

## Annexe VI : Indicateurs standards en détail

3/16

Nota bene : l'application de la liste des indicateurs doit toujours tenir compte des circonstances du cas particulier ; il ne s'agit pas d'une checklist où il suffit de cocher des rubriques (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

A. Catégorie « degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle »	
a. Complexe « atteinte à la santé »	
i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée aident à ne pas séparer les limitations fonctionnelles dues à cette atteinte des conséquences (directes) de facteurs non assurés.</li> <li>• Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic.</li> <li>• Les motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49 doivent être pris en considération. En règle générale, il n'existe pas d'atteinte à la santé assurée lorsque la limitation des capacités fonctionnelles repose sur une exagération ou sur une manifestation similaire. Des indices d'un tel comportement ou d'un bénéfice secondaire de la maladie sont présents par exemple lorsque :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- il existe une divergence considérable entre les douleurs décrites par l'assuré et son comportement ou l'anamnèse ;</li> <li>- des douleurs intenses sont alléguées, mais que leur caractérisation reste vague ;</li> <li>- l'assuré ne suit aucun traitement médical ni aucune thérapie ;</li> <li>- des plaintes formulées avec ostentation paraissent peu crédibles aux yeux de l'expert ;</li> <li>- de sérieuses limitations affectant le quotidien sont invoquées, mais que l'environnement psychosocial demeure largement intact.</li> </ul> </li> </ul> <p>Si, dans le cas particulier, il est clair que ces motifs d'exclusion ne permettent pas d'admettre une atteinte à la santé, il n'existe a priori aucune base pour une rente d'invalidité, même lorsque les critères de classification d'un trouble somatoforme douloureux sont présents (cf. art. 7, al. 2, 1<sup>re</sup> phrase, LPGA).</p> <p>Lorsque les indices en question apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante, leurs effets doivent être évalués en tenant compte de l'exagération de l'assuré.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La gravité de l'évolution de la maladie doit être rendue plausible à l'aide de tous les éléments disponibles provenant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic. En particulier,</li> </ul>

	<p>la description du trouble somatoforme douloureux faite dans la CIM 10, ch. F45.4, met en évidence des facteurs étiologiques : la caractéristique du trouble est qu'il survient « dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux » qui jouent le rôle principal pour le début, le degré de gravité, l'exacerbation ou le maintien des douleurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les conclusions sur le degré de gravité ne doivent plus être tirées de la notion de bénéfice primaire de la maladie.</li> </ul>
ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, indique un pronostic négatif. Si par contre le traitement demeuré sans résultat ne correspond pas (ou plus) à l'état actuel de la médecine ou apparaît inapproprié dans le cas d'espèce, il n'y a rien à en tirer en ce qui concerne le degré de gravité du trouble.</li> <li>• Des troubles psychiques du type qui nous intéresse ici ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et qu'ils ne peuvent pas (ou plus) être traités médicalement.</li> <li>• En cas de maladie de relativement courte durée – qui n'est donc pas encore devenue vraiment chronique –, il devrait en général exister encore des options thérapeutiques et une résistance au traitement devrait donc être exclue. Cela montre que la question de l'évolution d'un trouble somatoforme douloureux (« durable ») vers un état chronique n'est la plupart du temps pas très utile pour juger du degré de gravité : sans une accentuation de la douleur à long terme, une incapacité de travail invalidante n'est guère imaginable ; il en va déjà de même pour le diagnostic.</li> <li>• Au reste, pour autant qu'il faille admettre que le recours à des thérapies et le fait de se montrer coopérant sont dus à la présence ou à l'étendue des souffrances perçues, il en va de la cohérence des effets d'une atteinte à la santé.</li> </ul>
iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical, mais aussi de la réadaptation au sens juridique. En effet, comme le traitement médical raisonnablement exigible (qui, sous réserve de l'art. 12 LAI, n'est pas à la charge de l'assurance-invalidité) engage l'assuré à pourvoir en quelque sorte à sa propre réadaptation, celui-ci doit, sur le plan professionnel, se réadapter en principe lui-même avant de participer, si cela est indiqué, à des mesures de réadaptation et de réinsertion (art. 8 s. et 14 ss LAI). Lorsque de telles mesures entrent en considération après une évaluation médicale mais que la personne demandant une rente n'y participe pas, cela est considéré comme un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui a échoué malgré une coopération optimale peut être significative dans le cadre d'un examen global prenant en compte les circonstances individuelles du cas d'espèce.</li> </ul>

iv. Comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La comorbidité psychique n'est plus prioritaire de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, notamment en tant que baromètre pour savoir si elle prive l'assuré de certaines ressources.</li> <li>• Les anciens critères de « comorbidité psychiatrique » et de « maladies physiques concomitantes » sont réunis en un indicateur uniforme. Il faut une approche globale des interactions et autres liens du trouble douloureux avec toutes les pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel, ne relève pas de la comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.</li> <li>• L'exigence d'une approche globale est en principe applicable indépendamment de la question de savoir comment se présente la relation entre le syndrome douloureux et la comorbidité. C'est pourquoi, par exemple, une dépression ne perd plus toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources seulement à cause de sa connexité médicale (éventuelle) avec la douleur. Toutefois, les tableaux cliniques qui apparaissent comme de simples variantes de la même entité dans des qualifications différentes au niveau du diagnostic sur la base de symptômes identiques ne constituent a priori pas une comorbidité. Sinon, l'atteinte à la santé pouvant être qualifiée et décrite de plusieurs manières serait évaluée à double.</li> <li>• Il n'existe pas de relation linéaire entre le nombre de douleurs physiques qui ne s'expliquent pas suffisamment d'un point de vue organique (ou le nombre de syndromes somatoformes dans leurs diverses manifestations) et le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle. Il n'existe donc pas de règle schématique basée sur l'idée que « plus le nombre des plaintes est grand, plus les limitations fonctionnelles sont élevées ». Au contraire, les divers symptômes et résultats risqueraient d'être simplement juxtaposés et évalués de manière purement mécanique et quantitative, ce qui fausserait le regard sur l'effet global du tableau clinique pour l'établissement du statut fonctionnel.</li> </ul>
b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité, qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » entre aussi en considération. Ces fonctions désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent des déductions sur la capacité physique (par ex. autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, ou encore intentionnalité et impulsion).</li> <li>• Comme le diagnostic de la personnalité dépend dans une plus forte mesure du médecin qui procède aux examens que d'autres indicateurs (liés par exemple aux symptômes ou au comportement), les</li> </ul>

	exigences en matière de motivation sont ici particulièrement élevées. Ces exigences seront précisées dans des lignes directrices médicales encore à élaborer.
c. Complexe « contexte social »	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le contexte social influence aussi la manière dont se manifestent concrètement les effets (déterminants de manière seulement causale) de l'atteinte à la santé. A ce sujet, il y a deux choses à retenir : d'une part, si des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. D'autre part, des ressources (mobilisables) peuvent aussi être tirées du contexte de vie de l'assuré, notamment le soutien dont il bénéficie dans son réseau social.</li> <li>• Il faut toujours s'assurer que l'incapacité de gain pour des raisons de santé (art. 4, al. 1, LAI), d'une part, et le chômage non assuré ou d'autres situations éprouvantes, d'autre part, ne se recouvrent pas.</li> </ul>

<b>B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)</b>	
a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'indicateur d'une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie revient à se demander si la limitation en question se manifeste de la même manière dans la profession et dans l'activité rémunérée (ou, pour les personnes sans activité lucrative, dans les actes habituels de la vie), d'une part, et dans les autres domaines de la vie (par ex. l'organisation des loisirs), d'autre part.</li> <li>• L'ancien critère du retrait social doit à son tour être interprété de telle sorte qu'il ne se réfère pas qu'à des limitations, mais qu'il concerne aussi les ressources ; à l'inverse, un retrait conditionné par une maladie peut aussi diminuer encore les ressources.</li> <li>• Dans la mesure du possible, il est recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant la survenance de l'atteinte à la santé. Le niveau d'activité de l'assuré doit toujours être considéré en relation avec l'incapacité de travail invoquée.</li> </ul>
b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie sous l'angle du traitement et de la réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mise à contribution d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet (en complément au point de vue du succès du traitement et de la réadaptation ou de la résistance à ceux-ci) d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois le cas que si le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en cours en matière d'assurance.</li> <li>• Il ne faut pas conclure à l'absence de fortes souffrances lorsqu'il est clair que le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible doit être attribuée à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• De manière similaire, il faut tenir compte du comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (et de ses propres efforts de réadaptation). Un comportement manquant de cohérence est, là aussi, un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée.</li></ul>
--	--