubles somatoformes douloureux et aux troubles apparentés - comparé à d'autres troubles psychiques et somatiques - est-il justifié ?

- c) Certains troubles tels que la schizophrénie, les troubles obsessionnels, les troubles du comportement alimentaire et les troubles paniques (...) peuvent être diagnostiqués par un psychiatre grâce aux examens cliniques. En ce qui concerne leur caractère vérifiable et la difficulté à les objectiver, ces troubles sont comparables aux troubles somatoformes. Pour les troubles somatoformes douloureux et pour les troubles apparentés (essentiellement d'origine psychogène), il n'y a par contre aucun symptôme qui puisse être directement observé.

Les troubles d'origine indéterminée se délimitent ainsi d'autres atteintes à la santé (psychique), car ils ne peuvent pas être objectivés. Il s'agit d'un critère matériel qui peut être vérifié.

Cette différenciation entre les troubles "SPECDO" et d'autres troubles psychiques, selon le degré auquel ils peuvent être étudiés, vérifiés et objectivés, est-elle justifiée au plan médical ?

- d) Sur la seule base d'un trouble sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, il serait donc impossible de réfuter la présomption que la personne assurée est capable d'exercer une activité lucrative et que l'atteinte ne présente pas de caractère invalidant. Aussi, le Tribunal fédéral a déterminé les conditions dans lesquelles il considère qu'il faut toutefois partir du principe que l'incapacité de travail est établie (les dénommés "critères Foerster"). En d'autres termes, ces critères permettent d'apporter la preuve de l'incapacité de travail d'une personne atteinte d'un trouble d'origine indéterminée. La jurisprudence a reconnu la pertinence des critères suivants (...) : soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et une certaine constance tels que :

- autres affections corporelles chroniques ou autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ;
- isolement social avéré dans tous les domaines de la vie ;

- état psychique cristallisé, sans évolution possible sur plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, "fuite dans la maladie") ou échec de traitements ambulatoires ou stationnaires assidus (et d'approches thérapeutiques différentes), en dépit de l'effort et de l'attitude coopérative de l'assuré.

Ces critères peuvent-ils apporter "la preuve contraire de l'incapacité de travail" ? Le cas échéant, comment faut-il les interpréter et les appliquer ?

### **III. Réponses aux questions posées**

#### **3.1 Regroupement et dénomination „SPECDO"**

Jusqu'à présent, la jurisprudence suisse a regroupé les troubles suivants sous la dénomination "syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (SPECDO)" :

- trouble somatoforme douloureux ;
- fibromyalgie ;
- syndrome de la fatigue chronique / neurasthénie ;
- troubles dissociés de la sensibilité et de la réceptivité ;
- troubles dissociés de la motricité ;
- le dénommé coup du lapin ;
- hypersomnie non-organique.

##### **3.1.1 Regroupement des troubles**

Le dénominateur commun des six premiers troubles sur les sept mentionnés ci-dessus réside dans le fait que les patients concernés se plaignent principalement de troubles physiques qui ne correspondent à aucune maladie reconnue comme étant d'origine organique. Il s'agit de douleurs (première et deuxième affections de la liste, sixième en partie), d'épuisement physique et d'une efficacité réduite (troisième affection), de troubles de la sensibilité, de la réceptivité ainsi que de la motricité (quatrième et cinquième affections, sixième affection en partie). La septième affection (hypersomnie) se différencie des maladies organiques en ce sens qu'un trouble du sommeil ne peut pas être considéré comme un trouble physique.

Tous ces troubles partagent les points communs mentionnés ci-dessus (la présence de troubles physiques qui ne correspondent à aucune maladie reconnue comme étant d'origine organique est le symptôme principal). Toutefois, dans le classement médical officiel CIM-10 de l'OMS, ces troubles sont attribués aux affections psychiques d'une part et aux affections somatiques d'autre part. Les troubles somatoformes douloureux (CIM-10 F 45.4), les troubles dissociés de la motricité et de la sensibilité qui y sont étroitement liés (également dénommés troubles de conversion, CIM-10 F44.4-7), ainsi que la neurasthénie (CIM-10 F48) - étroitement liée également - font notamment partie des affections psychiques (chapitre F de la classification CIM-10). La fibromyalgie (CIM-10 M79.7), le syndrome de la fatigue chronique (CIM-10 G93.3) et les traumatismes du rachis cervical ("coup du lapin" CIM-10 S13.4) sont classés dans les affections somatiques (en dehors du chapitre F du CIM-10). (L'hypersomnie non-organique fait partie des affections psychiques (CIM-10 F51.1)).

Ce résumé reflète en grande partie les troubles regroupés sous le nom de SPECDO, fait qui est généralement valable pour le grand nombre de patients qui s'est vu poser un diagnostic principalement basé sur des symptômes physiques qui ne peuvent pas être rattachés à une pathogenèse d'origine organique : pour ce groupe de patients, il existe une classification parallèle,

tant dans les affections psychiques que dans les affections somatiques. Fournir une réponse est une question de perspective. Dans le cas concret, les symptômes dont le patient se plaint sont des symptômes qui correspondent aussi bien à la fibromyalgie (douleur généralisée dans tout l'organisme) qu'au trouble somatoforme douloureux. Le diagnostic dépend largement de la spécialisation du médecin chargé de l'établir : le rhumatologue diagnostiquera une fibromyalgie, tandis que le psychiatre / psychothérapeute observera un trouble somatoforme douloureux. Il en va de même pour le diagnostic parallèle de la neurasthénie et du syndrome de la fatigue chronique. Le fait qu'au sein des affections psychiques, les troubles de conversion ne font pas partie des troubles somatoformes, mais des troubles dissociés, n'est pas justifié. Ce n'est d'ailleurs pas le cas dans le système américain de classification des affections psychiques (DSM).

Il serait utile d'instaurer une catégorie intermédiaire dans le système de classification, afin de remédier à cette situation insatisfaisante de classifications parallèles et de prises de perspective aléatoires. Cette catégorie se situerait entre les affections psychiques et les affections somatiques. Ainsi, les troubles mentionnés ci-dessus pourraient être classifiés dans cette catégorie. Une telle séparation n'est cependant pas prévue pour l'instant (Henningsen et al. 2007).

En 2012/13, le groupe de travail de la société des sciences médicales allemande („Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften - AWMF") a publié la directive S3 (S3 = niveau de preuves scientifiques et de consensus le plus élevé) intitulée "Traitement des patients présentant des troubles non-spécifiques, fonctionnels et somatoformes" ("Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden"). Le titre en lui-même nous dit implicitement que pour appréhender ce groupe de troubles, il faut les évaluer tant sur le plan somatique ("fonctionnel") que psychique ("somatoforme") (cf. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>, Schäfert et al. 2012, Hausteiner-Wiehle et al. 2013).

Au vue de ce qui précède, l'utilisation pragmatique d'un groupe de troubles distincts comme c'est le cas en Suisse avec les dénommés "SPECDO", semble judicieux et conforme à la proposition d'une catégorie intermédiaire. Elle empêche en effet la classification aléatoire et exclusive dans le groupe des troubles somatoformes ou dans le groupe des affections fonctionnelles somatiques.

Le fait que l'hypersomnie non-organique soit également classée dans ce groupe en amoindrit toutefois la pertinence. En effet, le trouble de l'hypersomnie se définit par son symptôme principal et n'a donc aucun lien avec d'autres affections, contrairement aux autres atteintes qui ont pour point commun des troubles physiques comme symptôme principal.

### **3.1.2 Dénomination du regroupement**

#### **3.1.2.1 "Syndrome"**

Dès lors qu'il est établi que le regroupement des affections précitées est en principe judicieux, il faut maintenant évaluer la valeur de la dénomination "syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique". Cette longue dénomination contient au moins trois parties : premièrement les troubles qui se définissent par la constellation de leurs symptômes. Cette définition est donc identique à celle d'un syndrome comprenant un ensemble de symptômes caractérisant un état pathologique. Dans ce contexte, la dénomination "syndrome" est donc en principe correcte. Toutefois, l'omission du fait qu'il s'agit en principe de troubles ne présentant pas n'importe quel symptôme principal, mais bien des troubles physiques, a comme conséquence que les critères d'admission deviennent flous (comme le démontre la présence d'un trouble du sommeil dans la liste).

Plus important encore, cette omission a comme conséquence que la partie "sans constat de déficit organique" perd sa raison d'existence spécifique, car il s'agit de la constellation "symptôme principal trouble physique". Toutefois, malgré des examens approfondis, aucun déficit organique qui expliquerait les troubles ne peut être constaté. La déclaration générale "syndrome sans constat de déficit organique" s'applique en principe également à la plupart des autres affections psychiques. Tel est par exemple le cas de la majorité des psychoses, des troubles anxieux et des troubles dépressifs.

#### 3.1.2.2 "Sans déficit fonctionnel organique objectivable"

Le terme "sans constat de déficit organique" signifie plus précisément qu'il est impossible de déceler un processus physiopathologique ou une lésion structurelle des organes périphériques (inflammation, tumeur, maladie du métabolisme, etc.) qui pourraient expliquer précisément les plaintes du patient qui éprouve des douleurs, des vertiges, des problèmes circulatoires, digestifs ou d'autres troubles (physiques) encore. En ce sens, cette formulation se réfère implicitement aux troubles physiques et non pas à un trouble quelconque.

Le raccourci (nécessaire) du terme "sans constat de déficit organique" est également source de malentendus. Il est clair qu'il existe un corolaire organique pour les troubles physiques pour lesquels aucun processus physiopathologique ni aucune lésion structurelle des organes périphériques ne peuvent être décelés grâce à l'imagerie fonctionnelle. Celle-ci saisit de mieux en mieux les changements fonctionnels dans certaines parties du système nerveux central / cerveau qui commandent les signaux corporels, les émotions et la cognition.

#### 3.1.2.3 "Sans pathogenèse ni étiologie claires"

Troisièmement, il faut examiner la notion "sans pathogenèse ni étiologie claires". D'une part, il faut entendre par là une description de la base pathogène matérielle qui décrit la manière dont un trouble de la santé est toujours nécessairement subjectivement ressenti (il en va d'ailleurs de même en cas de fracture osseuse tout à fait objective). La question est : "Que se passe-t-il dans un organisme / chez une personne, si celle-ci se plaint continuellement de douleurs (physiques) qui ne peuvent pas être attribuées à une pathologie bien définie ?". D'autre part, il s'agit des facteurs étiologiques pertinents qui sont à l'origine de la prédisposition, de la survenance et de la persistance de tels troubles (physiques), globalement selon la question : "Quelle est la cause de ces troubles ?".

Concernant cette première question, il est possible de constater que grâce à des moyens techniques tels que l'imagerie fonctionnelle, la base matérielle du ressenti des troubles a pu être déterminée plus précisément au cours des dernières années. L'imagerie par résonance magnétique offre par ex. la possibilité de visualiser les fonctions du cerveau et pas seulement sa structure. De plus, de nouveaux modèles conceptuels du rapport étroit entre le processus de perception et la fonction cérébrale ont été développés sous le mot clé "neurosciences cognitives / affectives / sociales".

En résumé, dans l'état actuel des connaissances, les quatre points suivants peuvent être retenus :

- Il n'y a (plus) de doute: la base physiopathologique de la manière dont les troubles (physiques) sont ressentis dans la constellation mentionnée ci-dessus peut définitivement être décrite comme un dysfonctionnement du système nerveux central du traitement des stimuli corporels.
- Les modifications ne sont pas uniquement déterminantes dans les zones du cerveau qui traitent directement les signaux corporels (par ex. cortex senso-moteur ou insula), mais également dans les zones affectées au traitement des procédés cognitifs, affectifs et sociaux (par ex. cortex préfrontal ou système limbique). Dès lors, les procédés cognitifs, émotionnels et sociaux ont une influence directe et indissociable sur la manière dont les troubles

(physiques) sont ressentis, indépendamment du rôle éventuel d'autres procédés périphériques pathologiques (Tracey et Mantyh 2007).

- Il est possible de différencier les corrélats du système nerveux central de la manière dont on ressent des troubles (physiques) des véritables corrélats du système nerveux central de la simulation consciente. Manifestement, il s'agit de procédés différents.
- Pour des raisons méthodiques, c'est particulièrement vrai pour les troubles dissociés de la motricité et de la sensibilité (Spence et al. 2000, Edwards et al. 2013).
- Certaines incertitudes subsistent encore au sujet de l'importance relative des différents processus du système nerveux central dans la génération de troubles, par ex. sur l'importance relative de la sensibilisation (réaction disproportionnée aux stimuli périphériques, par ex. en comparaison avec une inhibition atténuée par des voies analgésiques décroissantes.) De plus, certaines incertitudes subsistent encore au sujet de l'égalité ou de la différence de divers processus de troubles (physiques) tels que par ex. des douleurs à différents endroits, des vertiges, des nausées, etc.

En ce qui concerne la deuxième question, celle de la cause, il est possible de conclure qu'un consensus a pu être établi. En effet, il faut partir du principe que l'on ne peut pas tenir une seule cause biologique ou psychogène pour responsable des troubles, que ce soit sur le plan des troubles somatoformes ou sur celui des troubles fonctionnels. Comme c'est d'ailleurs le cas dans la plupart des domaines médicaux, il faut plutôt partir du principe que la cause bio-psycho-sociale en est responsable. Il ne faudra donc pas dire "soit l'un soit l'autre", mais "autant les uns que les autres". En effet, les facteurs biologiques sont aussi responsables de la prédisposition, de la survenance et de la persistance de tels troubles que les facteurs psychologiques et sociaux. Il faut également considérer les facteurs biologiques (notamment une maladie organique antérieure ou actuelle, voire une blessure) et les facteurs psychosociaux (par ex. un traumatisme psychique antérieur ou le stress) comme étant des facteurs de risque pour la survenance de tels troubles. Les facteurs biologiques (par ex. le déconditionnement physique), les facteurs psychologiques (par ex. la peur) et les facteurs sociaux (par ex. le profit secondaire tiré de la maladie) sont déterminants pour la persistance des troubles (Henningesen et al. 2007, Henningesen 2014).

Alors que ce modèle d'étiologie bio-psycho-social est établi pour lesdits troubles, des interrogations demeurent pour chaque question (explications concernant la prédisposition, la survenance et la persistance) concernant la pondération relative des facteurs individuels (biologiques-psychologiques-sociaux). Ceci vaut aussi bien dans le cas concret que pour l'appréciation générale de différences éventuelles entre les divers troubles du groupe.

Deux aspects doivent être soulignés ici. Premièrement, dans le contexte du modèle d'étiologie bio-psycho-social, il n'y a pas de différence principale entre les situations avec une composante pathologique organique (par ex. pour les syndromes de fatigue dans le cadre de la sclérose en plaque ou dans le contexte d'un cancer) et les situations où une telle composante n'existe pas. Dans les deux cas, la manière dont les troubles sont ressentis est composée d'un mélange étiologique de facteurs bio-psycho-sociaux. Les causes étiologiques psychosociales ont également plus d'impact sur l'importance de la fatigue dans le contexte d'une sclérose en plaque que l'indubitable composante bio-organique (cf. Bol 2009). Il n'y a qu'une différence relative entre l'importance du facteur biologique et la possibilité de le définir (cf. note de bas de page no 2 et 3 : relativisation de la différence entre les troubles physiques clairs et diffus). Dès lors, en vue d'apprécier la capacité de travail, traiter les symptômes de troubles physiques avec une étiologie organique évidente différemment des troubles ne présentant pas de telle composante évidente est injustifié.

Deuxièmement, non seulement les personnes concernées, mais également en grande partie des médecins et des scientifiques, s'efforcent de mettre l'accent sur les éléments biologiques, en partant

du principe que de potentielles explications biologiques des symptômes renforcent la légitimité de leur ressenti. Ainsi, des théories d'étiologie sont par ex. régulièrement soutenues pour le syndrome de la fatigue chronique, la fibromyalgie, ou les traumatismes du rachis cervical. Elles concernent autant l'existence que l'inexistence d'une telle étiologie. De même, l'intégralité de certains tableaux cliniques (par ex. le dénommé syndrome d'hypersensibilité chimique multiple ou la borréliose chronique / le syndrome de Lyme) sont basés sur cette théorie d'étiologie biologique non-confirmé. Dans le contexte du modèle étiologique bio-psycho-social, il n'est pas exclu que des facteurs biologiques inconnus jusqu'à-là soient découverts. En même temps, il est certain que ces facteurs ne seront pas exclusivement pertinents.

En résumé, les troubles dont il est question présentent une pathogenèse et une étiologie partiellement claires, partiellement imprécises, mais pas floues dans leur globalité. Ainsi il est important de relever que ces troubles ne se différencient en rien de la plupart des troubles psychiques pour lesquels certains aspects de la pathogenèse et de l'étiologie sont clairs et d'autres pas. Comme indiqué précédemment, il n'existe pas non plus de différence essentielle pour les troubles physiques avec une composante étiologique et organique claire. En conséquence, l'expression "sans pathogenèse ni étiologie claires" ne convient pas pour décrire le groupe de troubles en question.

### 3.1.3 Conclusions

Regrouper différents troubles qui se ressemblent et qui appartiennent autant aux troubles psychiques que somatiques selon la classification officielle, est en principe utile. La dénomination "syndrome" est correcte. La combinaison avec la partie "sans constat de déficit organique" prête toutefois à confusion dans sa version courte et n'est judicieuse que dans le cas de troubles avec comme symptôme principal un trouble physique. Il faut éviter d'ajouter d'autres troubles présentant d'autres symptômes principaux à la liste.

Dans sa globalité, la dénomination "sans pathogenèse ni étiologie claires" telle qu'elle est formulée, est erronée. Il en va de même pour l'expression abrégée du syndrome "sans pathogenèse ni étiologie claires".

Ainsi, appeler le regroupement "syndrome de troubles physiques non-objectivables" (en allemand : "Syndromale Körperbeschwerdenbilder ohne nachweisbare organische Grundlage" - SKONOG) permettrait de rester au plus près de la logique de la dénomination actuelle. L'alternative serait d'envisager l'introduction des termes internationaux de "syndrome somatique fonctionnel" ou de "syndrome de détresse corporelle"<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> En mai 2013, la nouvelle édition du système de classification des psychiatres américains DSM-V a été présentée. L'utilisation de cette classification n'est pas obligatoire mais est d'une grande importance pour la recherche. Le terme "somatic symptom disorder" (probablement "somatische Belastungsstörung" en allemand, proposition en français : "syndrome de stress somatique") se substitue au terme "troubles somatoformes". Ce nouveau terme se différencie de l'ancien, essentiellement pour deux raisons : premièrement, la notion que "les troubles ne peuvent pas ou insuffisamment s'expliquer par une cause organique" n'est plus exigée. Deuxièmement, des critères positifs de diagnostic concernant le type de comportement psychologique (par ex. hypocondrie prononcée) ont été introduits. Jusqu'à présent, de tels critères n'étaient pas exigés pour établir un diagnostic de "troubles somatoformes" (Dimsdale et al. 2013). Il faudra attendre pour savoir si et dans quelle mesure, la suppression de la différenciation entre les troubles qui peuvent ou non (ou insuffisamment) être expliqués par une cause organique aura un impact sur le diagnostic. En ce qui concerne les conséquences, le changement reflètera en tout cas le fait que cette distinction est moins importante qu'on ne le pensait (cf. note de bas de page 3).

### **3.2 Capacité à surmonter les effets des troubles somatoformes**

#### **3.2.1 Aspects médicaux de la "présomption" que l'effort de surmonter les effets des troubles somatoformes est raisonnablement exigible**

La constatation que les troubles somatoformes douloureux eux-mêmes n'entraînent en règle générale pas de limitation de la capacité de travail qui occasionnerait une invalidité, peut être considérée comme un complément à la constatation que les troubles somatoformes ou ses effets peuvent être surmontés, grâce à un effort de volonté raisonnablement exigible.

Du point de vue médical, les deux constatations peuvent être vérifiées dans cette expertise. Par contre, elles contiennent également toutes les deux des composantes qui ne sont pas uniquement d'ordre médical et qui ne peuvent pas être intégralement vérifiées dans le cadre de cette expertise. Il s'agit par exemple des composantes qui servent à définir l'incapacité de travail / l'invalidité et en particulier l'effort de volonté raisonnablement exigible (Foerster und Dreßing 2010).

La constatation que des troubles somatoformes et des troubles apparentés n'entraînent en règle générale pas d'incapacité de travail de longue durée occasionnant une invalidité, signifie que les effets de ces troubles sur les aptitudes fonctionnelles et sur la capacité de travail ne sont pas si prononcés. Pour vérifier si ces constatations sont correctes du point de vue médical, il faut tenir compte des données scientifiques sur l'impact des troubles somatoformes, sur la qualité de vie physique, sur les aptitudes fonctionnelles et sur la capacité de travail. Le fait que la composante normative des constatations ne peut pas être vérifiée avec ces seules données revêtira une importance particulière lorsqu'elles seront comparées avec d'autres troubles psychiques et avec des atteintes d'origine organique où les mêmes constatations n'ont pas pu être observées.

Les données empiriques concernant l'atteinte fonctionnelle et la capacité de travail se réfèrent entièrement à des contextes qui sortent du cadre des expertises. En conséquence, les aspects potentiels spécifiques de motivation tels que l'aggravation par ex. ne sont pas déterminants.

#### **3.2.2 Résultats empiriques des effets des troubles somatoformes et des troubles fonctionnels sur l'aptitude fonctionnelle et sur la capacité de travail**

Les troubles somatoformes et les troubles apparentés sont des causes importantes d'atteintes fonctionnelles, aussi bien que d'incapacité de travail. Depuis 1980, de nombreuses preuves ont été publiées dans la littérature (cf. entre autres : Harris et al. 2009, Henningsen 2014 et beaucoup d'autres, ainsi que Creed et al. 2011, qui propose une bibliographie encore plus vaste).

L'éventail des degrés de gravité des troubles somatoformes et des troubles apparentés est assez large. Il passe de troubles légers sans aucune atteinte à la fonctionnalité aux troubles gravement invalidants (cf. ci-dessus et traditionnellement Katon et al. 1991). Les facteurs qui déterminent la gravité de l'atteinte ne sont ni la durée ni l'intensité des symptômes individuels, mais le nombre d'atteintes à la santé qui ne peuvent pas ou insuffisamment s'expliquer par une cause organique. Il existe un rapport linéaire entre les deux<sup>3</sup>.

Il est important de signaler le recoupement significatif qui existe entre les syndromes organiques et

---

<sup>3</sup> Le rapport linéaire entre le nombre des atteintes et les effets sur la fonctionnalité et la capacité de travail existe également lorsque tant les troubles physiques qui s'expliquent par une cause organique que les troubles physiques qui ne s'expliquent pas par une cause organique sont pris en compte (Tomenson et al. 2013) - une raison importante d'abandonner cette différenciation dans la classification américaine DSM-V (voir Dimsdale et al. 2013).

les syndromes somatoformes. Entre 30 et 80% des patients qui sont par ex. atteints d'une fibromyalgie remplissent les critères du syndrome du côlon irritable et environ 50% remplissent ceux du syndrome de la fatigue chronique (cf. ci-dessus et traditionnellement Wessely et al. 1999).

Dès lors, il est absolument indispensable de relever le nombre de ces atteintes et de les exprimer par le diagnostic. Si un seul diagnostic basé sur le symptôme principal ("syndrome somatoforme douloureux" ou "fibromyalgie" par ex.) est établi et si le degré de gravité de l'atteinte est ensuite discuté sur cette base, tous les autres "troubles physiques qui ne s'expliquent pas ou insuffisamment par une cause organique" n'entrent pas en ligne de compte.

Il existe également des recouvrements entre la somatisation, la dépression et l'anxiété. En effet, les patients atteints de l'un de ces troubles (trouble somatoforme ou trouble fonctionnel apparenté) sont également souvent atteints d'un autre trouble (trouble dépressif ou trouble anxieux). Ce n'est toutefois pas le cas de tous les patients. En moyenne, environ la moitié des patients atteints d'un trouble somatoforme / fonctionnel présente un tel recouvrement. Ce dernier est souvent appelé "comorbidité", alors que le terme est ambigu. L'autre moitié ne présente pas de tel recouvrement (cf. ci-dessus, ainsi que Henningsen et al. 2003, Löwe et al. 2008, Simms et al. 2012).

Le rapport entre somatisation, atteinte fonctionnelle et incapacité de travail existe (indépendamment de ce recouvrement) de manière autonome et indépendamment de la comorbidité, notamment à travers des troubles dépressifs. En même temps, dans les cas de recouvrements ("comorbidité"), les atteintes fonctionnelles et l'incapacité de travail sont pourtant plus répandues (cf. ci-dessus, surtout Löwe et al. 2008, Harris et al. 2009, Simms et al. 2012).

Si l'on compare l'ampleur de l'atteinte par les troubles somatoformes / fonctionnels d'une part et l'atteinte par les troubles dépressifs d'autre part, il est possible d'établir, grâce à différentes études qui ont obtenu des résultats comparables, que l'atteinte est identique si elle est mise en relation avec la qualité de vie mesurée ou avec le nombre de jours où une atteinte à la fonctionnalité était importante (dénommés "disability days"). Peu importe que les investigations aient été effectuées par des médecins de famille par des spécialistes. Des études comparables n'ont pas pu relever de différences pertinentes dans les groupes de patients de l'ensemble des atteintes. La nature de l'atteinte fonctionnelle varie cependant, en corrélation avec les différents symptômes : les troubles somatoformes / fonctionnels entraînent surtout une atteinte des fonctions physiques (par ex. rôle qu'occupe la fonction corporelle dans l'échelle de qualité de vie SF-36), alors que les troubles dépressifs se caractérisent surtout par des atteintes aux aspects fonctionnels d'ordre mental /émotionnel (cf. ci-dessus, en particulier Creed et al. 2011, Löwe et al. 2009, Simms et al. 2012).

Les atteintes objectivables qui peuvent être expliqués par une maladie organique définie montrent également une atteinte fonctionnelle et / ou une incapacité de travail d'une intensité au moins aussi forte que dans l'éventail des atteintes fonctionnelles / somatoformes. Beaucoup d'études le démontrent (cf. ci-dessus). Ces derniers temps, l'étude de Carson et al. (2011) a fait forte impression. En comparant les symptômes d'environ 1100 patients atteints de troubles neurologiques d'origine incertaine à ceux de 2600 patients diagnostiqués avec un trouble neurologique défini, Carter a démontré que le premier groupe était plus atteint sur le plan fonctionnel / voyait sa qualité de vie amoindrie et présentait une incapacité de travail liée à l'état de santé plus importante. Un an plus tard, un examen de contrôle de ce groupe de patients qui souffrait de troubles d'origine incertaine a montré que le pronostic était mauvais : 67% des patients ont indiqué que leur état de santé demeurait inchangé ou s'était aggravé (Sharpe et al. 2010). L'analyse a relevé que les attentes négatives des patients par rapport à une amélioration de leur état de santé et par rapport à une gratification financière due à leur maladie constituaient les principaux facteurs à l'origine d'un pronostic défavorable. D'autres études ont également conclu à un pronostic plutôt défavorable pour

les troubles d'origine incertaine lorsqu'ils sont chroniques, ce qui signifie qu'ils sont présents depuis plus de six mois. Une revue systématique récemment publiée a par ex. démontré que sept ans après le diagnostic initial (moyenne de toutes les études), 40% des patients présentaient un état de santé inchangé, voire détérioré (Gerlauff et al. 2014).

### 3.2.3 Conclusions

En résumé, les constatations du point 2.2 sont les suivantes :

- Le seul diagnostic d'un trouble somatoforme / fonctionnel ne permet pas encore de déterminer un niveau de gravité considérable, voire des répercussions importantes sur l'aptitude fonctionnelle et la capacité de travail.
- Dans ce groupe de troubles, il existe un large éventail du degré de gravité pouvant atteindre une telle sévérité qu'elle porterait atteinte à l'aptitude fonctionnelle et à la capacité de travail.
- L'indicateur du degré de gravité le plus important est le nombre de troubles physiques qui ne s'expliquent pas suffisamment par un déficit organique.
- Les effets sur l'aptitude fonctionnelle et la capacité de travail peuvent être présents indépendamment de l'existence parallèle de troubles psychiques. Toutefois, ils sont en moyenne plus élevés en présence d'une comorbidité de l'ordre d'un trouble dépressif ou d'un trouble anxieux.
- Les effets sur l'aptitude fonctionnelle et la capacité de travail sont identiques à ceux que les troubles dépressifs ou les autres maladies d'origine organique engendrent.
- En résumé, le pronostic de ces troubles est mauvais.

Les résultats empiriques ne permettent ni de tirer définitivement la conclusion que ce groupe de troubles n'entraîne "en règle générale" pas d'incapacité de travail occasionnant une invalidité, ni que de tels effets peuvent être surmontés grâce à un effort de volonté raisonnablement exigible.

En effet, ces données ne permettent pas de définir le sens des termes "en règle générale" et "un effort de volonté raisonnablement exigible". Ces termes n'indiquent pas de limite normative entre règle et exception ou entre exigible et non-exigible. Indépendamment de ce qui précède, la conclusion est qu'aucune base empirique ne permet de traiter les effets des troubles somatoformes et les effets des troubles apparentés sur l'aptitude fonctionnelle et sur la capacité de travail différemment des effets de troubles dépressifs ou de maladies d'origine organique bien définie : lorsqu'un groupe est normalisé et lorsqu'il est établi qu'il n'y a en règle générale pas d'invalidité et que l'effort de surmonter les troubles est raisonnablement exigible au sein d'un groupe, il faut par conséquent établir les mêmes principes pour les deux autres groupes, ou alors pour aucun des trois.

La constatation que des troubles somatoformes et des troubles apparentés sont en moyenne moins graves ou peuvent être surmontés plus facilement que des troubles dépressifs ou d'origine organique n'est pas fondée d'un point de vue empirique. En conclusion, cette constatation correspond à un préjugé obsolète qui existe en partie dans la littérature psychiatrique plus ancienne et chez les psychiatres et autres médecins cliniciens qui ne sont pas spécialement familiers avec ce groupe de troubles sur les plans scientifiques et cliniques. De manière diffamatoire, ces patients étaient surnommés "worried weil" ("en souci parce que"). Kroenke (2000), un des scientifiques les plus renommés dans le domaine établit a contrario : "Somatization: it's time for parity".

### **3.3 Moyens d'objectiver et établissement de preuves**

#### **3.3.1 Objectivité du diagnostic des troubles psychiques**

Troisièmement, il faut examiner de manière générale si au niveau des moyens d'objectiver et ainsi d'établir des preuves il y a une différence systématique entre les troubles somatoformes les troubles apparentés d'une part et les troubles psychiques d'autre part.

Etablir une analyse détaillée de la signification des termes "moyens d'objectiver" et "établissement de preuves" d'un trouble ou d'une maladie dépasserait le cadre de cette expertise médicale. Il faut toutefois préciser qu'il ne s'agit pas de la définition de "moyens d'objectiver" et de "l'établissement de preuves" dans le sens des sciences naturelles classiques, puisque les troubles psychiques et les troubles psychosomatiques de la catégorie intermédiaire (cf. question 1) ne peuvent par principe ni être diagnostiqués ni être objectivés avec des méthodes issues des sciences naturelles pures (par ex. méthodes d'imagerie, mesure des marqueurs biologiques ou autres). Dès lors, il n'est pas possible de prouver leur existence avec ces méthodes scientifiques classiques<sup>4</sup>.

Pour y parvenir, il faut qu'un tiers établisse une appréciation de la perception et du comportement de l'intéressé (anamnèse, constatations physiopathologiques, le cas échéant complétée par des interviews diagnostics structurés et par des questionnaires d' (auto)-évaluation). Une telle appréciation est toujours influencée par l'interaction avec l'expert. Dans le cadre de tests au sens d'un modèle psychologique, l'objectivité est la dimension dans laquelle l'examen ou l'évaluation du même patient dans les mêmes conditions de départ aboutit aux mêmes conclusions que si les tests avaient été effectués par d'autres personnes en charge du diagnostic. Indépendamment du genre de trouble à évaluer, cette forme d'objectivité est toujours menacée par la personne qui établit le diagnostic en raison de ses connaissances, de sa manière d'interagir, de ses convictions normatives et de son jugement (cf. Dohrenbusch et al. 2012).

Les études cliniques (nommées field trials, études in situ) qui ont contrôlé la concordance des résultats obtenus par les différents experts du diagnostic d'un trouble psychique, ont abouti sur des valeurs de correspondance qui fluctuaient entre moyennement et bien, mais qui n'atteignaient jamais la concordance absolue qui est indispensable pour garantir l'objectivité. Les valeurs kappa (valeurs statistiques servant à exprimer la concordance entre deux experts, valeur 0 = : faible / valeur 1 = : parfaite) pour l'établissement du diagnostic "dépression" (Major Depression) se situait ainsi entre 0,5 et 0,7 dans les essais in situ pour DSM-IV (Keller et al. 1995). Dans les essais in situ pour DSM-V, elle n'était par contre que de 0,3 (Freedman et al. 2013). Dans le dernier essai in situ, la valeur kappa s'élevait à 0,6 pour la nouvelle catégorie de troubles somatoformes (somatic symptom disorder, cf. note de bas de page no 1), à 0,5 pour la schizophrénie et à 0,3 pour les troubles anxieux. Le syndrome cérébral organique (major neurocognitive disorder) obtenait la valeur la plus élevée de 0,8 (Freedman et al. 2013).

La non-conformité relativement élevée des diagnostics de tous (!) les troubles psychiques est due - de manière inévitable - aux critères individuels qui fondent le diagnostic. Ceux-ci sont appréciés différemment par les divers experts, en fonction de leur existence, de leur ampleur, de leur durée, etc.

---

<sup>4</sup> Si l'on se réfère à la conception du Tribunal fédéral de la notion d'objectivité très stricte au sens des sciences naturelles telle qu'elle est décrite dans les considérants de l'ATF 138 V 248, il faut constater que pour le Tribunal fédéral, il n'y a que très peu de troubles psychiques objectivables. C'est par ex. le cas des troubles psychiques d'origine organique qui sont relativement rares.

Dès lors, il faut admettre que ni les sciences naturelles ni un modèle théorique de tests ne permettent d'atteindre une grande objectivité lors de l'établissement du diagnostic de troubles psychiques. Les différentes valeurs de concordance relevées varient d'une étude à l'autre (par ex. concernant les valeurs pour les troubles dépressifs dont les valeurs ne sont pas meilleures que pour d'autres troubles tels que les syndromes somatoformes). Il n'est toutefois pas possible d'en conclure que certains types de troubles psychiques peuvent en règle générale être mieux objectivés que d'autres.

### **3.3.2 Etablissement des preuves de troubles psychiques et psychosomatiques**

Le mot-clé "établissement de preuves" offre une dimension supplémentaire à l'expertise. Il ne s'agit pas seulement de déterminer à quel point la procédure de diagnostic est en mesure d'identifier l'existence d'un diagnostic correspondant à un trouble psychique / psychosomatique de manière concordante, mais également dans quelle mesure il pourrait être exclu que ce trouble psychique ou que son intensité ne soient simulés, soit dans le sens propre, soit dans le sens d'une aggravation.

La constatation d'une aggravation ou d'une simulation est (pour autant que l'intéressé ne l'admette pas ultérieurement) une reconnaissance d'un schéma complexe qui devrait se baser sur autant d'éléments constitutifs que possible (cf. Slick et al. 2009, Henningsen et Schicke 2012.) Les informations concernant les incohérences recueillies au cours des entretiens et sur la base du dossier en font tout particulièrement partie : incohérences entre l'énonciation des troubles mêmes, entre l'énonciation des troubles et le tableau clinique, entre les différents résultats de tests qui mesurent les mêmes critères, entre les résultats de tests et la description des troubles, entre les indications sur les atteintes et les observations des activités ainsi qu'entre les atteintes dans les différents domaines de la vie, etc.

Un type de confusion possible est la présence d'incohérences entre la description des troubles et les résultats psychopathologiques de l'examen clinique et d'autres résultats cliniques. Ceci est particulièrement important, car l'impression sur le comportement, sur l'affectivité, sur la motivation, sur les fonctions cognitives formelles et matérielles, etc. est basée sur l'observation et sur l'interaction avec l'intéressé. Cette impression ne peut pas être gérée sciemment pendant de longues périodes. Celle qui est obtenue peut ainsi être considérée comme la "vraie" expression des symptômes et de leur étendue, plus que la description verbale des troubles.

La précision des constatations psychopathologiques relatives aux divers troubles psychiques, présente des différences. Il est certes impossible d'observer directement les symptômes majeurs de troubles somatoformes / fonctionnels (douleurs dont se plaint l'intéressé, vertiges, sensations physiques, etc.) ou la sensation subjective (de dépression, de peur, de traumatisme psychique). Toutefois, de telles sensations provoquent des émotions dont la corrélation avec l'expression faciale (émotions), la motivation, les fonctions cognitives, etc. est évidente.

En cas de schizophrénie et de troubles dépressifs sévères, établir un constat précis et typiquement psychopathologique est dès lors presque toujours possible<sup>5</sup>.

L'incohérence possible entre la description du trouble et le constat psychopathologique (par ex. expression abattue et triste alors que le l'examen indique une fluctuation de l'humeur affective normale et une vive expression faciale) peut donc être décrite ici.

---

<sup>5</sup> Pour ces troubles, ce contrôle n'aboutit cependant pas à un diagnostic plus objectif au sens du point 3.1.

Le constat psychopathologique d'autres troubles tels que les troubles somatoformes / fonctionnels, plus polarisants au niveau physique, est par contre moins précis. On ne détecte pas d'anomalies comparables aux constatations faites pour des troubles dépressifs graves ou pour des psychoses, mais de l'hypocondrie (de façon accrue) et un manque de réflexion sur les questions liées à l'origine des troubles entre autres.

Cela signifie que pour ces types de troubles, le genre de troubles mentionné ci-dessus également devient automatiquement une source d'incohérences (entre la description des troubles et les constatations cliniques) moins importante.

D'autres formes d'incohérences éventuelles sont en revanche plus significatives en cas de troubles somatoformes que lorsque l'origine des troubles n'est manifestement que psychique : il y a d'une part une incohérence entre la description du trouble physique et ses effets. D'autre part, les constatations de l'examen physique clinique se réfèrent directement aux corollaires des effets des troubles décrits (par ex. mention de douleurs violentes indépendantes du mouvement, boitements lors de l'examen clinique, ainsi que mouvements qui paraissent sans entrave et rapides dans les situations où l'intéressé croit qu'il n'est pas observé) (cf. également les directives allemandes AWMF-S2k concernant les disparités à examiner lors de l'évaluation de douleurs chroniques dans le cadre du "contrôle de cohérence").

Toutes les autres disparités à contrôler dans le cadre du prénommé contrôle de cohérence<sup>6</sup> peuvent être examinées, tant chez les patients avec des troubles somatoformes / fonctionnels que chez les patients atteints de troubles d'origine organique. Ce processus complexe de reconnaissance d'un schéma dépend de nombreuses sources d'information. Il n'est donc pas possible d'en conclure que des preuves absolues de tels troubles ne peuvent être établies ou que les intentions frauduleuses sont très rares<sup>7</sup>.

Le bilan de ces considérations sur les différents types d'incohérences ne permet pas de définir à quel point établir la preuve de l'existence d'un trouble somatoforme / fonctionnel (avec des troubles qui ne sont pas (principalement) dus à l'aggravation ou à la simulation) est généralement plus difficile que pour les autres groupes de troubles.

### **3.3.3 Conclusions**

En résumé, il apparaît que l'objectivité et l'établissement des preuves au sens des sciences naturelles (mesures techniques) pour l'existence de troubles somatoformes / fonctionnels n'est pas possible et qu'ils se limitent aux tests psychologiques. En ce sens, les troubles somatoformes / fonctionnels ne se différencient pas des autres troubles psychiques. Le taux de concordance du diagnostic est restreint, même pour des diagnostics graves et évidents tels que ceux de la schizophrénie ou de la dépression sévère. De plus, l'établissement de la preuve de l'inexistence d'une aggravation ou d'une simulation

---

<sup>6</sup> Selon la directive AWMF sur l'évaluation des douleurs mentionnée ci-dessus : Différences entre l'intensité subjective des troubles qui est indiquée et le manque de clarté par rapport à ces troubles ; différences entre l'importance (subjective) des troubles (y compris l'autoévaluation dans les questionnaires) et l'atteinte physique et psychique décelée lors de l'examen clinique ; différences entre les déclarations du patient et les informations provenant de l'anamnèse de tiers (y compris du dossier médical) ; différences entre une atteinte (subjectivement) ressentie comme grave et des fonctions presque intactes pour la gestion de la vie quotidienne ; différences entre le degré d'atteinte indiqué et l'intensité de la sollicitation du système de santé jusque-là ; différences entre l'indication du dosage de médicaments le jour de l'examen (et le jour précédent) et la quantité de médicaments en question réellement détectée dans le sérum sanguin.

<sup>7</sup> Commentaire sur les directives AWMF concernant l'évaluation des troubles psychiques et psychosomatiques en général : "Des anomalies dans les tests de validation ou dans les contrôles de cohérence ne doivent pas être interprétées de manière à dire que le patient exagère, simule ou qu'il "ment" " (Dohrenbusch et Schneider 2012, p. 131).

vraisemblable (les différences entre les types d'incohérences importent peu) ne dépend pas d'un contrôle de cohérence complexe et est dès lors susceptible de contenir des erreurs.

En ce qui concerne les moyen d'objectiver et d'établir des preuves, il semble ainsi injustifiable que l'on traite les troubles somatoformes / fonctionnels différemment des autres troubles psychiques.

### **3.4 Pertinence des prénommés "critères Foerster"**

#### **3.4.1 CIF, mobilisation de la volonté et indicateurs du degré de gravité**

Dans tous les domaines de la médecine, le diagnostic en lui-même ne permet ni de s'avancer sur les effets fonctionnels, ni sur la capacité générale de travail en présence d'une telle maladie (quelques exceptions extrêmes sont exclues). Beaucoup d'autres facteurs influencent ces effets, notamment des facteurs psychosociaux tels que le bien-être psychique, la motivation, l'intelligence, l'entourage social et d'autres facteurs de contexte etc. De manière à comprendre ces effets et les facteurs qui les influencent de manière détaillée, il faut rappeler qu'en complément à la classification internationale des maladies CIM, l'OMS a développé et publié la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Mise à part la différenciation entre les diverses fonctions physiques directes et leur structures, la classification fait également une distinction entre les activités et les possibilités de participer de l'intéressé.

Une désignation rudimentaire mais toutefois précise des facteurs qui modifient les effets fonctionnels d'une maladie diagnostiquée a déjà été réalisé en Allemagne dans le contexte de la reconnaissance des névroses en tant que maladie (comprenant généralement les troubles dépressifs et anxieux). Cette étude rudimentaire date de 1964 et a eu comme conséquence la reconnaissance d'un droit à une indemnité de la part du système de sécurité sociale pour ce groupe de troubles. La peur de devoir faire face à un nombre trop important de requérants a prévalu dès le début. Une mesure corrective a été rajoutée, afin d'éviter une surcharge de cas. Un examen socio-médical devait en effet déterminer dans quelle mesure "la mobilisation de la volonté était raisonnablement exigible pour surmonter le trouble". Dans le langage de la CIF, cela signifiait : à quel degré une activité et une participation suffisantes sont-elles possibles malgré l'atteinte physique ?

Dans le cadre spécifique de l'examen socio-médical, cette question a généré la discussion de l'interprétation de cette mobilisation de la volonté dans l'espace germanophone. Cette notion est étroitement liée à Klaus Foerster, psychiatre allemand (cf. en dernier Foerster et Dreßing 2010). Elle a également été retenue dans les directives applicables aux expertises et dans d'autres sources.

Le consensus retenu par tous les intéressés est que la mobilisation de volonté raisonnablement exigible dépend directement de la gravité de l'atteinte et du pronostic, indépendamment du trouble en question et en dehors d'autres facteurs de contexte : plus l'atteinte est importante et plus le pronostic est défavorable, mais la motivation pour surmonter ses effet sera raisonnablement exigible.

Par la suite, différents indicateurs destinés à définir le degré de gravité et le pronostic ont été proposés. Les plus connus (en différentes formulations) sont ceux de Foerster et de ses collaborateurs (cf. Jeger 2011), mais aussi les directives citées et d'autres sources. Ces indicateurs sont des "indices" qui devraient permettre à l'expert de mieux apprécier le degré de gravité d'un trouble, notamment mais pas exclusivement en cas de troubles du groupe des (autrefois nommés) troubles névrotiques (troubles dépressifs, troubles anxieux et troubles somatoformes / fonctionnels). L'existence d'un tel indicateur (indicare - indiquer) plaide (dans le cas concret) éventuellement en faveur d'un degré de gravité plus élevé. Par contre, l'inexistence d'un tel indicateur ne plaide pas en sa défaveur (pour autant que d'autres indicateurs plaident en sa faveur).

Dans ce contexte, la signification de ces indicateurs diffère de celle des critères (criterion - norme de référence) qui doivent par ex. être réunis pour établir un diagnostic ou pour qu'un certain trouble puisse être diagnostiqué. Si un critère n'est pas réuni, le diagnostic ne peut pas être établi. Indépendamment de l'évaluation matérielle (cf. ci-dessous) du terme "critères Foerster", terme qui a été depuis retenu par la jurisprudence suisse pour définir les indicateurs du degré de gravité et les indicateurs de pronostic, il faut retenir que la désignation "critère" induit en erreur ou est erronée, car elle dissimule le caractère en principe ouvert des indicateurs. En conséquence, elle conduit à appliquer les critères individuels apparents comme normes de référence et à conclure hâtivement que l'absence d'un tel "critère" apparent signifierait l'absence d'un degré de gravité suffisamment élevé, ce qui constitue une erreur.

### **3.4.2 Sélection des propositions des indicateurs du degré de gravité jusqu'à aujourd'hui**

#### **3.4.2.1 Foerster**

Comme cela a déjà été mentionné, Foerster a désigné divers indicateurs dans différentes revues (cf. Jeger 2011). Ceux-ci permettent de déterminer le degré de gravité des troubles psychiques et psychosomatiques, de même que leur pronostic. La forme codifiée par la jurisprudence suisse comporte cinq indicateurs pour l'instant, (cf. formulation exacte ci-dessus, extrait de l'arrêt 8C\_972/2012 du 31.10.2013) : une comorbidité psychiatrique d'une acuité importante ou autres critères tels que:

- comorbidité physique d'une acuité importante ;
- "profit primaire tiré de la maladie" sans évolution possible sur le plan thérapeutique ;
- isolement social dans tous les domaines de la vie ;
- échec des traitements ambulatoires ou stationnaires, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée.

#### **3.4.2.2 Directives AWMF allemandes**

La directive S3-AWMF "Traitement des patients présentant des troubles non-spécifiques, fonctionnels et somatoformes" (en allemand : NFS) dit dans sa "Recommandation 143" comme "point de consensus clinique" avec un consensus important des 28 sociétés médicales spécialisées que : "Le degré de gravité des troubles physiques non-spécifiques et des troubles fonctionnels et somatoformes, ainsi que la probabilité de recouvrer une capacité de gain, devraient être évalués selon les critères suivants, en tenant compte des éventuelles expertises précédentes :

- effets des troubles cohérents dans tous les domaines de la vie ;
- intensité de la sollicitation du système de santé ;
- échec d'essais thérapeutiques adéquats ;
- évolution vers la chronicité et comorbidité ;
- influence de l'aggravation ou de la simulation ;
- qualifications professionnelles spécifiques (question de l'incapacité d'exercer sa profession) (Hausteiner-Wiehle et al. 2013, p. 174).

Les directives S2k-AWMF sur les expertises médicales de personnes atteintes de douleurs chroniques (en allemand: ÄBCS), qui sont établies sur la base d'un consensus entre neuf sociétés spécialisées chargée des expertises médicales qui concernent la douleur (Widder et al. 2007 - en collaboration avec Foerster; voir <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-102.html>)), empruntent une autre voie. Deux questions essentielles se posent pour établir l'existence et les effets des troubles douloureux fonctionnels :

- a) A quel point l'expert est-il convaincu que les atteintes fonctionnelles sont réelles lorsqu'il apprécie les résultats des examens cliniques en gardant un esprit critique ?

Pour répondre à cette question, il faut procéder à un contrôle de cohérence ou à une validation des troubles. Ceci est établi en recherchant des différences telles que celles décrites dans la note de bas de page no 4. La deuxième question aborde le degré de gravité :

- b) A quel point est-il possible d'influencer volontairement les troubles indiqués ("profit secondaire tiré de la maladie") ?

Pour répondre à cette question, il faut déterminer si l'on se trouve en présence de deux facteurs : Ces deux éléments plaident en faveur de l'existence d'une influence possible et contre un degré de gravité plus important :

- repli sur soi dans les domaines désagréables de la vie (tels que travail ou ménage), mais pas dans les domaines agréables de la vie (tels que loisirs, associations, animaux domestiques, voyages, etc.) ;
- maintien de la fonction de gouvernance et de contrôle (par ex. surveillance des travaux domestiques effectués par les proches, contrôle du comportement d'achat des proches).

Il est donc évident que ces différentes propositions comprennent autant de points communs que de divergences sur les "indices" pouvant servir d'indicateurs du degré de gravité.

### **3.4.3 Types d'indicateurs du degré de gravité et indicateurs de pronostic**

En examinant les propositions d'un point de vue général, il est possible de classer les indicateurs du degré de gravité et les indicateurs de pronostic dans quatre catégories différentes qui tiennent compte des aspects complètement différents du degré de gravité (l'indicateur du degré de gravité ou l'indicateur de pronostic mentionné plus haut et dont il fait partie sera indiqué derrière chaque type d'indicateur) :

#### **3.4.3.1 Indicateurs du domaine clinique-diagnostique : sur le plan des symptômes**

Le diagnostic en lui-même peut (mais ne doit pas) être considéré comme un indicateur du degré de gravité. En conséquence, le diagnostic d'un trouble somatoforme nécessite la présence d'une atteinte à la capacité d'exécuter les activités de la vie quotidienne. De plus, le diagnostic de la somatisation (CIM-10 F45.0), trouble le plus sévère des troubles somatoformes, ne peut être établi qu'en présence de symptômes multiples depuis plus de deux ans. Le diagnostic de troubles fonctionnels tels que la fibromyalgie, mais aussi le diagnostic de troubles dissociés de la motricité et de la sensibilité, n'est par contre pas directement lié à un certain degré de gravité.

- Indicateur qui n'a été systématiquement retenu dans aucune des propositions

Un autre indicateur du degré de gravité du domaine clinique est le nombre de troubles physiques qui ne peuvent pas être expliqués par un trouble organique et dont le patient se plaint. Ce diagnostic qui n'a pas été pris en considération dans la discussion jusqu'à présent, a déjà été mentionné au point 2.2.

- Indicateur qui n'a été systématiquement retenu dans aucun des propositions

La présence d'une comorbidité psychique, le plus souvent un trouble dépressif, peut également afficher un indicateur du degré de gravité pertinent. Il en a également été fait mention au point 2.2.

- Indicateurs figurant chez Foerster et dans la directive AWMF concernant les troubles non-spécifiques, fonctionnels et somatoformes (en allemand NFS)

La présence d'une comorbidité organique peut (selon la nature du trouble) également être un indicateur pertinent du degré de gravité.

- Indicateurs figurant chez Foerster et dans la directive AWMF concernant les troubles non-spécifiques, fonctionnels et somatoformes (en allemand NFS)

La chronicité du trouble est également un indicateur du degré de gravité en lui-même. Il est par contre peu pertinent puisqu'en règle générale, les troubles du groupe troubles somatoformes / fonctionnels ont tous atteints un stade de chronicité au moment du diagnostic (voir Henningsen et al. 2005).

- Indicateurs figurant dans la directive AWMF concernant les troubles non-spécifiques, fonctionnels et somatoformes (en allemand NFS), critiqués dans la directive sur les expertises médicales de personnes atteintes de douleurs chroniques (en allemand: ÄBCS)

#### 3.4.3.2 Indicateurs du domaine clinique-diagnostique Au niveau de la personne

Toute maladie entraîne d'une part des conséquences fonctionnelles. D'autre part, pour l'intéressé, elle a également une signification ou une fonction qui dépend du degré de gravité du trouble. Ainsi, la manière d'éprouver une maladie chronique grave va de pair avec l'adoption d'un rôle de malade qui peut signifier la perte d'autonomie, mais qui peut également susciter un grand soulagement et de l'attention. Ces facteurs de contexte psychosocial sont généralement attribués au dénommé "profit secondaire tiré de la maladie"<sup>8</sup>, qui ne fait traditionnellement pas partie du processus pathologique d'une maladie et qui n'est pas considéré comme un indicateur du degré de gravité d'une maladie.

Il en va autrement de la fonction psychique que la maladie peut représenter pour l'intéressé. Dans le cadre de maladies telles que les troubles du groupe des (autrefois dénommés) troubles névrotiques pour lesquels les mécanismes psychiques jouent un rôle important pour la formation et le maintien du trouble. Ce mécanisme fonctionne indépendamment de la volonté de l'intéressé et fait partie du processus pathologique.

Le dénommé "profit primaire tiré de la maladie" est un mécanisme psychique de ce type qui peut être considéré comme un indicateur du degré de gravité lorsqu'il semble que l'état psychique est cristallisé et sans évolution possible sur le plan thérapeutique.

- Indicateurs figurant chez Foerster

Une autre approche des indicateurs du degré de gravité liés à la personne résulte de l'examen des capacités ou des déficits structurels d'une personne. Il s'agit par ex. de la capacité d'auto-perception ou de la perception d'autrui, de la régulation des émotions et de l'impulsivité, etc. Des déficits importants qui concernent ces capacités peuvent constituer un indicateur du degré de gravité autonome, indépendamment des symptômes.

- Indicateurs qui ne sont pas systématiquement pris en considération (voir Marelli et al. 2010)

---

<sup>8</sup> Comme indiqué précédemment, il s'agit d'un terme quelque peu indifférencié, puisque l'adoption d'un rôle de malade ne comporte pas uniquement des aspects positifs, mais également des aspects négatifs.

Il est nécessaire de poser un regard critique sur le fait que la constatation des indicateurs de gravité liés à la personne dépend plus fortement de l'interprétation et de la position de l'expert que des indicateurs découlant des symptômes et du comportement qui sont plus facilement descriptibles.

En conséquence, les exigences de fiabilité et d'objectivité imposées pour la constatation de cet indicateur doivent peser moins lourd que pour les autres types d'indicateurs.

#### 3.4.3.3 Indicateurs cliniques-thérapeutiques

L'intensité de la sollicitation du système de santé et (le cas échéant) l'importance de la participation financière (par ex. pour les traitements par un praticien spécialisé dans les médecines parallèles) peuvent être considérées comme une expression de la souffrance qu'éprouve l'intéressé. Ces indicateurs du degré de gravité peuvent être facilement extraits du dossier. Ils ne peuvent toutefois plus être pris en considération après qu'une demande de prestation ait été effectuée. En effet, un nombre accru de consultations bien ciblées et consciemment choisies de manière à démontrer le degré de gravité a été observé.

- Indicateurs figurant dans la directive AWMF concernant les troubles non-spécifiques, fonctionnels et somatoformes (en allemand NFS); indicateurs mentionnés comme critères de différenciation possibles dans la directive sur les expertises médicales de personnes atteintes de douleurs chroniques (en allemand: ÄBCS)

L'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et l'échec des mesures de réhabilitation, en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée, est un indicateur du degré de gravité de même qu'un indicateur de pronostic négatif. Une attention particulière doit être portée à l'adéquation des traitements d'une part, et sur la motivation à participer de l'intéressé d'autre part. En effet, nombre de patients atteints de troubles somatoformes / fonctionnels sont d'abord soumis à des traitements inadéquats (souvent en raison de la supposition d'un diagnostic erroné). De plus, ils participent souvent et sans préparation préalable à des programmes thérapeutiques basés sur une approche multimodale qui serait tout à fait adéquate en soi, mais pour lesquels les patients ne sont pas motivés parce qu'ils restent convaincus de la nécessité d'un traitement strictement somatique).

- Indicateurs figurant chez Foerster et dans la directive AWMF concernant les troubles non-spécifiques, fonctionnels et somatoformes (en allemand NFS)

#### 3.4.3.4 Indicateurs de comportement

La définition même contient déjà la notion d'atteintes à la gestion de la vie quotidienne et donc le comportement quotidien habituel. Ce critère est essentiel pour délimiter les troubles somatoformes des altérations de l'état général qui ne sont pas considérées comme des maladies, mais comme parties intégrantes de l'état de santé. Dans ce contexte, il est clair que le repli sur soi et l'abandon des fonctions exercées jusqu'alors, tant dans la sphère privée que dans le domaine professionnel, sont des indicateurs essentiels voire tautologiques de troubles somatoformes / fonctionnels.

En vue de contrôler la cohérence / de valider les troubles, il est cependant important que les atteintes aient plus ou moins autant d'impact dans le domaine professionnel que dans la sphère privée. Pour que les effets dans tous les domaines de la vie soient considérés comme étant plausibles, il faut dans le cas concret décrire toutes les activités quotidiennes de manière détaillée.

- Indicateurs figurant chez Foerster, ainsi que dans les deux directives AWMF. L'aspect particulier des fonctions de contrôle se trouve dans la directive sur les expertises médicales de personnes atteintes de douleurs chroniques (en allemand: ÄBCS)

### 3.4.4 Conclusions

Comme indiqué précédemment, il y a un grand nombre d'indicateurs du degré de gravité et ainsi, d'indicateurs de pronostic. Pour l'expert, ils servent de point de repère lorsque celui-ci évalue la gravité d'un trouble somatoforme / fonctionnel et donc la plausibilité qu'il soit raisonnablement exigible que les effets de ce dernier puissent être surmontés. Ces indicateurs n'ont pas été spécialement développés pour les troubles somatoformes / fonctionnels, mais proviennent initialement du raisonnement général concernant "la mobilisation de volonté raisonnablement exigible" dans le domaine des troubles névrotiques. Depuis, ils ont été partiellement adaptés aux aspects spéciaux de ce groupe de troubles particulier.

Les indicateurs sont classés dans différentes catégories. Pour certaines, la connexité avec les atteintes de la qualité de vie et de la capacité de travail est empiriquement bien prouvée (par ex. pour le nombre de symptômes somatoformes ou pour la comorbidité psychique). Pour d'autres catégories, cette connexité résulte de la définition (par ex. pour le diagnostic de la somatisation) ou de la logique (un trouble sévère induit une limitation de la fonctionnalité).

Les indicateurs se différencient aussi en raison du fait qu'établir leur preuve dépend de l'interaction spécifique avec l'expert : l'identification du nombre de symptômes somatoformes / fonctionnels dont se plaint le patient dépend par ex. moins de l'expert et est ainsi potentiellement plus objectif que l'évaluation d'un profit primaire tiré de la maladie ou encore la description des atteintes dans la vie quotidienne qui dépendent beaucoup du degré de précision que l'expert établit par ses questions.

Aucun des indicateurs mentionnés n'est restreint par une valeur limite ou par un plafond qui seraient définitivement trop élevés pour le degré de gravité. La question de savoir si le degré de gravité est trop important et si le pronostic est trop mauvais pour considérer qu'un effort de volonté pour surmonter le trouble puisse raisonnablement être exigé, reste dans le considérable pouvoir d'appréciation de l'expert.

Les "critères Foerster" ont été codifiés en Suisse et comprennent une série d'indicateurs de différents types de degrés de gravité. D'autres propositions coïncident d'une part, mais mentionnent d'autre part des indicateurs différents ou des aspects différents. Dans la mesure où la liste des indicateurs du degré de gravité et du pronostic est en principe ouverte, ce manque de cohérence concernant les propositions ne pose aucun problème.

Cependant, deux aspects des critères codifiés sous le nom propre de "Foerster" sont problématiques :

- Aucune base empirique ne justifierait qu'une position particulière soit attribuée à la comorbidité avec une dépression en tant qu'indicateur de degré de gravité particulièrement important, de premier ordre et jouissant d'une primauté logique sur les autres. L'existence d'un trouble dépressif (ou d'un autre trouble psychique additionnel) n'a pas d'incidence sur le degré de gravité et ne pèse pas plus le pronostic que la présence de beaucoup d'autres troubles somatoformes / fonctionnels ou d'une maladie organique grave.

- L'indicateur du degré de gravité secondaire du "profit primaire tiré de la maladie" ne peut pas être révélé de manière fiable, puisqu'il est étroitement lié à une école de psychologie particulière et puisqu'il s'agit d'une construction qui dépend de l'expert.

## IV. Conclusions et prévisions

Vu un certain nombre de problématiques, l'appréciation de la capacité de travail de personnes atteintes d'un trouble somatoforme / fonctionnel par un expert constitue un défi pour tous les intéressés.

Le diagnostic et la classification de ce groupe de troubles font partie de ces problématiques, tout comme la dépendance notoire au contexte de l'évolution de la maladie, l'estimation du degré de gravité et la différenciation avec l'aggravation et la simulation. Le fait que tant la médecine somatique que les psychiatres négligent traditionnellement ce groupe de troubles dans leurs efforts de recherche et le fait qu'il a été traité et qu'il l'est encore si souvent avec des concepts en partie obsolètes, fait également partie de cette problématique.

Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a développé un certain nombre d'aspects qui devraient permettre d'apprécier la problématique de manière plus uniforme et plus juste. Du point de vue de la présente expertise, ces aspects sont, à bien des égards, incontestablement judicieux<sup>9</sup>.

Aussi est-il opportun que les tableaux cliniques de syndromes ayant pour symptôme principal des troubles physiques sans constat de déficit organique qui expliquerait les troubles, soient rassemblés dans un seul groupe. Dans les systèmes de classement officiels, ils sont pourtant groupés de manière disparate. Cette nouvelle classification serait judicieuse, pour autant que les syndromes ayant d'autres symptômes principaux n'y soient pas ajoutés.

- Le fait que ni le seul diagnostic ni les seules indications subjectives de l'intéressé ne peuvent servir de base pour évaluer sa capacité de travail est également incontesté.

- De même, il est incontesté que pour délimiter l'aggravation / la simulation, voire la constatation du degré de gravité et la constatation du pronostic, ainsi que pour répondre à la question de l'exigibilité de surmonter le trouble par un effort de volonté raisonnablement exigible, il est nécessaire de procéder à un contrôle de cohérence qui comprend une description détaillée des activités et de la participation dans tous les domaines de la vie et une énumération d'indices comme indicateurs.

Par contre, du point de vue de la présente expertise, les aspects suivants développés par la jurisprudence suisse ne sont pas judicieux, puisqu'ils sont soit dépourvus d'une base empirique, soit illogiques ou incohérents :

- Le regroupement des troubles sous la dénomination "SPECDO" est partiellement juste, mais faux dans l'ensemble.

- La "présomption" qu'il existe une différence fondamentale entre les troubles somatoformes / formels et d'autres troubles psychiques en ce qui concerne leur degré de gravité et leur capacité à être surmontés par un effort raisonnablement exigible ne se justifie pas d'un point de vue empirique.

- De même, l'hypothèse que ces groupes de troubles présentent une différence fondamentale au niveau des moyens d'objectiver et d'établir des preuves est dénuée de fondement empirique et logique.

- L'utilisation d'indicateurs de degré de gravité prédéfinis comme liste de "critères" codifiés et fixes à traiter n'est pas appropriée. L'évaluation de la comorbidité d'une dépression comme indicateur de degré de gravité primaire et subordonné ne se justifie ni empiriquement ni logiquement. L'admission d'un indicateur impossible à identifier et peu fiable tel que "le profit primaire tiré de la maladie" est insensé.

- La correction, voire l'annulation des aspects mentionnés ci-dessus, éliminerait le traitement injustifié et divergent d'un certain groupe en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail des personnes à examiner. Par la même occasion, le soussigné est tout de même convaincu que le

---

<sup>9</sup> Ces aspects incontestés correspondent également au style de recommandations des directives AWMF allemandes au sujet de l'évaluation des douleurs d'une part, et des maladies psychiques et psychosomatiques d'autre part.

respect des aspects mentionnés ci-dessus - incontestés et fondés sur l'état actuel des connaissances et du consensus atteint - assure une base nécessairement stricte pour l'évaluation de cette question, afin que l'on n'assiste pas à une préférence injustifiée pour un groupe d'intéressés.

Indépendamment de ces aspects spécifiques de la pratique d'évaluation et de la jurisprudence suisse, prendre en considération - en règle générale et de manière conséquente - les principes du modèle bio-psycho-social dans le cadre de l'expertise médicale d'une part, et la différenciation entre fonction, activité et participation d'autre part, deviendra une obligation dans le futur. Ceci prévaut pour toutes les expertises de tous types de troubles et de maladies somatiques ou psychiques, avec ou sans pathologie organique.

La présence d'une pathologie définie sans équivoque et donc également d'une pathologie dont l'existence peut être prouvée par les sciences naturelles elles-mêmes, ne dit rien sur l'activité et la capacité de participation. L'absence d'une telle pathologie (dont l'établissement de la preuve est possible grâce aux sciences naturelles), ne dit rien non plus sur l'activité et la capacité à participer. Seule la prise en considération systématique des facteurs biologiques, psychosociaux et étiologiques pertinents, ainsi que des ressources et des indicateurs de degré de gravité et de cohérence dans chaque cas individuel, permet une évaluation médicale fiable de la capacité de travail, voire de la capacité de gain et, le cas échéant, de répondre à d'autres questions d'ordre médico-social.

Cela ne signifie pas pour autant que la différenciation centrale entre "ne pas pouvoir" et "ne pas vouloir" sera de plus en plus aisée. Au contraire, le fait que ces deux aspects sont partiellement inséparables impliquera dans bien des cas encore des prises de décisions difficiles pour les médecins et pour les juristes<sup>10</sup>. Néanmoins, les raccourcis d'un genre (les maladies organiques définies et les maladies psychiques classiques justifient per se "plus facilement" une incapacité durable) ou d'un autre genre (la présomption que les maladies dont on ne trouve pas d'origine organique n'entraînent pas per se d'incapacité de travail durable), sont éventuellement compréhensibles au niveau pragmatique, mais ne sont pas appropriés.

## **V. Bibliographie**

Bol Y, Duits AA, Hupperts RM, Vlaeyen JW, Verhey FR. The psychology of fatigue in patients with multiple sclerosis: a review. *J Psychosom Res.* 2009; 66: 3-11.

Carson A, Stone J, Hibberd C, Murray G, Duncan R, Coleman R, Warlow C, Roberts R, Pelosi A, Cavanagh J, Matthews K, Goldbeck R, Hansen C, Sharpe M. Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms 'unexplained by organic disease'. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2011 82 810-3.

Creed F, Barsky A, Leiknes K. Epidemiology: prevalence, causes and consequences. In Creed F, Henningsen P, Fink P (Eds). *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress. Developing Better Clinical Services.* Cambridge: Cambridge University Press 2011. p. 1-42.

Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, Lee S, Irwin MR, Levenson J. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res.* 2013; 75:223-8.

Dohrenbusch R, Schneider W. Vom Befund bis zur Stellungnahme - Empfehlungen zur leitfadengestützten gutachterlichen Urteilsbildung. In Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R, Freyberger HJ, Irle H, Köllner V, Widder B. *Begutachtung bei psychischen und*

---

<sup>10</sup> Il y a bien 80 ans, Viktor von Weizsäcker a écrit à ce sujet : „Nous ne souhaitons pas savoir si quelqu'un veut ou ne veut pas. "Ici, seul celui qui peut vouloir faire ce qu'il devrait faire, à savoir travailler, est en bonne santé. Celui qui ne peut pas vouloir faire ce qu'il devrait, à savoir travailler, est malade." (Von Weizsäcker 1931, S. 97)

- psychosomatischen Erkrankungen: Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Bern: Hans Huber 2012. p. 126-141.
- Dohrenbusch R, Schneider W, Merten T. Zur Bedeutung der Testpsychologie bei der ICF-orientierten Begutachtung. In Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R, Freyberger HJ, Irle H, Köllner V, Widder B. Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Bern: Hans Huber 2012. p. 65-125.
- Edwards MJ, Fotopoulou A, Parees I. Neurobiology of functional (psychogenic) movement disorders. *Gurr Opin Neural*. 2013 26 442-7.
- Foerster K, Dreßing H. Die „zumutbare Willensanspannung“ in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Nervenarzt* 2010; 81: 1092-1096.
- Freedman R, Lewis DA, Michels R, Pine DS, Schultz SK, Tamminga CA, Gabbard GO, Gau SS, Javitt DC, Oquendo MA, Shrout PE, Vieta E, Vager J. The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. *Am J Psychiatry*. 2013; 170:1-5.
- Gelauff J, Stone J, Edwards M, Carson A. The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. *J Neural Neurosurg Psychiatry* 2014 ; 85: 220-6. Harris AM, Orav EJ, Bates DW, Barsky AJ. Somatization increases disability independent of comorbidity. *J Gen Intern Med*. 2009 24 155-61.
- Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, Häuser W, Herrmann M, Ronel J, Sattel H, Schäfer R (Hrsg). Umgang mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. S3-Leitlinie mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie. Stuttgart: Schattauer 2013.
- Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 528-533.
- Henningsen P, Jakobsen T, Schiltenswolf M, Weiss MG. Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2005 193 85-92.
- Henningsen P. Zur Begutachtung somatoformer Störungen. *Schweizerische Rundschau - Praxis* 2005; 94: 2007-2010.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 368: 946-55.
- Henningsen P, Schickel S. Begutachtung bei Schmerz und somatoformen Erkrankungen. In Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R, Freyberger HJ, Irle H, Köllner V, Widder B. Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Autorisierte Leitlinien und Kommentare Bern: Hans Huber 2012. p.267-283.
- Henningsen P. Schmerzen und funktionelle Körperbeschwerden. In: Angerer P et al.(Hrsg). Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit: Wissenschaft , Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin. Heidelberg: ecomed Medizin 2014; S. 156-168.
- Jeger J. Die Entwicklung der „Förster-Kriterien“ und ihre Übernahme in die bundesgerichtliche Rechtsprechung: Geschichte einer Evidenz. *Jusletter* 16.5.2011.
- Katen W, Lin E, Von Korff M, Russe J, Lipscomb P, Bush T. Somatization : a spectrum of severity . *Am J Psychiat*. 1991;148:34-40.

Keller MB, Klein DN, Hirschfeld RM, Kocsis JH, McCullough JP, Miller 1, First MB, Holzer CP 3rd, Keitner GI, Marin DB, et al. Results of the DSM-IV mood disorders field trial. Am J Psychiatry. 1995; 152:843-9.

Kroenke K. Somatization in primary care: it's time for parity. Gen Hosp Psychiatry. 2000; 22:141-3.

Leitlinien:

a AWMF-S3-Leitlinie „Umgang mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“:

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>

b AWMF-S2k-Leitlinie „Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen“:

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-029.html>

c AWMF-S2k-„Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen“:

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-102.html>

Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Seheilberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. Gen Hosp Psychiatry 2008; 30: 191-9.

Marelli R, Kopp HG, Küchenhaff J. Multidimensionale Beurteilung somatoformer Störungen im versicherungspsychiatrischen Kontext. SANP 2010;161 : 117-27.

Mosimann HJ. Perspektiven der Überwindbarkeit Zur Schmerzrechtsprechung des Bundesgerichts . Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge 2014; 58: 185-220.

Schäfer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Klinische Leitlinie: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. Dtsch Arztebl Int. 2012;109 :803-13.

Sharpe M, Stone J, Hibberd C, Warlow C, Duncan R, Goleman R, Roberts R, Cull R, Pelosi A, Cavanagh J, Matthews K, Goldbeck R, Smyth R, Walker A, Walker J, MacMahon A, Murray G, Carson A. Neurology out-patients with symptoms unexplained by disease: illness beliefs and financial benefits predict 1-year outcome. Psychol Med. 2010; 40: 689-98.

Simms LJ, Prisciandaro JJ, Krueger RF, Goldberg DP. The structure of depression, anxiety and somatic symptoms in primary care. Psychol Med. 2012; 42:15-28.

Slick DJ, Sherman EM, Iverson GL Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: proposed standards for clinical practice and research. Clin Neuropsychol. 1999; 13:545-61.

Spence SA, Crimlisk HL, Cope H, Ron MA, Grasby PM. Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. Lancet. 2000; 355:1243-4.

Tomenson B, Essau C, Jacobi F, Ladwig KH, Leiknes KA, Lieb R, Meinschmidt G, McBeth J, Rosmalen J, Rief W, Sumathipa/a A, Creed F; EURASMUS Population Based Study Group. Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. Br J Psychiatry. 2013 203 373-80.

Tracey I, Mantyh PW. The cerebral signature for pain perception and its modulation. Neuron. 2007; 55: 377-91.

Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? Lancet. 1999; 354: 936-9.

Weizsäcker V v. Über den Begriff der Arbeitsfähigkeit (1931) . In: Gesammelte Werke Bd. 8 Frankfurt. Suhrkamp.

Widder B, Dertwinkel R, Egle UT, Foerster K, Schiltenswolf M. Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen. Psychotherapeut 2007; 52: 334-34.