

Principes fondamentaux de l'appréciation médicale de l'exigibilité et de la capacité de travail. 2^e partie



Michael Oliveri^a, Hans Georg Kopp^a, Klaus Stutz^b, Andreas Klipstein^c, Jürg Zollikofer^d

^a Clinique de réadaptation Bellikon, ^b Médecine des assurances, Suva Lucerne, ^c Service de Rhumatologie, Hôpital Universitaire Zurich,

^d Ossingen (cabinet médical), Président de la Société Suisse des Médecins-Conseils (SSMC)

Quintessence

● Une amplification des symptômes¹ ou un comportement dysfonctionnel non maladif se constate fréquemment en cas de problèmes de santé de longue durée assortis d'une incapacité de travail. Une amplification des symptômes est caractérisée par les cinq manifestations suivantes, qui sont plus ou moins développées suivant les cas: 1. description vague de symptômes constitués par des douleurs vives, éventuellement très étendues – topographiquement parlant – ou par d'autres plaintes, ainsi que 2. présentation d'un handicap lourd (les points 1 et 2 ne sont pas vraiment plausibles, si l'on tient compte des données objectives des examens et du diagnostic); 3. fixation sur les symptômes et éventuellement profit tiré de la maladie; 4. niveau de participation (disposition à faire un effort) insuffisant et autolimitation ainsi que 5. incohérence.

● Une capacité de charge diminuée subjectivement en raison d'une amplification des symptômes non malade ne justifie pas une diminution correspondante de la capacité de travail et de l'exigibilité. En principe, on est en droit d'attendre que le patient entreprenne lui-même ce qui est nécessaire à l'amélioration de ses capacités fonctionnelles pour permettre une réinsertion optimale dans le milieu professionnel (obligation de contribuer à la diminution du dommage). Il n'est pas exclu que l'on mette en évidence en toile de fond une atteinte à la santé et un handicap plausibles, en plus d'une amplification des symptômes et d'une autolimitation.

● L'appréciation de la capacité de travail et de l'exigibilité n'ont alors qu'à tenir compte exclusivement de cet aspect clinique plausible de l'ensemble du problème de santé et du handicap.

● L'appréciation d'une limitation éventuelle de la capacité à fournir un effort de volonté – consécutive à une affection psychiatrique malade – relève de la compétence d'un psychiatre. Celui-ci effectue son appréciation sur la base de critères psychiatriques et psychosociaux.

● Un trouble somatoforme malade doit être distingué soigneusement d'une amplification des symptômes (banale) – d'après l'expérience dont nous disposons, le diagnostic de trouble somatoforme est posé trop fréquemment.

● Un diagnostic psychiatrique ne constitue pas *en lui-même* un motif suffisant pour limiter la capacité de travail ou l'exigibilité. La détermination de l'exigibilité se fonde sur l'importance du handicap et sur des considérations ayant trait au pronostic.

1 Le terme «amplification des symptômes» correspond à la notion «Symptomausweitung» ou «symptom magnification». Il a été utilisé aussi dans plusieurs décisions du tribunal fédéral des assurances.

Appréciation de l'exigibilité en cas d'amplification des symptômes et de l'insuffisance de la coopération et du niveau de participation

Nous l'avons déjà mentionné dans nos propos sur l'exigibilité et l'obligation de contribuer à la réduction du dommage: l'appréciation de l'exigibilité concernant la coopération, le niveau de participation (disposition à faire un effort) et l'attitude face à la maladie se réfère à un comportement que l'on peut qualifier de normal. En fait, il s'agit d'apprécier les handicaps fonctionnels effectifs. Des plaintes et l'affirmation ou la démonstration d'une limitation du rendement disproportionnées – médicalement inexplicables – ne doivent per se pas entraîner une exigibilité plus faible (par contre, les troubles psychiatriques malades doivent être pris en compte de manière appropriée selon chapitre suivant). La plausibilité de l'importance des plaintes formulées et de la restriction du rendement démontrée doit être remise en question s'il y a amplification des symptômes¹ et autolimitation. A l'inverse, un niveau de participation et une cohérence élevés (lors de l'anamnèse, de l'examen clinique, de tests fonctionnels ou de traitements) parlent en faveur de la plausibilité des handicaps présentés et examinés, notamment dans les cas où aucune atteinte à la santé notable n'a pu être mise en évidence par les examens cliniques habituels.

Une amplification des symptômes est souvent associée à une incapacité de travail prolongée, mais elle peut également se manifester très tôt après un accident ou au début d'une maladie.

La notion d'«amplification des symptômes» n'est ni un diagnostic, ni une entité nosologique. Elle ne fait que décrire un phénomène susceptible de faire l'objet d'une évaluation en s'aidant des 5 domaines d'observation suivants:

1. Description des symptômes:

- douleurs d'intensité vive avec irradiation topographique disproportionnée, non plausible d'un point de vue clinique;
- description des symptômes non différenciée et imprécise ne suggérant pas un tableau clinique défini;

Summary

Basics of medical assessment of work capacity. Part 2

● *Symptom magnification resp. abnormal illness behavior without diagnostic significance of illness is found quite often in ongoing disorders with working disability. Symptom magnification is characterised by the following five more or less pronounced characteristics: 1. undifferentiated symptom description with intense and possible topographically wide spread pain or other symptoms as well as 2. presentation of high degree of disability – both not plausible to the reported resp. demonstrated extent (based on clinical findings and diagnosis); 3. focussing attention on the symptoms and possibly recognisable secondary gain of illness; 4. poor effort resp. self limitation and 5. inconsistency.*

● *A (subjective) reduced strain tolerance due to symptom magnification without diagnostic significance of illness does not qualify for the certification of reduced work capacity/ability: the patient is expected to take the necessary steps to improve his work capacity and foster his optimum vocational integration (duty to avert, minimise or mitigate loss). If behind an important symptom magnification behaviour also a nucleus of a plausible medical disorder with reasonable disability is found, the estimation of work capacity/ability should only consider this reasonable part of disability (theoretically based on the medical findings).*

● *On the other hand, if a significant psychiatric disease is present, the limitation in the effort of will/determination has to be evaluated by a psychiatrist based on psychiatric and psychosocial criteria.*

● *Somatoform disease has to be distinguished carefully from (banal) symptom magnification – according to our experience, the diagnosis of somatoform disease is made to often.*

● *A psychiatric diagnosis is per se not yet a reason for a limitation of work capacity. Such a limitation should be estimated on the basis of the extent of interference with daily life and of prognostic considerations.*

- ignorance des mécanismes ou des circonstances accentuant ou atténuant les symptômes, pas de stratégie de maîtrise des symptômes;
- échec de tous les traitements – pas d'attitude positive.

2. Handicap fonctionnel:

- importance disproportionnée du handicap fonctionnel, pas de plausibilité d'un point de vue clinique;
- comportement marqué d'évitement et d'épargne.

3. Rôle social des symptômes:

- délégitimation du contrôle de l'environnement personnel et du futur existentiel aux symptômes: le centre de l'existence est constitué par les symptômes, le patient est emprisonné dans un monde de symptômes;
- avantage social, profit tiré de la maladie (par ex. profit de nature financière, obtention de plus d'attention et de protection).

4. Niveau de participation:

- niveau de participation insuffisant et autolimitation vérifiés dans les tests d'effort ou les programmes d'entraînement: le patient inter-

rompt très rapidement sa participation aux tests ou aux exercices d'entraînement, avant même l'apparition de signes d'efforts ou de limites fonctionnelles, par ex. contraction musculaire, mouvements d'évitement, capacité de stabilisation insuffisante ou accélération des pulsations cardiaques:

- pas de disposition à tolérer des efforts pourtant adaptés à des problèmes de santé et exigeables;
- manque de coopération, respect insuffisant des consignes;
- parfois réactions d'évitement très démonstratives.

5. Cohérence:

Incohérence concernant:

- les données de l'anamnèse;
- les examens cliniques;
- le comportement lors des tests d'effort ou des programmes d'entraînement.

L'amplification des symptômes n'est pas confirmée par telle ou telle observation isolée, mais par la somme de différentes observations appartenant à plusieurs des domaines cités.

Une amplification des symptômes indique que des éléments importants de la symptomatologie et des handicaps fonctionnels ont – partiellement au moins – une étiologie non organique. Il s'agit souvent d'une peur de l'effort ou des sollicitations en raison d'une détérioration de la santé que l'on redoute ou peur d'une aggravation de douleurs préexistantes ou d'un diagnostic grave à l'origine de ces douleurs. Une telle crainte est généralement associée à un comportement d'évitement et d'épargne, qui devient de plus en plus indépendant et se consolide au fil du temps par la force de l'habitude. Par conséquent, le patient n'est pas actif, mais il adopte une attitude passive et d'attente de la guérison. L'accentuation ou le renforcement social de ce comportement erroné joue un rôle capital dans la genèse et la consolidation d'une amplification des symptômes. On entend par là les attitudes ou les conduites suivantes: une médicalisation excessive du problème (nombreux examens médicaux et interventions effectués pour des affections plutôt banales); des explications médicales inadéquates (par ex. «On voit une lésion discale tout à fait nette sur cette radiographie.»); des traitements constitués essentiellement de mesures passives et de conseils encourageant le patient à se ménager et à éviter les efforts; trop d'attention et de soutien au rôle de malade; un comportement protecteur excessif et un «syndrome d'aide» de la part des proches; une absence de la possibilité d'une reprise progressive du travail («Ne revenez que quand vous pourrez travailler à 100%.») ou une menace de licenciement; une communication inadéquate avec le patient (qui ne se sent pas pris au sérieux) ou un traitement

inapproprié du cas par l'assurance. Il n'est pas rare aussi qu'un profit tiré de la maladie – plus ou moins conscient – joue un rôle important [14, 15], si la constellation psychosociale s'y prête et si la durée des handicaps ou de l'incapacité de travail se prolonge.

On diagnostique parfois un trouble psychique (dépression, trouble anxieux, trouble somatoforme ou trouble de conversion) en toile de fond d'une amplification des symptômes détectée tout d'abord par des observations. Dès lors, on ne fait plus référence à une amplification des symptômes, mais bien à ce diagnostic psychiatrique et à ses conséquences. En fin de compte, la notion d'«amplification des symptômes» se définit comme une adaptation inadéquate ou bien un comportement dysfonctionnel sans trouble psychiatrique maladif. C'est dans ce sens que nous l'utiliserons par la suite.

Quelles conséquences faut-il attendre de la constatation d'une amplification des symptômes et d'une autolimitation? Il s'agit tout d'abord d'évoquer les possibilités de traiter ce trouble du comportement avant d'apprécier l'exigibilité de manière définitive, avec des conséquences à la clé qui relèvent de la médecine des assurances. Une thérapie comportementale intégrée dans un programme de réadaptation peut s'avérer bénéfique pour traiter une amplification des symptômes. Il faut cependant que le processus de chronicisation ne soit pas trop avancé et que l'espoir d'un profit tiré de la maladie ne motive pas essentiellement ce comportement dysfonctionnel [22, 23]. Avant d'envisager un traitement, les questions suivantes s'imposent:

- Quelle a été l'évolution de ce problème de santé jusqu'à aujourd'hui?
- Des circonstances extérieures (par ex. prise en charge maladroite du patient par les médecins ou les assurances) ont-elles favorisé l'amplification des symptômes?
- Un essai de réadaptation approprié et de durée suffisante a-t-il eu lieu dernièrement? Si tel a été le cas, comment le patient s'y est-il comporté?

Une tentative de réadaptation doit être proposée et mise en route au cas où l'amplification des symptômes ne semble pas encore avoir été traitée définitivement. Il faut savoir qu'en général le *cercle vicieux* suivant s'est installé: *douleurs* → *comportement d'épargne excessif* → *déconditionnement et perte d'aptitudes* → *diminution de la tolérance physique et psychique* → *d'avantage de douleurs* → etc. Par conséquent, la période de réadaptation doit être en général plus intensive et plus longue si la chronicisation s'est installée avec une amplification des douleurs. Une telle réadaptation doit satisfaire aux critères suivants: avoir un but précis, viser l'augmentation des performances, être stricte et accompagnée d'un soutien psychologique en cas de nécessité. En effet,

on ne peut attendre d'un séjour de «bien-être» – comprenant des traitements essentiellement passifs et peu d'entraînements stimulants – qu'il conduise un patient à corriger ses convictions et son comportement dysfonctionnels pour acquérir de nouvelles expériences. Il est donc important qu'un centre de réadaptation soit choisi tout d'abord en fonction des critères de qualité déjà mentionnés. Pour que les chances de succès soient réelles, le patient doit en premier lieu être motivé (il doit au moins être prêt à s'engager vraiment dans le programme qu'on lui propose; il lui faut également tolérer les éventuels désagréments et douleurs apparaissant pendant ou après les efforts exigibles dans le cadre des exercices). Le patient doit aussi viser des progrès réguliers et mesurables pendant la durée du programme. La réadaptation doit être interrompue prématurément si aucun progrès n'a été constaté de manière répétée et si l'absence d'amélioration n'a pas d'explication de nature médicale. Il faut préciser, le cas échéant, que l'assuré a failli à son obligation de contribuer à réduire le dommage, puis apprécier l'exigibilité de manière définitive. En présence d'une amplification des symptômes s'avérant résistante aux traitements, notre appréciation prendra comme point de départ un état qui aurait pu être atteint avec un niveau de participation normal et à l'aide des traitements exigibles proposés précédemment. Dans ces situations, la capacité fonctionnelle exigible ne peut être estimée sur la seule base des données de l'anamnèse et des résultats des tests d'effort effectués en raison de l'amplification des symptômes et de l'autolimitation. Il faut donc recourir dans les rapports médicaux à des formules telles que «d'un point de vue médical théorique, les examens médicaux effectués et les diagnostics posés ne motivent aucune limitation fonctionnelle significative» ou «..., l'importance des limitations fonctionnelles présentées ne peut être suffisamment motivée». Disposant d'une évaluation médicale et fonctionnelle complète, les instances responsables (assurances, juge) possèdent finalement les éléments suivants pour apprécier l'exigibilité: 1. des informations concernant ce que le patient est disposé à faire; 2. des informations concernant la capacité de rendement: le niveau constaté ne peut pas être considéré comme une mesure crédible et valable des activités exigibles (en raison de l'incohérence et de l'autolimitation); il faut s'attendre à des performances réelles plus élevées; 3. des informations concernant les limitations: comment les apprécier d'un point de vue médical théorique. Si des troubles psychiatriques permettent d'expliquer totalement ou partiellement le comportement anormal face à la maladie, il faut en tenir compte dans l'appréciation (voir prochain chapitre).

Nous ne le soulignerons jamais assez, il est absolument indispensable de présenter les faits et les observations rassemblés avec une grande mi-

nutie et de manière exhaustive surtout si l'on est confronté à un manque de coopération, à un niveau de participation médiocre et à des données incohérentes. Il s'agit de manifester à la fois une très grande correction vis-à-vis du patient et de donner une assise solide et crédible à un avis lourd de conséquences sur le plan juridique.

Appréciation de l'exigibilité en cas de troubles psychiques

Les troubles psychiques qui doivent faire l'objet d'une appréciation interdisciplinaire de l'exigibilité appartiennent souvent aux domaines de la dépression, de l'anxiété et de la somatisation. De quelle manière l'exigibilité y est-elle diminuée? Principalement en raison de l'inhibition dépressive de la volonté, de l'indécision et de la perte d'énergie; également par des troubles anxieux avec leur comportement d'évitement; indirectement par des troubles somatoformes avec un vécu dépressif et/ou anxieux de la symptomatologie physique et psychique. Au cours d'une chronicisation, il se développe parfois un phénomène d'amplification des douleurs avec un abaissement considérable du seuil de tolérance. Vouloir maîtriser activement les douleurs ne suffit plus, résignation et passivité se développent face à la souffrance non maîtrisée.

La diminution de l'aptitude à manifester la volonté nécessaire à la maîtrise de la symptomatologie et des handicaps fonctionnels est fonction de l'importance du trouble psychique donné. Quels sont les facteurs généralement déterminants pour l'appréciation de l'exigibilité? Il s'agit de la gravité et de l'ampleur des troubles psychiques, de leurs conséquences sociales et pratiques (qui sont également liées à d'éventuelles comorbidités) et du degré de chronicisation. Les ressources qui sont à disposition du patient et qui lui permettent de faire face aux difficultés psychologiques doivent également être prises en considération.

Sans nul doute, il peut s'avérer nécessaire de tenir compte des interactions qui se développent entre les troubles psychiques particuliers et la situation professionnelle. Par exemple, une dépression perturbe beaucoup plus l'exercice d'un métier où l'activité créatrice prédomine qu'un travail manuel de routine; d'autre part, on ne peut exclure que les victimes d'un traumatisme psychique se retrouvent dans des situations qui éveillent le souvenir du traumatisme. Leur fonctionnement s'en trouve alors perturbé.

Difficultés liées au diagnostic d'un trouble psychique maladif lors de douleurs chroniques

La formulation d'une exigibilité et les différentes étapes qui la constituent sont irréalisables sans une appréciation particulièrement minutieuse. Cette appréciation doit permettre de savoir si des

symptômes psychologiques particuliers sont réellement à considérer comme des troubles psychiques maladifs. L'une des grandes difficultés que l'on rencontre dans l'évaluation de patients souffrant de douleurs est la suivante: comment différencier une situation banale de maîtrise insuffisante des douleurs (c.-à-d. une amplification des symptômes avec des convictions et des comportements dysfonctionnels non maladifs) d'un trouble somatoforme douloureux (maladif)? Les deux situations présentent des caractéristiques communes: douleurs très vives et préoccupantes (nettement disproportionnées par rapport à ce que laissent supposer les constatations des examens médicaux), limitations fonctionnelles également disproportionnées par rapport à la pathologie organique, difficultés psychosociales (les patients souffrant de douleurs chroniques sont pour la plupart confrontés à des problèmes sociaux et psychiques). Selon toute probabilité, le diagnostic d'un «trouble somatoforme douloureux» est donc trop souvent posé. La problématique liée à cette distinction sera développée plus en détail par la suite.

Le diagnostic des troubles psychiques au sens strict repose sur des critères psychiatriques classiques, c.-à-d. sur un mode descriptif-syndromal d'après l'ICD-10. Pour ce qui est des troubles somatoformes, l'ICD-10 prend cependant ses distances à l'égard de ce mode syndromal. Deux points particuliers sont concernés:

Tout d'abord, l'ICD-10 exige que les symptômes physiques ne puissent être expliqués «suffisamment» par une pathologie organique (exclusion d'un trouble physique) pour que le diagnostic d'un trouble somatoforme puisse être posé. Bien que son importance pratique ne soit pas mise en doute, ce critère ne peut cependant prétendre à une validité absolue pour les raisons suivantes:

- Certains symptômes somatiques sont généralement difficiles à appréhender avec les techniques diagnostiques habituelles. L'exemple des céphalées est particulièrement illustratif à cet égard. Si les démarches diagnostiques courantes ne nous ont pas permis de mettre en évidence de cause somatique, il ne nous est pas permis d'en conclure automatiquement qu'elle n'existe pas. Il arrive également parfois qu'une origine somatique des symptômes n'ait tout simplement pas encore été découverte par les examens déjà effectués. Prenons un exemple: écrasé par la roue d'un tracteur, un ouvrier forestier a été victime d'un traumatisme abdominal. Par la suite, il a souffert pendant de longues années de crises aiguës de douleurs abdominales, bien localisées, de brève durée et particulièrement violentes. Ce problème de santé a été considéré comme étant de nature psychosomatique, aucune pathologie organique n'ayant été découverte pouvant expliquer ces douleurs. Le patient en a été très affecté d'un point de vue psycholo-

gique. Après plusieurs années, un médecin nouvellement installé a été consulté. Dans son diagnostic, il a fait état d'une suspicion d'angine abdominale s'expliquant par une sténose post-traumatique d'une petite artère abdominale suscitant des crises douloureuses semblables à celle d'un véritable angor. Après avoir subi examens et traitement adéquats, ce patient a pu être guéri.

- L'étendue du vécu subjectif des symptômes peut se situer dans un contexte psychiatrique, même si les symptômes physiques sont en partie explicables d'un point de vue somatique. Dans la pratique clinique quotidienne, nous sommes confrontés régulièrement à de très nombreux patients algiques, présentant à la fois une «fraction somatique» (plus ou moins importante) et une caractéristique somatoforme de leur douleur. Distinguer l'une de l'autre, savoir laquelle de deux affections prédomine est souvent extrêmement difficile, voire impossible.
- Le point de vue faisant intervenir la dichotomie «corps ou psyché» est de plus en plus mis en cause à l'heure actuelle. Des travaux de recherche se penchent aujourd'hui sur la relation entre processus mentaux et somatiques et ils étudient les mécanismes physiologiques d'adaptation à la douleur dans le cerveau et la moelle épinière. Il n'est pas exclu que ces mécanismes représentent le substrat somatique expliquant la chronicisation des états algiques.

Comme nous l'avons précisé au chapitre «Amplification des symptômes», une description précise de symptômes bien délimités, un niveau de participation élevé et de la cohérence parlent plutôt en faveur d'une origine somatique de la symptomatologie, même si les examens médicaux effectués n'ont pas été concluants à cet égard.

En outre, l'ICD-10 exige un autre critère diagnostique pour les troubles somatoformes: il s'agit de conflits émotionnels ou de problèmes psychosociaux qui doivent être suffisamment importants pour être pris en considération comme facteurs étiologiques déterminants – et constituer ainsi la preuve positive d'une étiologie psychogène. Pourtant, dans les situations concrètes, cette recherche d'un facteur étiologique psychique reste souvent d'ordre spéculatif. L'exploration psychiatrique doit mettre en évidence le «but» éventuel de nature psychosociale des symptômes présentés («profit tiré de la maladie»). Celui-ci pourrait témoigner d'un contexte psychosomatique de la symptomatologie. Un tel «but» psychosomatique de la souffrance doit-il également être considéré comme étiologique et dans quelle mesure? Cette question reste très théorique et sa réponse n'est pas toujours évidente.

Dans la pratique médicale, c'est plutôt un abord «athéorique» qui a fait ses preuves en raison des

difficultés évoquées précédemment (une symptomatologie apparemment somatique est-elle la manifestation d'un trouble somatoforme?). Henningsen propose dans ce sens un modèle pluridimensionnel basé sur des éléments positifs et constitué de plusieurs niveaux: un premier niveau consacré aux symptômes comporte trois axes (symptomatologie somatoforme, dépressive et anxieuse) complété et chapeauté par un niveau supérieur d'élaboration de la maladie (de nature dysfonctionnelle éventuellement et importante d'un point de vue thérapeutique) [24]. L'association de ces trois axes symptomatiques est importante et elle se réfère au modèle du stress et de ses réactions; elle s'explique par la comorbidité élevée de la dépression et/ou de l'anxiété avec des symptômes somatoformes. Une telle comorbidité péjore les pronostics des traitements et elle aggrave les limitations fonctionnelles et les handicaps [25]. En outre, des symptômes somatoformes sont souvent associés les uns aux autres (présentation de symptômes «multi-somatoformes», la douleur n'étant pas la seule manifestation somatoforme). L'ensemble de ces critères associés avec d'éventuels traumatismes existentiels contribuent au processus de différenciation dont nous avons parlé plus haut [26]. Concrètement, on dispose ainsi des instruments qui nous permettent de savoir si la symptomatologie présentée (douleurs, mais également vertige, fatigue ou autres symptômes végétatifs) est à ranger dans la catégorie des troubles somatoformes. Dans ce cas, ces symptômes correspondent à un trouble psychique au sens strict du terme. Des troubles psychiques comorbides (anxiété et/ou dépression) ou d'autres troubles comorbides somatoformes (affections cardiaques, circulatoires, respiratoires, gastro-intestinales, le côlon irritable en particulier) qui ne sont pas explicables par une pathologie organique sont également suggestifs de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Le tableau 4 ☞ opère la distinction entre amplification des symptômes et trouble somatoforme en faisant appel à cette option pluridimensionnelle et à notre propre expérience.

Dans de nombreux cas, les caractéristiques énumérées ci-dessus permettent de distinguer l'amplification des symptômes du trouble somatoforme. Toutefois, le diagnostic de trouble somatoforme relève de la compétence d'un psychosomaticien ou d'un psychiatre expérimenté.

Ce diagnostic donne également l'occasion d'envisager des options psychothérapeutiques spécifiques.

L'ICD-10 évoque une autre forme de somatisation: il s'agit du tableau clinique évoquant le trouble de conversion. A la différence du trouble somatoforme douloureux, un bénéfice résultant de la maladie appelé primaire (le patient n'en a pas conscience) est souvent plus au moins ostensible, et la souffrance semble être plutôt légère (vécu d'un sentiment de détachement, impression

Tableau 4. Différences entre l'amplification des symptômes non maladifs et le trouble somatoforme.

	Amplification des symptômes	Trouble somatoforme
Nature des symptômes, observations		
Explication somatique des symptômes	Insuffisante	Pas d'explication ou explication insuffisante
Description des symptômes	Sur un ton souvent dramatique et démonstratif (extériorisation) Plaintes permanentes exprimées souvent sur un ton accusateur (le médecin est coupable il ne guérit pas la douleur)	Les patients insistent aussi sur la gravité des problèmes, mais souvent avec une certaine retenue (intériorisation) Sentiment de désespoir, de pesanteur
Poids de la souffrance manifeste	Non / situation souvent floue	Oui Souvent ruminant de représentations de la maladie Souvent demande insistante d'examen supplémentaires Occasionnellement crainte ou croyance préoccupante d'être atteint d'une maladie, fondée sur une interprétation erronée de certaines sensations
Coopération et niveau de participation (disposition à faire un effort)	Niveau de participation en général insuffisant Incohérences assez frappantes Attitude souvent revendicatrice Pas d'initiative individuelle Volonté de coopération insuffisante	Fixation sur les symptômes, incohérence parfois, mais souvent bonne volonté. Le patient donne l'impression de faire tout son possible
«But» psychosocial des symptômes («profit tiré de la maladie»)	«But» recherché souvent discernable (attitude plus ou moins consciente)	Pas de recherche manifeste (si oui: en général inconsciente)
Comorbidités		
Autres troubles psychiques tels que troubles anxieux, dépression	En général aucun	Fréquents
Autres troubles somatoformes (par ex. problèmes cardiaques, circulatoires, respiratoires, gastro-intestinaux)	Plutôt rares	Plutôt fréquents
Traumatismes existentiels	Plutôt rares	Fréquents

d'être un observateur extérieur de son propre fonctionnement: «belle indifférence»).

Aucune diminution de l'exigibilité ne peut généralement être attestée d'un point de vue psychiatrique dans la situation suivante: on ne constate pas de trouble psychique maladif, mais des douleurs qui n'ont que peu d'éléments vérifiables d'une pathologie organique sous-jacente et qui sont associées à des modes d'élaboration dysfonctionnels (inactivité disproportionnée avec autolimitation, incohérences et délégation de responsabilité) – en d'autres termes, seule la constatation d'une amplification des symptômes entre en ligne de compte. Selon l'ICD-10, le diagnostic psychiatrique d'une telle «amplification des symptômes» serait à ranger dans la catégorie «facteurs psychologiques et comportementaux dans des pathologies classées ailleurs».

Problématique de la quantification d'une diminution de l'exigibilité pour des raisons psychiques

Le diagnostic de trouble psychique représente bien évidemment une étape importante de l'appréciation psychiatrique de l'exigibilité; cepen-

dant, ce diagnostic ne motive pas à lui seul une diminution de la capacité de travail ou de l'exigibilité. Une fois diagnostiqué, le trouble psychique (par ex. trouble somatoforme, trouble anxieux, dépression) doit être quantifié; il s'agit d'évaluer tant les conséquences sociales que les perspectives évolutives à long terme de l'exigibilité. Seule une telle analyse débouchera sur une estimation de l'exigibilité valable à très long terme. L'appréciation doit aussi faire état des possibilités de traitement du trouble psychique et proposer – le cas échéant – de procéder à une tentative thérapeutique avant la décision finale. Les considérants du Tribunal fédéral des assurances [6] qui se rapportent à cette thématique sont les suivants: en cas de problématique douloureuse, une invalidité ne peut généralement être accordée que si un rapport de causalité hautement probable peut être établi avec une atteinte à la santé biopsychique notamment avec un trouble psychique maladif dûment diagnostiqué par un spécialiste. En cas de trouble psychique, la symptomatologie psychiatrique doit être d'autant plus marquée que des facteurs psychosociaux et socioculturels sont importants (on

pourrait ajouter: dans les cas où il n'est pas «seulement» question d'une amplification des symptômes). Pour les troubles somatoformes douloureux, Meyer [6] précise (à notre avis, ces remarques valent également pour d'autres troubles somatoformes): d'autres éléments sont nécessaires pour confirmer le caractère insurmontable (à savoir la diminution de l'exigibilité d'un effort de volonté suffisant) associé à un tel trouble somatoforme: une comorbidité psychiatrique (par ex. une dépression grave) ou d'autres critères de chronicisation et importants définis par Foerster [cité dans 6:80ff.]. Foerster a défini ces critères pour les expertises médicosociales des troubles psychiques en partant du chapitre F4 de l'ICD-10. Ces critères s'appliquent aux points suivants: structure de la personnalité, éléments de comorbidité psychiatrique, mais également présence d'affections corporelles comorbides, évolution allant jusqu'à une perte d'intégration sociale consécutive à la maladie psychique (dans le sens d'un «isolement social confirmé»), présence d'un trouble psychique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable de la

symptomatologie inchangée ou progressive, profit tiré de la maladie, échecs de traitements ambulatoires et hospitaliers conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements) en dépit de l'attitude coopérative du patient.

Ces critères aident ainsi à définir l'ensemble et la gravité de la situation psychique, ses conséquences sociales et son pronostic. L'estimation du psychiatre doit faire état (une certaine liberté de jugement étant évidemment garantie) des éléments et des données qui sont à l'origine de sa conclusion, celle d'un trouble psychique notable; il doit en outre préciser en quoi consistent les conséquences de cette pathologie et l'illustrer – si possible – par des exemples parlants et des renseignements concrets de tierces personnes portant sur l'existence habituelle du patient. Il doit enfin pouvoir dire si l'ensemble des éléments se concrétise en un tableau cohérent. Les juristes ou les tribunaux sont alors en mesure de comprendre le mieux possible l'appréciation psychiatrique et l'exigibilité qui en découle ou de la prendre en considération sous un angle différent.

Références

Vous trouverez les références 1–21 dans la première partie de cet article.

- 22 Matheson LN. Getting a handle on motivation: self-efficacy in rehabilitation. In: Isernhagen SJ, ed. *The comprehensive guide to work injury management*. Gaithersburg, MD: Aspen; 1995. p. 514–42.
- 23 Oliveri M. Work Conditioning und Work Hardening. In: Hildebrandt J, Müller G, Pflingsten M, eds. *Lendenwirbelsäule. Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen*. München: Urban & Fischer bei Elsevier; 2005.
- 24 Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 2003;65:528–33.

- 25 de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:470–6.
- 26 Henningsen P. Die Psychosomatik des chronischen Kreuzschmerzes. Klassifikation, Ätiologie und Therapie. [The psychosomatics of chronic back pain. Classification, aetiology and therapy]. *Orthopäde* 2004;33:558–67.

Correspondance:
Dr Michael Oliveri
Division de réadaptation
professionnelle
Clinique de réadaptation
de Bellikon
CH-5454 Bellikon
michael.oliveri@rehabellikon.ch