

Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance

Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP)

Lignes directrices de qualité des expertises des troubles
psychiatriques et psychosomatiques en médecine
d'assurance

16 juin 2016

3^e édition intégralement révisée et complétée

Auteurs

Gerhard Ebner, Etienne Colomb, Ralph Mager, Renato Marelli, Fulvia Rota

(Auteurs des lignes directrices 2012, 2^e édition, par ordre alphabétique :

E. Colomb, V. Dittmann, G. Ebner, M. Hermelink, U. Hoffmann-Richter,
H.G. Kopp, R. Mager, R. Marelli, H. Pizala, K. Rabovsky, I. Rajower, P. Vallon)

Conseil juridique

Yvonne Bollag, Ueli Kieser, Hans-Jakob Mosimann

Examen et révision du contenu

Volker Dittmann, Monika Hermelink, Hans Georg Kopp

Les présentes lignes directrices sont régulièrement adaptées sous la responsabilité de la SSPP/SSPA. La bibliographie et les annexes sont mises à jour et peuvent être téléchargées à l'adresse www.psychiatrie.ch.

Le Mini-ICF, auquel on nous nous référons dans le présent document, n'existe actuellement qu'en version allemande, anglaise et italienne.

Table des matières

Introduction	2
Principes de base.....	4
Structure de l'expertise psychiatrique en médecine d'assurance.....	7
Explications concernant le processus d'expertise.....	14
Annexes	27
Références citées et littérature recommandée	51
Auteurs.....	57

Introduction

Le présent document constitue la 3^e édition des lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques publiées depuis 2004. Dans un souci de continuité, il s'inspire largement de la 2^e édition, parue en 2012, des lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP). Ces dernières ont été adaptées à l'état actuel des connaissances et aux demandes de la jurisprudence.

Les lignes directrices ont été élaborées par un groupe de travail sur mandat de la SSPP et approuvées le 16 juin 2016 par son Comité¹.

But

Les lignes directrices visent à unifier la méthode du processus d'expertise, ainsi que la forme et le contenu des expertises psychiatriques réalisées dans le cadre de la médecine d'assurance, en fonction de critères fondés scientifiquement sur des preuves ou faisant consensus parmi les experts.

Les évaluations faites dans le cadre des expertises psychiatriques s'appuient en effet sur une multitude d'informations particulières dont il convient de tenir compte. Au regard de la diversité des sources d'information, les évaluations ne parviennent fréquemment pas à des conclusions unanimes (Meins, 2010). Les lignes directrices doivent permettre d'améliorer les examens psychiatriques et de renforcer la précision, la fiabilité et la reproductibilité des évaluations (Dittmann et al., 2010).

Champ d'application

Les lignes directrices s'appliquent de manière générale aux expertises d'assurance en cas d'atteintes à la santé avec des questions d'ordre psychiatrique, psychosomatique ou psychothérapeutique (SSPA, 2004). Par leur relative exhaustivité, elles visent à fournir un cadre aux expertises complexes, telles que celles mandatées par l'assurance-invalidité ou l'assurance-accidents en vue de l'appréciation du droit à prestation lors de l'examen des demandes de rentes.

Signification et caractère obligatoire ou non des lignes directrices

¹ Durant la période d'élaboration des lignes directrices, un arrêt de principe a été rendu par le Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 du 3.6.2015 ; Office fédéral des assurances sociales [OFAS] 2015b, voir annexe 6), qui – à l'inverse des précédents arrêts – prévoit une évaluation sans parti pris de la capacité de travail dans le cas de troubles psychosomatiques et souligne l'importance de la méthode d'expertise décrite dans le présent document.

Les présentes lignes directrices doivent en principe être appliquées. Des dérogations sont possibles dans des cas particuliers, à condition qu'elles soient dûment justifiées.

L'expertise psychiatrique dans le contexte du droit des assurances : une passerelle entre médecine et application du droit

Dans le cadre de l'expertise, le médecin² endosse un rôle d'expert, c'est-à-dire qu'il assume une fonction d'aide au processus décisionnel d'une autorité administrative, d'un organe chargé d'appliquer le droit ou des tribunaux. L'expert répond aux questions qui lui sont posées dans un contexte juridique et doit donc être en mesure d'appréhender le référentiel de pensée de l'instance qui pose lesdites questions. Celle-ci est tenue à une pensée normative. En tant que science, la médecine ne repose cependant pas en priorité sur une pensée normative, mais sur la recherche empirique. En sa qualité d'expert, le médecin possède un savoir et des connaissances qui font défaut à l'organe chargé d'appliquer le droit. Le médecin remet à celui-ci des appréciations factuelles au cas par cas, des principes d'enseignement généraux et des pronostics concernant les questions à trancher. L'évaluation de ces constatations et leur classification conformément aux normes juridiques incombent ensuite à l'organe chargé d'appliquer le droit ou au tribunal en cas de litige.

L'expert doit formuler les résultats de ses examens et ses évaluations de façon à ce que les mandants de l'expertise (autorités administratives ou tribunaux en règle générale) reçoivent les informations dont ils ont besoin pour prendre les décisions requises.

Dans ce cadre, le besoin des mandants d'obtenir des réponses claires dans leur propre référentiel ne devrait cependant pas inciter la médecine d'assurance à formuler des assertions non fondées sur le plan médical et scientifique. La médecine d'assurance a également pour mission fondamentale de mettre en évidence les limites des connaissances médicales. Dans certains cas, elle peut ne pas répondre aux questions posées ou ne peut le faire que de manière partielle (SSPA, 2004 ; Ebner et Liebrez, à paraître en 2016). Il faut rappeler ici que les expertises médicales des atteintes à la santé réalisées dans le contexte du droit des assurances n'ont pas pour vocation de fournir une preuve scientifique complète, mais plutôt de déterminer la vraisemblance prépondérante des faits et donc de les plausibiliser de manière pertinente.

Base et contenu

Les lignes directrices actuelles s'appuient sur les connaissances psychiatriques et médico-assurantielles de spécialistes ainsi que sur la littérature spécialisée. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous avons pris en considération les principales publications sur le sujet.

L'accent est ici placé sur l'appréciation des capacités fonctionnelles. Dans ce cadre, les lignes directrices se basent sur les principes et la terminologie de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS.

² A des fins d'amélioration de la lisibilité, le masculin est utilisé pour désigner les deux sexes.

Le diagnostic se fonde quant à lui sur la Classification internationale des maladies mentales (CIM) et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), dans leur version la plus récente.

Les lignes directrices sont en permanence harmonisées avec celles élaborées par les sociétés médicales dans les disciplines somatiques.

Documentation

Les lignes directrices actuelles se fondent sur les documents suivants :

- FMH. Recommandations pour les guides de pratique médicale (Eicher 1999)
- Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques (Société suisse de psychiatrie d'assurance [SSPA] 2004)
- Lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans l'assurance-invalidité. Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) (Colomb et al. 2012)
- Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Methodische Empfehlungen (AWMF online, 2004)
- Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen (AWMF online, 2012 b)
- Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen – Autorisierte Leitlinien und Kommentare (Schneider et al., 2016)
- Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen (AWMF online, 2012a)
- Sozialmedizinische Begutachtung bei chronischen Schmerzzuständen (Keller et al., 2016)
- Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen (Henningsen, 2014)
- Psychiatrische Begutachtung - Ein praktisches Handbuch für Ärzte (Dressing et Habermeyer, 2015)
- Expertises en médecine des assurances : guide médico-juridique (Riemer-Kafka, 2012)
- Somatoforme Störungen – wie weiter? (Kopp et Marelli, 2012)
- Multidimensionale Beurteilung somatoformer Störungen im versicherungs-psychiatrischen Kontext (Marelli et al., 2010)

Principes de base

Qualification, attitude, rôle et tâche de l'expert

Seul un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie peut procéder à une expertise de psychiatrie d'assurance (Colomb et al. 2012 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_53/2009 du 29.5.2009, consid. 4.5). En milieu institutionnel, une partie des tâches peut être déléguée à un médecin-assistant qui suit une formation post-graduée en psychiatrie et psychothérapie ou à un psychologue, dès lors que l'expertise est effectuée sous la conduite et la responsabilité de l'expert psychiatre. Cela implique que le médecin spécialiste effectue lui-même une partie substantielle de l'examen, suit l'élaboration de l'expertise, finalise le rapport d'expertise et en assume la responsabilité par sa propre signature.

L'expert doit refuser le mandat s'il ne peut pas garantir son impartialité. Par principe, un médecin traitant ne peut pas agir en tant qu'expert pour ses propres patients. Outre ces aspects formels, il va de soi que d'autres facteurs, qui ne peuvent pas être formalisés ou seulement dans une mesure limitée, ont une influence déterminante sur la qualité des expertises psychiatriques, dont par exemple :

- l'indépendance de l'expert vis-à-vis du mandant ;
- dans le cas d'expertises complexes une expérience pertinente ou une supervision ;
- une réflexion sur sa propre conduite de l'entretien et la prise en compte de l'interaction émotionnelle entre la personne examinée et l'expert ;
- la prise en compte des aspects tels que ses mécanismes de défense, le transfert et le contre-transfert ;
- une réflexion sur la variabilité de l'évaluation.

Cadre juridique des expertises de psychiatrie d'assurance

Le Tribunal fédéral considère les expertises médicales comme probantes lorsqu'elles font l'objet d'un rapport complet sur les questions litigieuses, reposent sur des examens exhaustifs, tiennent compte des troubles allégués, ont été rédigées en connaissance des pièces antérieures (anamnèse), sont convaincantes dans la présentation des faits médicaux et dans l'évaluation de la situation médicale, et que leurs conclusions sont motivées (Tribunal fédéral, ATF 134 V 231, consid. 5.1).

Méthodologie générale des expertises de psychiatrie d'assurance

La méthode d'expertise recourt à une pluralité de méthodes dans le but de formuler une appréciation du diagnostic et de l'évaluation selon les critères de la médecine d'assurance (par ex. au sujet des capacités fonctionnelles dans l'activité professionnelle). L'examen de base comprend l'analyse du dossier, l'investigation, l'examen clinique, ainsi que l'utilisation d'instruments spécifiques. Suivant l'indication, on pourra envisager le recours à d'autres moyens d'investigation (cf. 4.3.2).

Le déroulement méthodique de l'expertise est présenté dans la figure ci-dessous.

Figure 1

- 1. Diagnostic y c. comorbidité, ainsi que la personnalité (voire ses troubles)**
- 2. Sévérité (évolution de la réadaptation et/ou de la thérapie, sévérité des symptômes, ressources)**
- 3. Cohérence, validité, plausibilité**
- 4. Pronostic (avec ou sans mesures)**
- 5. Capacités fonctionnelles / activité³**
- 6. Capacité de travail / participation³**

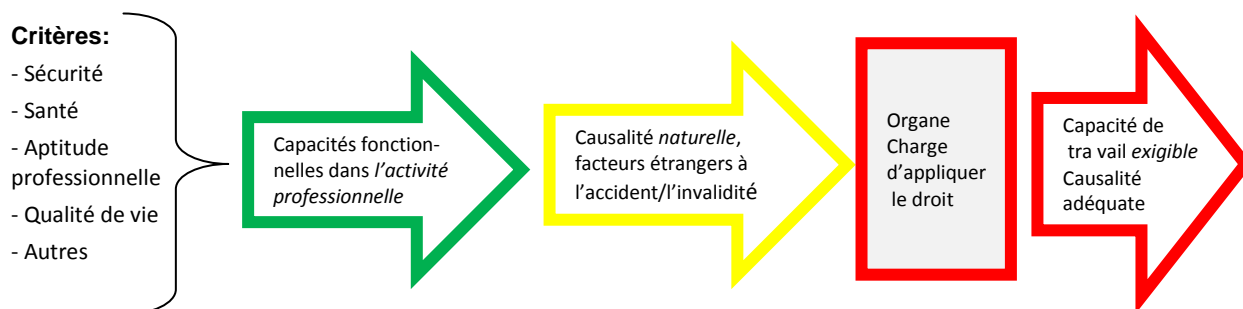
La figure 2 illustre les différentes étapes du travail de « traduction » de l'expert. Une expertise psychiatrique s'attache en priorité à évaluer si, et dans quelle mesure et/ou moyennant quelles limitations, l'assuré² est médicalement apte à exercer son activité (professionnelle et/ou non professionnelle) actuelle ou si une autre activité est possible. Il s'agit d'expliquer quelles activités peuvent être exercées par l'assuré du point de vue médical, en précisant les limitations ainsi que les mesures

³ Selon la CIF

médicales et professionnelles nécessaires. L'expertise fournit en outre les bases médicales pour l'identification des facteurs étrangers à l'invalidité comme l'âge, l'éducation, les connaissances linguistiques ou les facteurs culturels contextuels.

Dans la plupart des cas, il est également nécessaire d'examiner séparément si une appréciation rétrospective des capacités fonctionnelles peut être formulée. Si une telle appréciation ne peut pas être faite selon la vraisemblance prépondérante requise, cette impossibilité doit être explicitement mentionnée.

Figure 2



Pour évaluer la « capacité de travail raisonnablement exigible », il est recommandé à l'organe chargé d'appliquer le droit de s'appuyer sur le schéma suivant (cf. annexe 5), grâce auquel une diminution de la capacité peut être justifiée du point de vue médical (Olivieri et al., 2006b, 2006a) :

- sécurité (par ex. troubles de la concentration associés à un risque de mise en danger de soi-même ou d'autrui) ;
- santé (par ex. péjoration des atteintes à la santé due à certaines activités) ;
- performance ou efficacité (associant les aspects de capacité et de temps) ;
- qualité de vie (par ex. absence de repos et/ou de participation à la vie sociale ou familiale pour cause d'épuisement) ;
- autres (par ex. comportement inadéquat vis-à-vis des clients ou des collègues).

L'évaluation normative sur la base de ces données – c'est-à-dire les conditions d'octroi de prestations (par ex. caractère raisonnablement exigible d'une mesure, valorisation de la capacité de travail résiduelle, détermination du taux d'invalidité, caractère proportionné d'une mesure) – relève de l'application du droit et/ou de la jurisprudence.

Structure de l'expertise psychiatrique en médecine d'assurance

1. Situation initiale et aspects formels

L'instance qui requiert une expertise médicale (mandant) est le destinataire du rapport d'expertise. Il est le seul interlocuteur pour toutes les questions qui s'y rapportent. C'est aussi lui seul qui est habilité à fournir des copies du rapport d'expertise.

L'expert documente les informations données à la personne examinée, en particulier celles concernant les modalités et le but de l'expertise (information des personnes expertisées, cf. annexe 1).

1.1

Déroulement du mandat d'expertise / aspects formels

1.1.1 Informations sur le mandant

1.1.2 Informations sur la personne expertisée (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro d'assuré, données utilisées pour le contrôle de l'identité)

1.1.3 Informations sur l'expert (adresse, titre de médecin spécialiste, etc.)

1.1.4 Date du mandat, date de sa réception, dates des investigations et date du rapport d'expertise

1.2 Motif de l'expertise

Ce paragraphe comprend les principaux éléments du mandat d'expertise. Il mentionne qui a demandé l'expertise, quand, dans quel but et dans quel contexte (par ex. AI, AA, AM, LCA, responsabilité civile, sureexpertise, expertise antérieure, etc.) ainsi que le cadre de la procédure. Si certaines questions ne sont pas clairement compréhensibles, il convient de demander des précisions au mandant. Les questions suggestives, d'ordre normatif ou qui ne relèvent pas de la médecine d'assurance doivent être refusées.

1.3 Bases de l'expertise

1.3.1 Liste des pièces du dossier remises par le mandant (par ex. dossiers AI/AA)

1.3.2 Liste succincte des autres pièces que l'expert a recueillies (ou reçues d'une autre source), ainsi que des comptes rendus d'entretiens téléphoniques, par ex. avec le médecin traitant

Une copie des pièces supplémentaires recueillies par l'expert doit être jointe au rapport d'expertise adressé au mandant afin que ce dernier

complète ses dossiers, sauf si ces documents sont soumis à l'obligation de garder le secret (exemple : envoi des pièces à l'expert avec interdiction explicite de les retransmettre).

1.3.3 Examens et constatations de l'expert

Ce paragraphe indique les date et heure de l'examen, la durée de l'examen et, s'il a été fait appel à un interprète, le nom de celui-ci et de l'organisme qui l'emploie, ainsi que la langue traduite.

1.3.4 Examens complémentaires, expertises supplémentaires et rapports

Lors d'examens complémentaires, de demande de consilium etc., il convient de tenir compte du contexte juridique de l'expertise.

En cas de doute, il est recommandé de demander au mandant de faire réaliser ces examens.

Dans la documentation de l'expertise, il est indispensable d'indiquer le nom de l'examineur/expert, son titre et la date de l'examen, y compris lors d'examens exigeant un appareillage ou d'analyses de laboratoire.

1.3.5 Informations fournies par des tiers et matériel de surveillance

Les informations relatives à la personne ayant fourni les renseignements, à son titre et à sa fonction, ainsi que la date à laquelle les questions ont été posées et les renseignements donnés doivent figurer dans la documentation de l'expertise.

Le cas échéant, le rapport d'expertise doit mentionner le matériel, joint au mandat, provenant d'une procédure de surveillance.

2. Synthèse du dossier

Les principales pièces du dossier sont citées par ordre chronologique, avec indication de l'auteur, de la date du rapport, du mandant ou des destinataires du rapport, des diagnostics et des résultats d'examens. Par contre, ce n'est pas le lieu ici d'apprécier le contenu du dossier. Des indications importantes succinctes – marquées en tant que telles – peuvent être mentionnées ; par exemple : « Remarque de l'expert :... ».

La synthèse est toutefois présentée de sorte que les informations suivantes puissent par exemple être déduites de leur contexte :

- indications quant à l'exhaustivité des pièces ou du dossier remis avec le mandat d'expertise ;
- documents requis par l'expert ;
- documents remis par la personne expertisée ou son représentant légal ;
- dossier de l'assurance-invalidité ;
- dossier de l'assurance xx selon la LAA ;
- dossier de l'assurance xx selon la LCA ;
- etc.

3. Examen / investigation

L'expert doit informer l'assuré examiné sur le but, le motif et le déroulement de l'expertise, ainsi que sur les conditions particulières concernant l'obligation de garder le secret (cf. annexe 1).

L'expert est tenu d'examiner lui-même l'assuré.

3.1 Indications fournies spontanément par l'assuré examiné dans le cadre d'un entretien ouvert

La personne expertisée se voit dans un premier temps offrir la possibilité de s'exprimer spontanément.

3.2 Entretien approfondi sur les thèmes suivants – à traiter de manière sélective en fonction des questions posées

3.2.1 Affection actuelle (entretien libre et questions structurées)

Troubles actuels, apparition et évolution des déficiences psychiques, réactions de l'entourage.

Traitements (succès, échecs, intolérances, etc.).

Perception par la personne de sa maladie (attribution causale, ampleur et gravité de l'atteinte, perception de la thérapie et du pronostic, etc.).

Gestion des atteintes à la santé dans la vie quotidienne, stratégies d'adaptation, représentation de l'évolution de la maladie.

3.2.2 Anamnèse systématique, psychiatrique et somatique, portant aussi sur la consommation de substances psychotropes, la sexualité, etc.

3.2.3 Anamnèse familiale / hérédité

3.2.4 Événements particuliers à la naissance, développement dans la petite enfance, relations au sein de la famille, comportements particuliers durant l'âge préscolaire et scolaire

3.2.5 Formation scolaire et parcours professionnel, activités bénévoles, service militaire

3.2.6 Activités professionnelles et postes occupés, date et contexte de la cessation de l'activité, expérience des mesures de réadaptation ou du placement à l'essai

Parcours professionnel et dernière activité professionnelle exercée.

Dans ce cadre, description détaillée des troubles ressentis durant le travail, évaluation des propres capacités fonctionnelles au poste de travail. Avec l'aide de l'expert, l'assuré examiné présente une image claire

des activités et des exigences liées au dernier poste qu'il a occupé et explique quelles atteintes à la santé l'ont empêché d'exécuter certaines tâches.

- 3.2.7 Anamnèse sociale (par ex. logement, situation financière/endette-ment, vie de couple, enfants, droit de garde, mesures prises dans le cadre du droit de la protection de l'enfant et de l'adulte, obligations d'entretien, le cas échéant aussi dans le pays d'origine, réseau relationnel et formes données aux relations, gestion du handicap par l'entourage)**
- 3.2.8 Déroulement détaillé et représentatif d'une journée type, organisation des loisirs, hobbies, aides nécessaires pour le ménage et dans la vie quotidienne, moyens de transport utilisés, types de déplacements, vacances, etc.**
- 3.2.9 Traitement(s) suivi(s) à ce jour y compris médicamenteux (en indiquant aussi les méthodes thérapeutiques ne relevant pas de la médecine traditionnelle ou l'absence éventuelle de traitement)**
- 3.2.10 Evénements marquants, y compris infractions commises antérieurement (y compris au code de la route)**
- 3.2.11 Perception de l'avenir, en général et en lien avec une activité professionnelle ou une réadaptation professionnelle**
- 3.2.12 Explications concernant les incohérences apparues aux yeux de l'expert et l'éventuel matériel provenant d'une procédure de surveillance**

4. Constatations

- 4.1 Observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure**
Description des interactions, par exemple avec les personnes de référence, de la coopération et de la motivation, du niveau de stress à l'arrivée et au début de l'entretien, etc.
- 4.2 Compréhension linguistique**
Informations sur la langue maternelle de la personne expertisée, ses connaissances actives et passives de la langue nationale de son lieu de domicile, sur la langue dans laquelle l'examen s'est déroulé, sur la nécessité d'un interprète professionnel et sur les éventuelles interactions avec ce dernier.
- 4.3 Constatations lors de l'examen**
L'examen effectué dans le cadre de l'expertise doit être exhaustif et

porter sur l'ensemble des troubles invoqués et des questions posées. Les résultats incertains ou insuffisamment clairs peuvent faire l'objet d'autres examens, réalisés éventuellement plus tard selon les possibilités. A défaut, les aspects concernés doivent être mentionnés comme étant impossibles à déterminer avec précision.

4.3.1 Examen psychiatrique

Un examen psychiatrique clinique complet est obligatoire ; il doit comprendre une description du bilan psychopathologique selon le système AMDP.

La personnalité est également décrite.

4.3.2 Constatations complémentaires (à recueillir en fonction du cas, y compris informations relatives à la personne qui les a effectuées, sa fonction, son institution et la date de l'examen)

4.3.2.1 Constats somatiques

Dans de nombreux cas, un bilan somatique récent est disponible au moment de l'expertise psychiatrique.

Un examen somatique doit être ordonné par l'intermédiaire du mandant si l'expertise psychiatrique fait apparaître des éléments (nouveaux) suggérant l'existence de problèmes somatiques encore inconnus ou si le dernier bilan somatique n'est pas suffisant.

4.3.2.2 Tests psychologiques complémentaires (par ex. capacité fonctionnelle et diagnostic de personnalité)

En présence d'indications fondées, par exemple en cas de suspicion d'un trouble neurocognitif ou d'atteintes à la santé et/ou de déficits fonctionnels difficilement objectivables, il faut envisager le recours à des tests à même d'évaluer les capacités fonctionnelles et le degré de motivation de la personne expertisée ou la validité des symptômes invoqués. Ces tests n'ont pas vocation à remplacer l'expertise, mais constituent des examens complémentaires, dont il sera tenu compte dans l'évaluation psychiatrique globale.

4.3.2.3 Examens exigeant un appareillage ou des analyses de laboratoire

Suivant l'indication, il est possible d'ordonner un dosage des concentrations plasmatiques de certains médicaments, une détection de drogues dans les urines et/ou des analyses de cheveux, etc.

5 Informations fournies par des tiers

Il est indispensable de tenir compte du contexte juridique de l'expertise lors du recueil d'informations auprès de tiers. Une procuration signée par la personne expertisée est indispensable. Les informations juridiques présentées aux personnes donnant les renseignements doivent être documentées (cf. annexe 2).

6	Evaluation médicale et médico-assurantielle
6.1	Résumé de l'évolution personnelle, professionnelle et des atteintes à la santé de l'assuré, et description de sa situation psychique, médicale et sociale actuelle
6.2	Evaluation de la cohérence, de la validité et de la plausibilité
6.3	Evaluation et classification des troubles et des constats en référence aux systèmes de diagnostic actuels et par rapport aux évaluations antérieures, y compris celles ayant abouti à des conclusions différentes Motivation des diagnostics, éventuellement discussion des diagnostics différentiels ; indication claire des critères remplis selon les différents systèmes de diagnostic dans le cas concret (exemples à l'appui) ; <i>appréciation motivée de la sévérité des troubles</i> (cf. annexe 3).
6.4	Evaluation de l'évolution des atteintes à la santé en fonction des traitements, des mesures de réadaptation, etc. Résultats, motifs de l'interruption des traitements ou des mesures d'intervention, appréciation des traitements, etc.
6.5	Discussion et appréciation médico-assurantielle Présentation et évaluation des atteintes à la santé affectant les capacités fonctionnelles et des ressources disponibles, appréciation critique de l'auto-évaluation de l'assuré, de sa disposition à coopérer (éventuellement incohérences existantes), de toute évaluation spécialisée antérieure et de toute information pertinente extraite du dossier. Pour l'appréciation du potentiel de réadaptation, il convient d'indiquer si les traitements effectués jusque-là ont été adéquats, si les possibilités thérapeutiques ont été épuisées ou si d'autres options thérapeutiques sont encore envisageables. Dans le cas d'expertises concernant la LAA ou le droit de la responsabilité civile, les questions relatives à la causalité naturelle doivent être évaluées (cf. annexe 7 et glossaire).
7	Réponses aux questions du mandat
8	Annexes

Explications concernant le processus d'expertise⁴

1 Situation initiale et aspects formels

1.1 Déroulement du mandat d'expertise

La condition nécessaire à la réalisation d'une expertise probante est un mandat comportant des questions claires et une description du cadre juridique (par ex. examen du droit aux prestations en cas de première demande, révision de rente, etc.). Tous les documents disponibles, classés par ordre chronologique, doivent être joints au mandat (par ex. dossiers AI, AA, LCA, rapports, etc.) (Office fédéral des assurances sociales [OFAS], 2015a ; Thomann, 2016), y compris les rapports AI récents, établis par les psychiatres psychothérapeutes traitants ainsi que par le médecin de famille, les rapports d'enquête professionnelle, l'éventuel matériel provenant d'une surveillance, assorti des procès-verbaux d'audition quant à l'ouverture de cette procédure à l'encontre de l'assuré.

Lors de l'examen des rapports d'observation et des enregistrements vidéo établis dans ce contexte, on admettra par principe que ceux-ci ne sont pas falsifiés et qu'ils sont correctement documentés et complets. De même, on considérera que les documents correspondants et les résultats établis ont été transmis à l'intéressé avant l'attribution du mandat. Les pièces du dossier doivent permettre de connaître l'état d'avancement de la procédure.

Les documents sont présentés de manière compréhensible et facilement gérable pour l'expert (langue, lisibilité, ordre cohérent, etc.).

Les questions posées à l'expert doivent permettre de donner une réponse relevant de la médecine d'assurance.

Concernant la précision des réponses, l'expert dispose d'un degré de liberté adapté à la situation soumise à son examen. Il doit contrôler les questions et refuser celles qui sont suggestives. Le cas échéant, le mandant lui fournit les précisions ou compléments dont il a besoin, et il reformule ses questions.

Si nécessaire, l'expert est autorisé à demander lui-même les documents manquants (dans la mesure admise par le cadre juridique). Les documents que l'expert aura lui-même recueillis sont à remettre au mandant, dès lors qu'aucun obstacle juridique ne s'y oppose (p. ex. : « Transmission des documents interdite »).

1.1.4 Date du mandat, date de sa réception, dates des investigations et date du rapport d'expertise

L'expertise doit être effectuée dans un délai raisonnable, compte tenu de sa complexité. Le mandant doit être informé dans les plus brefs délais de tout retard prévisible justifié (examens complémentaires, difficultés lors de l'investigation, erreur d'appréciation de la complexité du mandat, etc.), afin de discuter de la suite de la procédure.

1.3 Bases de l'expertise

Il convient de vérifier l'exhaustivité et l'intelligibilité des pièces du dossier remis par le mandant. Au besoin, il appartient au mandant de faire traduire les documents

⁴ Les points de la méthodologie précédemment présentée ne sont pas tous abordés. Les considérations ci-après ne concernent que les points qui méritent une explication particulière.

rédigés en langue étrangère. Les documents illisibles ne sont pas pris en compte ; il faut mentionner explicitement le caractère illisible de tels documents. L'expert peut retourner un mandat en cas de documents manquants ou incompréhensibles ou pour des raisons justifiées, après étude du dossier. Un conflit d'intérêts apparu au cours de cette phase ou un comportement agressif de la personne expertisée, pour lequel le cadre de l'examen apparaît inadapté, sont autant de motifs possibles de refuser le mandat.

Après avoir accepté le mandat, l'expert commence par étudier le dossier. Cette analyse se concentre sur les éléments pertinents du point de vue psychiatrique (anamnèse, pathologie psychiatrique, observations du comportement, constatations, diagnostics posés, déroulement du traitement, réadaptation, cohérence, etc.) et porte sur les documents médicaux et non médicaux (par ex. le rapport d'un centre de réadaptation ou l'extrait du CI des caisses de compensation, qui présente l'ensemble des contrats de travail et leur durée). L'expert peut citer littéralement les passages importants ou en évoquer le sens. Il peut aussi exprimer un avis sur leur contenu.

Il y a mandat d'expertise *monodisciplinaire* lorsque seuls des aspects psychiatriques nécessitent une investigation.

Dans ce cas, l'expert peut confier à des tiers des analyses de laboratoire, mais aussi des tests psychologiques (par ex. des tests de personnalité ou des capacités fonctionnelles sur le plan neuropsychologique), dont il intégrera ensuite les résultats dans son appréciation. S'il estime qu'un examen somatique est nécessaire à son appréciation, il demande au préalable l'accord du mandant. Si ce dernier refuse la prise en charge des frais liés à cette expertise partielle ou à un mandat complémentaire, l'expert en consigne les conséquences sur l'évaluation dans son rapport. L'appréciation psychiatrique tient compte dans tous les cas des résultats des examens somatiques disponibles⁵.

2 Synthèse du dossier

L'établissement de la synthèse du dossier constitue une prestation intellectuelle d'importance centrale dans le cadre de l'expertise psychiatrique, raison pour laquelle cette tâche *doit être effectuée par l'expert*⁶.

3 Examen / investigation

Cadre externe

Il est indispensable de consacrer un temps approprié à l'investigation. La personne expertisée doit disposer d'un temps suffisant pour présenter sa situation, ses

⁵ Un examen psychiatrique peut aussi faire partie d'une expertise pluridisciplinaire. Dans ce cas, la méthodologie proprement dite de l'expertise est pour l'essentiel identique, mais l'appréciation psychiatrique tiendra suffisamment compte des observations et des diagnostics pertinents des autres disciplines concernées.

⁶ Applicable uniquement aux expertises monodisciplinaires. Concernant les expertises bi- ou pluridisciplinaires, voir les lignes directrices en la matière actuellement en cours d'élaboration.

troubles et sa vision des choses. Lorsque certains facteurs compliquent la tâche, il peut se révéler nécessaire d'effectuer l'examen en plusieurs séances (Schleifer et al., 2014). L'expert doit quant à lui recueillir une anamnèse complète et se faire une idée précise de la situation.

Une attitude empreinte d'empathie et adaptée aux circonstances d'une expertise permet à l'assuré examiné de s'exprimer plus facilement. Durant l'investigation, l'expert doit par conséquent accorder de l'importance à ses interactions avec l'assuré. Il convient ici de tenir compte des phénomènes de transfert et contre-transfert – dès lors qu'ils sont clairement présents.

Si une traduction est nécessaire aux entretiens, il faut prévoir davantage de temps. Elle doit être assurée par un interprète professionnel et neutre.

En dehors de cas exceptionnels dûment motivés, l'investigation proprement dite se déroule avec la personne expertisée seule (le cas échéant, avec un interprète professionnel), car la présence de proches ou de tiers peut s'avérer contre-productive et fausser les résultats (Dressing et Foerster, 2015b ; Brockhaus, 2015). L'expert décide si des tiers participent à l'examen ou non. Dans ce cas, le rapport d'expertise devra clairement différencier les informations données directement par l'assuré et celles fournies par les proches ou d'autres personnes (Tribunal fédéral, ATF 140 V 260, consid. 3.2.3). Les interactions ou les faits singuliers observés dans ce cadre élargi seront décrits dans le rapport d'expertise et intégrés dans l'appréciation.

L'examen effectué dans le cadre de l'expertise doit éviter dans toute la mesure du possible de porter atteinte à l'assuré. Toutefois, une expertise reste une situation potentiellement pénible et stressante qu'un abord prudent et une attitude empreinte d'empathie ne peuvent atténuer que partiellement.

Principes généraux de l'investigation

Le style d'examen doit être conforme aux normes professionnelles et adapté, tant aux questions posées par le mandant qu'à la personne expertisée. On tiendra notamment compte des capacités cognitives, et, cas échéant, de des troubles psychopathologiques et des traits de personnalité de la personne expertisée. L'examen fait appel à un large spectre de techniques et de stratégies d'investigation, allant de la conversation libre à des formes d'entretien très structurées.

Les divergences entre les éléments contenus dans le dossier, les renseignements fournis par la personne expertisée et/ou les observations faites de son comportement doivent être évoquées au cours de l'examen. Il peut ici s'agir de simples malentendus (par ex. des erreurs de date dans les documents), de données biographiques contradictoires ou d'écarts entre la pathologie psychiatrique documentée et celle observée. Les problèmes dus à une collaboration insuffisante doivent être abordés au cours de l'entretien dans la mesure du possible.

Recommandations concernant le déroulement de l'investigation

L'objectif d'un début d'entretien non directif est de laisser la personne expertisée exprimer ses sentiments et son point de vue tout en se faisant une idée plus précise de sa personnalité, de son vécu, de ses comportements et de ses relations. Il est possible de revenir à cette technique d'entretien à chaque phase de l'examen, par exemple lorsqu'elle peut permettre d'aborder un sujet particulièrement délicat.

Une phase de clarification permet d'explorer de manière plus détaillée l'évolution des troubles invoqués et d'évoquer des symptômes que l'assuré n'a pas lui-même mentionnés. Au-delà des informations données spontanément par la personne expertisée, l'examen psychiatrique recherche toutes les données anamnestiques correspondant aux principaux domaines de symptômes. L'évolution des troubles invoqués inclut la description des traitements entrepris. Au cours de cette seconde phase, l'expert demande à la personne expertisée (implicitement) sa conception de la maladie et (explicitement) sa représentation de l'évolution de sa maladie et, surtout, comment elle évalue sa capacité de travail (quelle activité, à quel taux d'occupation, dans quelles conditions, etc.). Dans ce cadre, l'expert recueille de manière systématique les informations relatives à l'activité exercée par l'assuré jusqu'à cette date, recense en détail les troubles survenus dans le cadre de l'activité professionnelle, et documente systématiquement les limitations relevées et les capacités fonctionnelles résiduelles.

L'expert a parfois l'occasion d'explorer dès cette seconde phase certains traits de personnalité, suggérés par l'anamnèse ou marquant le comportement (par ex. instabilité émotionnelle, traits paranoïdes ou obsessionnels, mais aussi – au sens d'une caractérisation plus générale – personnalité introvertie/extravertie, tolérance, caractère consciencieux, ouverture d'esprit face à la nouveauté, traits de caractère à tendance névrotique, etc.) (cf. par ex. Borkenau et Ostendorf, 2008).

Par ailleurs, l'expert peut d'examiner sous une forme encore plus structurée d'autres données, telles que l'anamnèse familiale, le traitement médicamenteux en cours, les habitudes en matière de consommation de substances nocives, la situation sociale et la biographie, pour autant que ces thèmes n'aient pas été abordés précédemment.

Il est très important est que la personne expertisée décrive *en détail* le déroulement d'une journée type, car il en ressort souvent des informations précieuses sur ses intérêts, ses activités, ses habitudes (par ex. vacances, mobilité, réseaux sociaux) et donc son potentiel et ses ressources. Cela peut aussi faire apparaître d'éventuelles contradictions avec d'autres indications données auparavant ou avec le comportement de la personne expertisée au cours de l'examen. L'analyse de l'interaction des proches avec la symptomatologie invoquée donne des informations sur la présence éventuelle de facteurs de modulation.

A la fin de l'examen, l'expert peut effectuer, de routine ou en fonction de l'indication, certains tests des fonctions cognitives ou recourir à des questionnaires pour renforcer les conclusions du bilan psychopathologique. Durant cette phase, la personne expertisée doit également avoir la possibilité de donner des informations complémentaires.

L'expert peut minimiser le risque de malentendus avec la personne expertisée en lui résumant les informations qu'elle lui a fournies.

Dispositions particulières pour les assurés provenant d'autres cultures et d'autres régions linguistiques

Les obstacles à une bonne compréhension doivent être éliminés dans toute la mesure du possible (ATF 140 V 260, consid. 3.2.1). Les médecins et psychothérapeutes traitants peuvent fournir des informations sur les aptitudes linguistiques de la personne expertisée. En cas de doute, on s'adressera

directement à cette dernière. Le mandant signale au préalable les difficultés linguistiques connues, ce qui permet d'avoir recours dès le début à des interprètes professionnels pour les personnes expertisées de langue étrangère ; l'interprétation ne peut pas être confiée à des proches ou à des connaissances (Schleifer et al., 2015).

Au début de l'entretien d'investigation, il convient de présenter l'interprète, de vérifier qu'il ne risque pas de se trouver en situation de conflit d'intérêts et d'expliquer les règles de la collaboration (obligation de garder le secret, traduction intégrale, etc.).

Il est demandé à l'interprète de faire – dans la mesure du possible – une traduction littérale et intégrale et de signaler les passages qui ne lui semblent pas clairs. Il doit également indiquer les spécificités linguistiques (vocabulaire, dialecte, etc.), les perturbations manifestes de la pensée, les éventuelles expressions floues (à clarifier) et les particularités culturelles susceptibles d'entraîner des malentendus en cas de traduction littérale.

4 Constatations

4.3 Constatations lors de l'examen

4.3.1 Constats psychiatriques

En psychiatrie, l'investigation psychopathologique s'établit à plusieurs niveaux : celui des symptômes, celui des syndromes et celui du diagnostic. Chacun appelle des questions et des évaluations différentes.

La procédure d'examen clinique repose sur le relevé des symptômes et l'observation du comportement. La dynamique interpersonnelle revêt ici une importance toute particulière.

Le système classique de l'AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 2016) est recommandé pour l'examen général. Un diagnostic spécifique des troubles peut ensuite être établi lorsque cela s'avère indiqué.

Méthodes de diagnostic lors de l'expertise (cf. annexes 3 et 6)

Outre l'approche diagnostique courante, certains aspects importants du vécu et du comportement de l'assuré – tels que les caractéristiques biologiques et psychologiques touchant sa personnalité – doivent également être explorés dans le cadre de l'expertise. Une méthode en plusieurs étapes est ici recommandée.

Détermination d'un profil phénoménologique sur la base des résultats d'examens

Les troubles sont présentés en détail, sur la base des résultats d'examens, et ordonnés en référence aux classifications diagnostiques, de manière à faire apparaître également la présence d'une éventuelle comorbidité.

Examen des caractéristiques spécifiques de la personnalité

La dimension interpersonnelle constitue un critère central de qualité de l'expertise. La description de la personnalité vise à faire ressortir les ressources intellectuelles et psychiques de l'assuré. Pour ce faire, il convient de décrire sa personnalité sous

l'angle biographique, en insistant en particulier sur son parcours professionnel, de manière à rendre compte ainsi de son vécu et de son comportement actuels, en complétant éventuellement le tout par un examen psychodiagnostique.

Les interactions au cours de l'investigation observées par l'expert doivent également être décrites à ce stade. Toute expertise constitue une intrusion dans la sphère d'une maladie et doit faire l'objet d'une réflexion – autocritique, le cas échéant – par l'expert. La description de ce type d'interactions est un autre critère de qualité de l'expertise. Cette description a un caractère subjectif ; elle dépend largement de la relation établie. Le point de vue personnel sur des aspects tels que la défense, le transfert et le contre-transfert, ainsi que la description – exempte de jugement – de la phénoménologie se révèlent ici utiles.

Il s'agit en priorité non pas d'établir un diagnostic de la personnalité, mais de présenter une description phénoménologique aussi parlante que possible des points suivants :

- compréhension qu'a la personne examinée de sa maladie et du traitement ;
- interactions, relation entre l'expert et la personne examinée ;
- interactions de la personne examinée avec des tiers, si l'expert en a observé, type de personnalité (description non pas au sens d'un diagnostic spécifique mais par exemple description des comportements narcissiques, soumis, asociaux, etc.).

Au cas où cela est indiqué, un diagnostic structuré de la personnalité peut être mis en œuvre.

Description de la sévérité des troubles psychiques (cf. annexes 3 et 6)

La sévérité des troubles psychiques dépend principalement du type, de l'ampleur et du nombre de symptômes, ainsi que de l'évolution de la symptomatologie. Certains troubles psychiques sont répertoriés dans les manuels diagnostiques CIM-10 (par ex. trouble dépressif) et DSM-5 (par ex. phénoménologie du trouble psychosomatique avec définition des symptômes de type B et de leur nombre). Dans le cadre du classement selon le système de l'AMDP, il est en outre possible d'évaluer la sévérité à l'aide d'instruments psychodiagnostiques appropriés (cf. annexe 3).

4.3.2 Constatations complémentaires

Lorsque cela est indiqué, il est recommandé de compléter le diagnostic de base précité à l'aide d'instruments diagnostiques additionnels au cours de la réalisation de l'expertise.

Examens complémentaires généraux

Le cas échéant, le recours à des examens sanguins, urinaires et des cheveux peut se révéler nécessaire.

Les examens de cheveux gagnent en importance dans la recherche de consommation régulière de substances psychotropes, mais leur utilisation n'est pas encore possible pour tous les produits courants. Ils peuvent donner des informations sur la consommation au cours des mois précédents.

La détermination des taux sériques des principaux médicaments psychotropes et analgésiques prescrits ou mentionnés est recommandée, notamment en cas de non-réponse thérapeutique, d'effets indésirables sévères inexplicables et/ou de doute concernant la prise correcte des médicaments ; elle peut aussi être utile à fin de documentation lorsque des informations diachroniques font défaut. Après avoir obtenu le consentement éclairé de la personne expertisée et des renseignements précis sur les médicaments pris (dosage, fréquence des prises et date/heure de la dernière prise), on effectue la prise de sang (et éventuellement le prélèvement d'échantillons de cheveux). Pour que les résultats soient exploitables, il convient d'observer les lignes directrices applicables de la Société suisse de médecine légale (SSML), consultables sur www.sgrm.ch.

Une copie des résultats doit être jointe au rapport d'expertise.

Les résultats des analyses de laboratoire ne peuvent pas être simplement repris tels quels ; leur interprétation doit se faire sur la base de critères scientifiques et requiert de bonnes connaissances pharmacocinétiques et pharmacodynamiques. Les résultats incohérents peuvent être dus à différents facteurs. Un dosage des métabolites peut parfois livrer des informations supplémentaires. Les résultats individuels doivent être appréciés avec toute la prudence requise et replacés dans le contexte global.

Examens psychiatriques complémentaires

Suivant la symptomatologie présentée, il peut être judicieux de recourir à des instruments psychodiagnostiques (auto-appréciation, appréciation par un tiers, questionnaires, entretiens plus ou moins structurés). Les résultats psychodiagnostiques obtenus peuvent uniquement s'inscrire en complément de l'investigation. L'examen clinique ainsi que l'évaluation de la cohérence et de la validité restent la base sur laquelle on peut apprécier la plausibilité des résultats obtenus au moyen des tests psychodiagnostiques.

Les règles usuelles concernant l'utilisation de tels instruments sont également applicables au moment où on en détermine l'indication (voir ci-après).

Bilans psychodiagnostiques et neuropsychologiques étendus

Le recours à un psychologue spécialisé ou à un médecin expérimenté se révèle utile lorsqu'il faut pratiquer des tests plus complexes, notamment un test de personnalité ou un examen du niveau des capacités cognitives. L'expert doit intégrer ces résultats en tant que données complémentaires dans l'appréciation *médicale* globale et dans l'évaluation de psychiatrie d'assurance. Dans certains cas, un entretien interdisciplinaire axé sur la recherche d'un consensus peut aussi être recommandé pour apprécier des résultats.

Les règles usuelles concernant la validation des instruments psychodiagnostiques eu égard aux questions posées et à la population de référence correspondante (par ex. langue, culture, éducation) sont applicables au moment où on détermine l'indication de tels instruments.

Vu les falsifications et distorsions possibles, il convient de porter une attention particulière à la pertinence sous l'angle médico-assurantiel des instruments psychodiagnostiques utilisés, ainsi que de vérifier leur cohérence par rapport aux autres informations ou résultats.

Autres examens complémentaires

Dans certains cas, l'expert psychiatre peut être amené, sur la base du dossier ou de son propre examen, à demander d'autres examens complémentaires, par exemple des analyses exigeant un appareillage. L'indication de tels examens, surtout lorsqu'il s'agit de techniques coûteuses, doit être soigneusement vérifiée sous l'angle médico-assurantiel et faire l'objet d'un accord préalable avec le mandant.

Indication et intégration des expertises partielles de disciplines somatiques

Si le bilan somatique concerné par les questions auxquelles l'expertise doit répondre n'a pas été suffisamment bien précisé, on établira avec l'accord du mandant ou on sollicitera auprès de ce dernier un mandat d'expertise partielle somatique.

5 Informations fournies par des tiers

Les points suivants doivent être observés lors du recueil d'informations auprès de tiers.

Compétence pour obtenir des informations (en fonction du contexte juridique)

Consentement et information des droits

Consentement/procuration et information des droits de la personne expertisée, information des droits reconnus aux proches ou à d'autres tiers (cf. annexes 1 et 2).

Documentation

La documentation doit être écrite ; il est recommandé de la faire vérifier par la personne qui fournit l'information.

Vérification de la cohérence des indications

Les tiers ont également leurs propres intérêts et peuvent donner des indications biaisées. Les informations fournies doivent être replacées dans leur contexte et leur cohérence doit être évaluée.

Des questions ouvertes et neutres permettent d'éviter d'influencer la personne interrogée.

L'appréciation de la crédibilité des tiers incombe en définitive à l'organe chargé d'appliquer le droit (cf. point 6.2 et annexe 4).

6 Evaluation médicale et médico-assurantielle

Principes et éléments essentiels de l'appréciation dans le cadre de l'expertise

L'évaluation psychiatrique et médico-assurantielle, la synthèse et l'appréciation des données et des résultats recueillis forment l'essentiel de l'expertise psychiatrique d'assurance. Ce chapitre décrit la méthodologie du processus d'expertise.

6.1 Résumé de l'évolution personnelle, professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Le résumé peut être joint à l'évaluation médico-assurantielle ou présenté séparément. A l'instar de la synthèse du dossier, il constitue un condensé de l'analyse des faits essentiels pour l'évaluation médico-assurantielle. C'est sur ce condensé que repose finalement l'évaluation médico-assurantielle.

6.2 Evaluation de la cohérence, de la validité et de la plausibilité

Généralités

L'examen de l'authenticité des troubles, des symptômes ou des capacités limitées invoquées (annexe 4) fait partie intégrante de toute expertise de psychiatrie d'assurance, même sans procédure standardisée. Il a en outre valeur de preuve lors de l'appréciation par l'organe chargé d'appliquer le droit et pour la jurisprudence (annexe 6). Il comporte un avis sur la cohérence des troubles et symptômes invoqués – en tant que tels ainsi qu'avec les pièces du dossier et/ou les constatations effectuées (AWMF online, 2012a ; Dressing et Foerster, 2015a).

La meilleure approche pour y parvenir consiste à confronter les informations recueillies à l'aide des techniques les plus variées. A cet égard, les conclusions de l'observation du comportement et de l'évolution telles que décrites dans le catalogue des critères sont particulièrement utiles (Slick et al. 1999 ; Blaskewitz et Merten 2007 ; Merten 2014 ; Dressing et Foerster 2015a ; Rauh et al. 2008 ; Dohrenbusch 2016 ; Merten et Dohrenbusch 2016 ; AWMF online 2012a).

En font par exemple partie :

- une description manifestement imprécise des troubles ;
- l'absence de détails ou d'exemples de troubles, même lors de questions ciblées ;
- des contradictions relevées dans l'anamnèse ;
- des contradictions entre les données de l'anamnèse et le comportement, et/ou entre l'évolution anamnestique et le comportement ou la situation de test ;
- des contradictions entre les indications fournies par la personne expertisée et celles fournies par des tiers.

Le recours à des tests en vue de vérifier l'authenticité des troubles, des symptômes ou des performances peut se révéler utile. De tels tests présupposent cependant des compétences particulières (cf. annexe 4).

A noter : cohérent n'est pas synonyme d'authentique, tout comme non cohérent n'a pas la même signification qu'inauthentique.

La constatation d'une incohérence est exempte de jugement et doit être expliquée par l'expert. Concrètement, cela signifie qu'il doit vérifier si une incohérence constatée relève ou non d'un processus pathologique (par ex. trouble cognitif, incapacité de prendre conscience de sa maladie [associée à différentes pathologies], parathymie, désengagement émotionnel en cas de troubles somatoformes, réponses évasives liées à un comportement d'évitement en présence d'un syndrome de stress post-traumatique, etc.).

6.3 Evaluation et classification des troubles et des constats en référence aux systèmes de diagnostic actuels et par rapport aux évaluations antérieures, y compris celles ayant abouti à des conclusions différentes

Diagnostic fondé sur des critères

Le diagnostic repose sur l'ensemble des données recueillies et sur leur analyse. L'expert doit tenir compte de toutes les informations disponibles, sans négliger de relever et d'interpréter les éventuelles discordances. Il se limitera ici à exprimer son point de vue basé sur l'ensemble des éléments récoltés. Le diagnostic doit être motivé : il doit être confronté aux critères de la CIM ou du DSM actuels. Il convient de contrôler, sur la base des constatations, quels sont les critères satisfaits. Outre les éléments motivant le diagnostic, les diagnostics différentiels doivent également être évoqués. Les contradictions (par ex. entre les pièces du dossier et les résultats de l'examen clinique actuel, entre les troubles évoqués et les constats cliniques, entre les résultats de l'examen et ceux des examens complémentaires) doivent être mentionnées et expliquées dans la mesure du possible. La prise en compte des processus dynamiques au cours de l'évolution de la maladie psychique et des aspects circonstanciels des observations fait également partie du processus de diagnostic.

En cas d'évaluation différant fortement de celle du médecin traitant, il est recommandé de recueillir des compléments d'anamnèse auprès de celui-ci.

6.4 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc. (annexe 6)

Une analyse exhaustive de l'évolution de l'atteinte à la santé au moment de l'expertise est la condition sine qua non de l'évaluation de la sévérité, du pronostic et donc de la capacité de travail (annexe 3). Sont ici examinés :

- le début du recours à des traitements ;
- le caractère approprié (observation des lignes directrices en matière de traitement), la compliance et les résultats des mesures thérapeutiques ;
- les motifs de l'interruption et/ou de la modification des mesures d'intervention ;
- d'autres aspects : cf. annexe 6.

6.5 Discussion et appréciation médico-assurantielle (annexes 5 et 6)

Appréciation, en fonction de critères, des limitations des capacités fonctionnelles

L'étape suivante vise à évaluer les limitations de l'activité et de la participation de la personne expertisée. On se référera ici aux précédentes étapes de l'évaluation et, le cas échéant, aux catégories d'activités et de capacités définies dans la CIF. Le(s) diagnostic(s) posé(s) est/sont une référence pour d'éventuelles limitations touchant les capacités fonctionnelles :

- Quelles limitations découlent du diagnostic ?
- Quelles limitations sont observables ?

Pour un même diagnostic, différents individus présentent des limitations différentes, dans la mesure où la présence ou la coexistence de certains symptômes, de leur

expression et des stratégies d'adaptation liées à la personnalité de l'assuré, pour ne citer que cet exemple, influencent le degré de handicap fonctionnel.

Evaluation des dimensions de l'activité : définitions et quantification (annexe 5)

A partir d'un diagnostic on ne peut pas déduire directement une diminution de la capacité de travail. « L'aspect central de l'évaluation (...) consiste à déterminer les limitations des capacités qui résultent de la pathologie psychiatrique et sont susceptibles d'empêcher une personne d'assumer certaines fonctions » (Linden et Baron, 2005).

Selon la figure 1 relative à la méthode d'expertise, une qualification et une quantification selon la CIF des activités encore possibles sont requises en premier lieu. Des instruments structurés, standard et adaptés à la psychiatrie sont disponibles à cet effet (Linden et al., 2015). L'utilisation des instruments est facultative, mais la prise en compte des domaines de fonctions sous-jacents est impérative.

En cas de recours à ces instruments, il ne faut pas perdre de vue qu'ils reposent sur les indications et/ou les auto-évaluations de la personne expertisée et ne peuvent par conséquent en aucun cas être assimilés à des « constatations objectives ». A l'heure actuelle, ils ne sont pas encore validés pour une utilisation dans le cadre d'expertises médico-assurantielles (tout comme les instruments disponibles à l'échelle internationale, auxquels il est envisageable de recourir dans l'expertise pour la description des fonctions ; Canela et al. 2016).

Evaluation des capacités fonctionnelles dans l'activité professionnelle – dimensions (annexes 5 et 6)

Critères d'évaluation

L'évaluation globale des capacités fonctionnelles utiles au niveau de l'activité professionnelle doit comprendre l'analyse *rétrospective*, actuelle et prospective des capacités fonctionnelles de la personne expertisée dans les différents domaines d'activité considérés.

S'agissant des *tâches habituelles et adaptées*, un profil d'exigences positif et négatif doit être établi, dont on tire les capacités fonctionnelles théoriques exigées pour une activité professionnelle. La description des limitations doit être présentée de manière compréhensible pour le mandant et pour les éventuels organes chargés de l'application de la loi.

Pour évaluer la « capacité de travail raisonnablement exigible », il est recommandé à l'organe chargé d'appliquer le droit de s'appuyer sur le schéma suivant (annexe 5), grâce auquel une diminution de la capacité peut être justifiée du point de vue médical :

- sécurité (par ex. troubles de la concentration associés à un risque de mise en danger de soi-même ou d'autrui) ;
- santé (par ex. détérioration de la santé due à certaines activités) ;
- performance ou efficacité (associant les aspects de capacité et de temps) ;

- qualité de vie (par ex. absence de repos et de participation à la vie sociale et familiale pour cause d'épuisement) ;
- autres (par ex. comportement inadéquat vis-à-vis des clients ou des collègues).

Pour l'évaluation de la capacité de travail, deux aspects doivent être pris en compte (Swiss Insurance Medicine, 2013) :

- l'aspect performance (« rendement ») ;
- l'aspect temps (temps de présence au poste de travail).

Avis concernant la possibilité de surmonter les troubles par un effort de volonté

La mission de l'expert consiste à répondre à la question de savoir s'il existe des raisons médicales interdisant à la personne expertisée d'exercer, avec ou malgré ses troubles, une certaine activité. Ces raisons médicales doivent être examinées et, le cas échéant, exposées (Foerster et al., 2015).

Pronostic du point de vue de la psychiatrie d'assurance

L'évaluation du pronostic dépend de différents critères, lesquels doivent être pondérés dans la mesure du possible.

L'appréciation des capacités fonctionnelles nécessite d'examiner les caractéristiques des différents niveaux d'évaluation non seulement au moment présent (analyse transversale), mais aussi dans leur évolution (étude longitudinale, rétrospective et prospective), afin de formuler des assertions quant à l'évolution et à l'impact des traitements et/ou des mesures de réadaptation. L'appréciation des capacités fonctionnelles découle de l'analyse des données collectées et des informations fournies par la personne expertisée.

Il convient ici également d'évaluer en quoi consiste le statu quo, dans quelle mesure celui-ci est stable, et de définir les mesures susceptibles d'apporter une amélioration (et laquelle ?), preuves à l'appui (Swiss Insurance Medicine, 2013 ; Riemer-Kafka, 2012). L'expert doit relever les aspects non médicaux afin de permettre à l'organe chargé d'appliquer le droit d'apprécier les facteurs exogènes (non retenus pour déterminer l'invalidité).

Pour finir, l'expert doit donner son avis sur la question de savoir si une amélioration « significative » de la capacité de travail peut être escomptée, et dans quel délai – à compter du début des mesures thérapeutiques recommandées, conformément aux lignes directrices applicables en la matière. Le cas échéant, il est recommandé de fixer une date pour établir une nouvelle évaluation.

Exigibilité des mesures

La notion d'exigibilité est une notion juridique ; la nécessité et l'adéquation de la mesure envisagée en font partie, tout comme sa proportionnalité (rapport entre l'effet escompté de la mesure et l'intensité de l'intervention ou les effets secondaires indésirables).

L'exigibilité inclut par conséquent des aspects tant médicaux que juridiques. L'expert doit se limiter aux aspects médicaux et vérifier s'il existe des raisons médicales parlant en défaveur du recours aux traitements indiqués, de l'exercice

d'une activité donnée ou de la mise en place de mesures professionnelles, qui seraient en soi susceptibles d'améliorer la capacité de travail. C'est par exemple le cas en présence de contre-indications ou d'un rapport risques/bénéfices défavorable (Swiss Insurance Medicine, 2013).

L'expert devrait par exemple exposer, en se basant sur des connaissances factuelles (evidence based), comment évaluer l'efficacité d'une mesure thérapeutique en général, mais aussi dans le cas précis soumis à son examen. Il en va de même pour les effets indésirables prévisibles, les contraintes pesant sur l'assuré et les efforts requis de sa part. Si un assuré refuse une mesure appropriée à son cas, l'expert doit préciser si ce refus est lié à une pathologie (les troubles psychiques étant associés par ex. à une capacité de discernement insuffisante, à l'incapacité de donner son consentement, ou à l'incapacité de prendre conscience de sa maladie). Il doit également énumérer les effets secondaires négatifs potentiels d'ordre non médical. L'appréciation finale incombe ici à l'organe chargé d'appliquer le droit.

Annexes

Les informations présentées en annexe ne constituent pas des lignes directrices.

Il s'agit d'instruments, d'outils, de méthodes et de recommandations susceptibles de soutenir l'expert dans son travail.

Annexe 1

Entretien explicatif mené par l'expert XY le jj.mm.aaaa

Dans l'entretien explicatif les points suivants devraient être abordés :

- explication qu'il s'agit d'une expertise effectuée sur mandat de XZ et non d'un traitement;
- information sur les questions principales auxquelles l'expertise doit répondre telles que
 - si des diagnostics ont déjà été posés, et si oui lesquels ;
 - leurs répercussions sur la capacité de travail ;
 - Indication à des mesures d'ordre médical ou professionnel ;
- appréciation du pronostic ; si jamais d'autres aspects comme la question de l'existence d'un lien entre les atteintes à la santé avec un accident, etc.
- transparence de l'expert au sujet des documents à sa disposition, tels que documents du mandant, si jamais procès-verbal d'accident, procès-verbal de gendarmerie, si jamais matériel d'observation ;
- information sur le secret médical auquel est tenu l'expert :
 - pour le mandant, toutes les informations recueillies au cours de l'expertise lui seront communiquées, conformément aux modalités prévues dans l'autorisation ;
 - pour tous les autres tiers, l'expert est tenu au secret médical.
- si jamais information sur l'interprète et son devoir d'observer le secret professionnel ;
- devoir de collaboration de la personne expertisée :
 - l'expert, de même que l'interprète, ne peut pas recueillir des informations qui ne devraient pas être intégrées dans le rapport d'expertise ;
 - information sur la possibilité pour la personne expertisée de dire à l'expert qu'elle ne veut pas évoquer un sujet particulier ;
- précision sur l'octroi de prestations :
 - l'expert ne décide pas de l'octroi de prestations mais rassemble les informations médicales ;
 - la décision d'octroyer des prestations revient exclusivement au mandant.

Annexe 2

Récolte de renseignements auprès de tierces personnes

Cadre légal

- Dans le domaine des assurances sociales, l'expert a la possibilité de recueillir lui-même des informations anamnestiques auprès de tierces personnes pour autant que la personne expertisée l'y ait autorisé en signant une décharge à cet effet.
- En-dehors du domaine des assurances sociales (p. ex dans le droit de la responsabilité, le droit des assurances privées ou le droit pénal) les informations souhaitées ne devraient être obtenues que par l'intermédiaire du mandant, à qui il incombe de procéder aux démarches nécessaires dans le respect des règles de la procédure.
- Il n'y a pour les tierces personnes aucune obligation de fournir des renseignements, elles peuvent à tout moment faire valoir la protection de leurs propres intérêts.

A) Récolte de renseignement auprès de la famille, de l'employeur ou d'autres personnes de l'entourage privé

Manière de faire recommandée :

- On commencera par produire la décharge écrite autorisant la prise de renseignements auprès de tiers
- On informera la personne appelée à donner des renseignements qu'elle le fait librement, qu'elle peut à tout moment interrompre l'entretien et qu'elle peut refuser de s'exprimer à propos de certains points
- On évitera tout malentendu en précisant que les renseignements donnés figureront dans le rapport d'expertise si bien que la personne expertisée pourra en prendre connaissance
- Quand on s'adressera à des membres de la famille ou à d'autres personnes de l'environnement social proche, on négociera avec prudence le dilemme potentiel entre l'intérêt de l'expert à recueillir des informations et la prise en compte d'éventuels conflits de loyauté chez les proches. La question de la fiabilité des déclarations faites par des témoins devra être discutée dans l'expertise. On portera une attention particulière aux points suivants :
 - On veillera à poser des questions de fait : dates clef de la biographie, hospitalisations, médecins traitants ou autre thérapeutes, places de travail etc.
 - Contexte systémique : style de communication, comportement des proches, comportement de la personne expertisée, type d'interaction entre les deux.
- Quand on s'adressera à l'employeur, on prendra garde de ne se renseigner qu'auprès de cadres de différents niveaux comme le supérieur hiérarchique ou un responsable des ressources humaines («RH») – et jamais auprès de collègues !
 - Les indications données ne doivent pas obligatoirement être «objectives». Il est cependant préférable d'en rester à des questions de fait comme les données personnelles, le cahier des charges et le plan de travail, les qualifications, les incidents qui ont été documentés ou des événements comme une restructuration et, cas échéant, les compétences additionnelles nécessaires etc.

- On posera des questions permettant de se faire une idée de l'état antérieur, de la personnalité, du comportement, de la nature et de l'ampleur d'éventuelles baisses de rendement
- Les renseignements recueillis seront d'autant plus valables qu'on aura pu obtenir un étayage par des exemples concrets ou la documentation écrite y relative quand elle est disponible.
- Lorsque l'on recueille des renseignements oralement, il est recommandé de faire vérifier le compte-rendu écrit qu'on en a établi par la personne interrogée.

B) Récolte de renseignement auprès des médecins traitants

- Les médecins traitants sont soumis au secret professionnel et ne peuvent donc donner des renseignements qu'à condition d'en avoir été déliés. Une décharge écrite signée par la personne expertisée est indispensable. Il est recommandé de la rédiger de telle sorte que l'expert soit également délié du secret professionnel vis-à-vis des médecins-traitants.
- Il peut arriver que le médecin traitant refuse de donner des renseignements quand bien même il a été délié du secret professionnel en bonne et due forme. Dans ce cas de figure, les conséquences éventuelles du manque de certaines informations pour l'appréciation doivent être détaillées dans le rapport d'expertise. S'il apparaît que les informations manquantes seraient particulièrement importantes pour l'appréciation assécurologique, il y a également lieu d'en informer le mandant.
- La qualité des renseignements donnés est parfois hétérogène :
 - On veillera donc à poser des questions de fait (anamnèse, états antérieurs, constatations objectives, nature des plaintes, évolution, genre et durée du traitement etc.).
 - On ne restituera qu'avec prudence les jugements de valeur souvent exprimés lorsque des renseignements sont recueillis oralement.
- Lorsque l'on recueille des renseignements oralement, il est recommandé de faire vérifier le compte-rendu écrit qu'on en a établi par la personne interrogée.

C) Récolte de renseignement auprès de fonctionnaires ou d'instances officielles (curateurs, assistants sociaux, autres assurances sociales)

Les personnes en question sont soumises au secret de fonction si bien qu'une autorisation correspondante est ici aussi nécessaire.

Exemple pour la rédaction d'une décharge déliant les personnes concernées du secret professionnel :

Décharge déliant les personnes concernées du secret professionnel dans le cadre des investigations pratiquées le *Date* à la demande de *Nom du mandant*

Je soussigné, *Nom Prénom, Date de naissance de la personne expertisée*, autorise expressément par la présente *Nom, Prénom, Titre de spécialiste, Adresse de l'expert* :

A) Famille, employeur, autres personnes de l'entourage

A recueillir (par écrit ou oralement) auprès de *Nom de la personne appelée à donner des renseignements* des renseignements relatifs à ma situation personnelle ou professionnelle, à mes problèmes de santé, à la manière dont je passe mes journées, et à toute autre question pouvant être importante dans le cadre de l'expertise médicale actuellement en cours. J'ai pris connaissance du fait que l'expert utilisera les informations en question dans son rapport et je suis d'accord qu'il le fasse.

B) Médecins traitants/établissements hospitaliers

A recueillir dans le cadre de l'expertise médicale actuelle (par écrit ou oralement) auprès de *Nom du médecin traitant* (ou, formulation globale : *Auprès des médecins et des établissements hospitaliers qui m'ont traité dans le passé*) des renseignements quant aux traitements qui m'ont été dispensés et aux données d'ordre médical dont ils disposent, ainsi que tout autre renseignement nécessaire à l'accomplissement de l'expertise actuellement en cours.

Je délie par la présente mon *médecin traitant* *nn (les médecins et les établissements hospitaliers qui m'ont traité dans le passé)* du secret professionnel envers l'expert et je prends connaissance du fait que les renseignements donnés seront utilisés pour l'établissement du rapport d'expertise.

C) Fonctionnaires et instances officielles

A recueillir (par écrit ou oralement) auprès de *Nom de la personne appelée à donner des renseignements* des renseignements relatifs à ma situation personnelle ou professionnelle, à mes problèmes de santé, et à toute autre question pouvant être importante dans le cadre de l'expertise médicale actuellement en cours.

Je délie par la présente l'autorité/l'assurance du secret professionnel à l'égard de l'expert et je prends connaissance du fait que les renseignements donnés seront utilisés pour l'établissement du rapport d'expertise.

Ce document est valable pour *xx mois* (on recommande généralement une validité pouvant aller jusqu'à une année) jusqu'au *xy*.

Lieu, date, signature de la personne expertisée

Annexe 3

Évaluation du pronostic et de la sévérité des troubles du point de vue de la psychiatrie d'assurance

Nature et sévérité des troubles psychiques

L'appréciation de la nature et de la sévérité des troubles psychiques devrait s'appuyer sur un vaste éventail de données prenant en compte les renseignements anamnestiques, les plaintes exprimées par la personne assurée ainsi que les constatations objective. On portera une attention particulière aux points suivants :

- les ressources disponibles en regard des limitations avérées affectant la vie quotidienne et les contacts sociaux, la souffrance qui en résulte pour la personne concernée et les personnes de son entourage ainsi que l'impact des troubles sur tous les aspects de la vie ;
- la diversité et l'ampleur des troubles (par ex. troubles fonctionnels, douleurs, épuisement) ;
- le regard porté par la personne expertisée sur la sévérité des symptômes et l'ampleur de ses préoccupations quant à son état de santé;
- la manière dont elle fait face à ses troubles (« coping ») et fait recours au système de santé, notamment le temps et l'énergie consacrés aux symptômes ou aux soucis de santé ;
- les comorbidités ;
- l'appréciation par la personne elle-même de ce qu'elle peut encore faire;
- l'intensité de la souffrance observée ;
- la question de savoir dans quelle mesure les troubles sont chronifiés et dans quelle mesure l'échec des thérapies et des mesures de réadaptation entreprises peut être de façon plausible compris comme un marqueur de la sévérité des troubles.

L'expert doit enfin dire si – et dans quel délai à compter de leur mise en œuvre – on peut s'attendre à ce que les mesures thérapeutiques recommandées conduisent à une amélioration de l'état de santé ayant pour corollaire une récupération «significative» de la capacité de travail. Le cas échéant, il est recommandé de préciser à quelle date il conviendra de procéder à une réévaluation de la situation.

Il ne suffit pas, pour émettre un pronostic en termes de capacités fonctionnelles de prendre en compte les différents paramètres de l'évaluation de manière transversale dans le moment présent. Il faut aussi procéder à une analyse rétrospective de leur devenir afin de pouvoir se prononcer quant à leur évolution *prévisible dans le futur* compte tenu des traitements et/ou des mesures de réadaptation éventuellement prévus. Le pronostic doit prendre en compte tout l'éventail des facteurs susceptibles de l'influencer. Une longue incapacité de travail, une situation de chômage de longue durée ou encore le manque d'une place de travail appropriée sont par exemple des facteurs de nature à influencer le pronostic de manière négative. Le pronostic en termes de capacités fonctionnelles s'appuiera sur l'intégration de l'ensemble des données recueillies et des informations fournies par la personne expertisée. Dohrenbusch et Schneider 2016 détaillent les facteurs suivants dans leur revue des éléments à prendre en compte pour émettre un pronostic en termes de capacités fonctionnelles) :

- évolution de la maladie (gravité, durée, chronicisation) ;
- attitude face à la maladie et motivation au changement ;
- traitements et mesures de réadaptation entrepris à ce jour et leurs effets ;
- durée des périodes d'incapacité de travail ;
- notion d'une demande de rente ;
- contexte social (par ex. famille, niveau de formation, profession, disponibilité d'une place de travail) ;
- nature et qualité des ressources personnelles et contextuelles disponibles;
- soutien social (par ex. soutien apporté par la famille aux efforts de changement de la personne expertisée).

Seule une minorité des éléments ainsi identifiés constituent des facteurs strictement médicaux de pronostic, une constatation que font aussi Cornelius et al. (2016) : dans leur méta-analyse d'études pratiquées dans plusieurs pays, laquelle a montré que, sur 13 facteurs pronostiques en relation avec des troubles psychiques conduisant à un handicap durable, seuls deux étaient d'ordre médical, à savoir les douleurs aux épaules/au dos causées par le stress et les troubles dépressifs ou anxieux. Les autres facteurs intervenant avec divers degrés d'évidence dans un pronostic défavorable étaient les suivants : âge, sexe masculin, faible niveau de formation, statut de seul soutien de famille, longue période écoulée sans travailler, absences antérieures pour cause de maladie, attentes négatives, niveau socio-économique modeste, affectation à de nouvelles tâches professionnelles, chômage. La qualité et la continuité des mesures professionnelles avaient également une incidence sur le pronostic.

Évaluation de la gravité d'un trouble *somatoforme*

Dans la mesure où les symptômes cardinaux des troubles somatoformes résident dans des plaintes quant à ce qui est éprouvé dans le corps, l'expert ne peut pas alors en partie seulement orienter son appréciation d'après les catégories usuelles de la psychopathologie et leur expression phénoménologique, ce qui rend particulièrement difficile l'évaluation du degré de sévérité d'un trouble somatoforme.

La prise en compte d'un certain nombre d'éléments liés à la nature, à l'ampleur et à la gravité d'un trouble somatoforme aidera l'expert à procéder tout de même à une évaluation étayée sur des constatations :

L'assuré se plaint d'éprouver dans son corps des troubles ne trouvant pas d'explication organique satisfaisante (en plus de la douleur, il pourra s'agir par exemple de troubles centrés sur un organe ou éventuellement de troubles pseudoneurologiques) et/ou d'un épuisement («fatigue», «neurasthénie»).

Plus le nombre de troubles différents est élevé, plus le pronostic est défavorable et le handicap fonctionnel important (Henningssen 2014).

On se reportera ici à l'approche exposée dans le manuel DSM-5, qui définit le «trouble à symptomatologie somatique» (*dont font partie les troubles somatoformes selon la CIM-10*) grave de la manière suivante : Deux ou plus des symptômes spécifiés au critère B sont présents et sont associés à des plaintes somatiques multiples (ou à un symptôme somatique très sévère).

Le critère B pour le diagnostic d'un trouble à symptomatologie somatique est spécifié comme suit par le DSM-5 :

Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques ou à des préoccupations sur la santé suscitées par ces symptômes, se manifestant par au moins un des éléments suivants :

B1 Pensées persistantes et excessives concernant la gravité de ses symptômes.

B2 Persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes.

B3 Temps et énergie excessifs dévolus à ces symptômes ou aux préoccupations concernant la santé.

A tout le moins lorsque les critères pour qu'un trouble somatoforme doive être qualifié de «grave» au sens de la nomenclature DSM-5, il faut s'attendre à des limitations significatives des capacités fonctionnelles.

Autres éléments (« indicateurs ») signalant la gravité ou un pronostic plutôt défavorable de troubles somatoformes (Henningsen 2014 ; Keller et al. 2016 ; Egle et al. 2014 ; Henningsen et Schickel 2016) :

- comorbidité sous forme d'un trouble dépressif et/ou anxieux associé;
- «faiblesse du moi» c'est-à-dire faible degré d'introspection, par ex. « alexithymie » (difficulté à identifier ses propres émotions et à les verbaliser, pensée «opératoire») équivalant à un manque de ressources limitant l'accessibilité à des mesures thérapeutiques (Dieris-Hirche et al. 2012 ; Gündel et al. 2000 ; Grabe et Rufer 2009 ; Marelli 2007) ;
- modification de la personnalité et/ou vulnérabilité au stress accrue à la suite de traumatismes ;
- intensité de la souffrance avérée (notamment chez les assurés qui se sont engagés de leur propre initiative, *avant* l'introduction d'une demande de rente déjà, dans diverses démarches, y compris dans des thérapies dites «alternatives»);
- échec des démarches thérapeutiques appropriées auxquelles l'assuré a participé de façon motivée ;
- handicap à large spectre se manifestant avec la même intensité dans tous les domaines de la vie quotidienne.

Les facteurs qui viennent d'être cités ne doivent pas être compris comme une série de cases à cocher ; l'expert doit les prendre en compte en les intégrant à *l'ensemble* des informations recueillies à la faveur de ses investigations : observation clinique et symptômes, éléments du dossier, informations fournies par des tiers, cohérence, etc.

Annexe 4

Évaluation de la cohérence, de la validité et de la plausibilité

Aspects juridiques

En règle générale, il n'existe aucune atteinte à la santé susceptible de donner lieu à des prestations des assurances sociales lorsque la limitation des capacités repose sur une *exagération* ou sur d'autres phénomènes similaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2014, consid. 4.1).

Une exagération se caractérise par une présentation aggravée ou intensifiée des troubles, les symptômes étant présentés comme plus importants qu'il ne le sont dans un but précis (octroi d'une rente dans le présent cas) (consid. 4.2.2 de l'arrêt). La distinction entre un comportement restant (exclusivement) dans le registre de l'accentuation et la notion d'exagération comme elle vient d'être précisée doit faire l'objet d'un examen attentif des circonstances du cas particulier. Nous savons qu'une tendance (inconsciente) à l'extension et à l'accentuation des symptômes fait partie intrinsèque de la problématique des troubles somatoformes douloureux et des affections se situant dans le même registre. Une exagération ou tout autre phénomène similaire excluant l'allocation de prestations des assurances sociales sera en règle générale d'autant plus vraisemblable que l'on aura pu mettre en évidence des indices parlant pour une production intentionnelle et orientée de symptômes dans le sens d'un comportement «conscient».

Il faut cependant prendre en compte le fait que l'exagération peut découler de troubles psychiques distincts ayant valeur de maladie (consid. 4.2.4). Le simple fait que l'on constate une exagération ne constitue donc pas automatiquement un motif d'exclusion.

Dans le cas d'espèce, l'assuré prétendait vivre une existence isolée avec des contacts sociaux restreints, ce qui ne pouvait être exclu sur la base du dossier. Le Tribunal fédéral a retenu que, quand bien même la notion d'une détérioration de l'insertion sociale pouvait constituer un indice parlant contre la notion d'une exagération, elle ne pouvait à elle seule l'exclure dans une situation où de nombreux éléments parlaient en faveur d'un comportement d'exagération volontaire des troubles.

L'arrêt traite également de la question de *l'accentuation ostentatoire des troubles*. Selon le Tribunal fédéral, une telle accentuation peut constituer un processus « normal » (cf. fin du consid. 4.2.2) chez une personne ayant demandé à bénéficier de prestations des assurances sociales au moment où elle est soumise à une évaluation visant à déterminer dans quelle mesure elle y a droit, circonstance qui va le plus souvent (mais pas toujours) l'amener à présenter ses troubles d'une manière propre à favoriser l'obtention de ce qu'elle recherche.

Remarque : on parle de *simulation* lorsque la personne concernée déclare présenter des atteintes à la santé qui n'existent pas du tout.

Généralités (Ebner et al. 2016)

Toute expertise psychiatrique dans le domaine des assurances doit impérativement comporter une appréciation de l'authenticité des troubles, symptômes et limitations rapportés par la personne assurée. Il s'agit donc d'évaluer si les troubles décrits et les symptômes présentés forment un tableau consistant et cohérent et de pointer les discordances voire les contradictions éventuelles. A cet effet, on comparera entre elles les informations livrées par les différents registres de l'investigation. Il existe des catalogues de critères (Dressing et Foerster 2015a ; AWMF online 2012a) précisant les éléments de l'observation et de l'anamnèse méritant à cet égard une attention particulière. On citera notamment : une description particulièrement imprécise des troubles, sans que la personne assurée puisse donner de détails ou d'exemples concrets même après qu'on le lui a expressément demandé, des contradictions entre diverses déclarations de la personne assurée, des discordances entre ses déclarations et son comportement tel qu'on peut l'observer ou qu'il est rapporté par des tiers ou encore des incohérences entre les renseignements anamnestiques ou le comportement observé et les résultats obtenus en situation de test.

Les notions de cohérence et d'incohérence doivent être appréhendées en-dehors de tout jugement de valeur comme des points à clarifier dans le processus d'expertise. Il appartient concrètement à l'expert d'apprécier si et dans quelle mesure les incohérences qu'il a éventuellement constatées découlent d'un processus maladif (p. ex. troubles cognitifs, diverses formes d'absence de conscience de la maladie, discordance affective, détachement émotionnel dans certains troubles somatoformes, comportement d'évitement dans les états de stress posttraumatiques etc..)⁷.

Le recours à des tests de validation de symptômes peut s'avérer utile mais leur application requiert des compétences spécifiques si bien qu'ils ne doivent être mis en œuvre – le cas échéant sous supervision – que si l'on dispose de la formation et de l'expérience nécessaire.

Le choix de la méthode la mieux adaptée au cas particulier obéira aux critères habituels d'indication des instruments de diagnostic psychologique :

- L'instrument envisagé est-il validé pour les questions posées par le cas particulier ?
- Est-il validé pour une population de référence correspondant aux caractéristiques personnelles du sujet (langue, culture, niveau de formation) ?
- Permet-il d'identifier d'éventuelles falsifications ou distorsions de manière fiable ? Le cas échéant avec quel niveau de probabilité ?

Méthodologie

Évaluation clinique générale de la cohérence

⁷ L'ATF 141 V 281 demande que l'appréciation se fasse en fonction d'une grille d'évaluation normative (cf. annexe 6). Si l'expert estime que la capacité de travail ne peut *pas* être évaluée de manière fiable sur la base des éléments dont il dispose et des constatations qu'il a faites, il est alors tenu de l'*indiquer expressément*.

Il s'agit ici d'appliquer des critères cliniques généraux, dont une partie sont détaillés par la jurisprudence (ATF 141 V 281) dans la catégorie « cohérence ». L'expert doit vérifier si les incohérences éventuellement constatées découlent d'un trouble ayant valeur de maladie, si elles sont dues au fait que des symptômes ou des limitations sont rapportés de manière inauthentique, ou si elles s'expliquent par d'autres raisons d'ordre non-médical.

Évaluation clinique fondée sur les diagnostics et les syndromes typiques

(Dressing et Foerster 2014 ; Resnick et Knoll 2005, 2008)

- Etat de stress post-traumatique
- Psychoses/schizophrénie
- Troubles dépressifs
- Démence
- Bouffées délirantes
- Hallucinations

L'expert appréciera dans quelle mesure les différents symptômes présentés ou évoqués s'inscrivent de façon typique dans un tableau clinique correspondant à la présentation habituelle du diagnostic ou du syndrome en question, et il identifiera ceux devant être considérés dans une telle perspective comme inauthentiques. L'évaluation phénoménologique de l'authenticité du tableau présenté requiert de très bonnes connaissances de la psychopathologie et une grande expérience clinique.

Les questions relatives à l'approche psychométrique de la validité des symptômes et de l'authenticité des efforts déployés par la personne examinée ont été discutées dans les ouvrages suivants : Merten 2014 ; Bianchini et al. 2005 ; Blaskewitz et Merten 2007 ; Halligan et al. 2003 ; Reynolds et Horton 2012 ; Rogers 2008 ; Schneider et al. 2016 ; Slick et al. 1999 ; Vossler-Thies et al. 2013 ; Walter et al. 2012)

Tests *psychologiques* standardisés divers

(Merten et Dohrenbusch 2016 ; Rogers 2008 ; Wisdom et al. 2010)

Seuls quelques rares tests *psychologiques* standardisés pour la validation de troubles/symptômes ont été traduits en français et validés pour une population correspondante (par ex. l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota ou IMPM-II, validé pour de nombreux espaces linguistiques). L'appréciation des résultats présuppose en général des connaissances spécialisées, même si l'analyse est opérée de manière électronique. Par ailleurs, l'utilisation de certains tests n'est adaptée que pour des syndromes déterminés.

Méthode pour l'examen des troubles douloureux

(Bianchini et al. 2005 ; Etherton 2014)

Tests neuropsychologiques pour l'évaluation des troubles cognitifs

(Merten 2014 ; Merten et Dohrenbusch 2016, 2016 ; Slick et al. 1999 ; Blaskewitz et Merten 2007)

Un bilan neuropsychologique comportant des procédures de validation des troubles/symptômes est utile en présence de symptômes ou d'allégations suggérant

un trouble cognitif. Les tests de validation correspondants ont été très bien standardisés et évalués. L'inclusion de procédures de validation des troubles permet en outre d'obtenir des informations sur la crédibilité des troubles psychiques et somatiques évoqués.

Évaluation de la crédibilité fondée sur l'analyse des déclarations

(Svitak et al. 2007 ; Rauh et al. 2008 ; Dohrenbusch 2016)

Cette procédure a initialement été développée en droit pénal pour l'évaluation de la crédibilité de témoignages.

Anamnèse par un tiers

(Riemer-Kafka 2012)

Cf. chapitre 5. Les indications données par des tiers peuvent également être déformées. Les critères permettant d'évaluer la crédibilité peuvent être appliqués lors de leur appréciation. L'investigation doit se concentrer sur des faits et des exemples concrets, et non sur des opinions.

Procédures de surveillance

(Riemer-Kafka 2012)

En règle générale il s'agit de savoir si les documents correspondants seront ou non soumis à l'expert psychiatre. Les photographies prises dans le cadre d'une procédure de surveillance n'ont le plus souvent qu'une pertinence limitée pour l'expertise psychiatrique. Dans certains cas, elles permettent toutefois d'évaluer les fonctions et les capacités (par ex. appareil locomoteur, contact avec des tiers, réalisation de tâches complexes, etc.). Elles constituent essentiellement une possibilité additionnelle d'évaluer l'authenticité des limitations fonctionnelles évoquées.

Il n'appartient pas à l'expert de s'engager dans des tâches de surveillance en dehors des locaux de son cabinet.

Conclusions

- L'analyse de la cohérence représente la voie royale vers la validation des symptômes présentés et des plaintes évoquées.
 - Attention : incohérent n'est pas synonyme d'inauthentique.
- On privilégiera un diagnostic multimodal prenant en compte, au-delà des constatations actuelles, une perspective longitudinale, diachronique.
 - Il faut se garder de généraliser : On veillera ainsi à ne pas extrapoler à partir d'un seul élément (p. ex. des indices de falsification délibérée lors de l'examen neuropsychologique) pour tirer des conclusions sur l'ensemble du tableau en affirmant p. ex. que «la présentation des douleurs n'est pas authentique.».
 - Attention à ne pas faire reposer l'appréciation sur un seul test ou sur une seule incohérence.
- Il faut se rappeler que maladie et exagération ou simulation ne s'excluent pas mutuellement et prendre en compte un continuum allant d'un extrême à l'autre avec toutes les nuances intermédiaires.

- C'est la validité des symptômes évoqués qui est appréciée et non celle de la maladie.
- Les questions d'appréciation et de diagnostic sont complexes, elles impliquent des discriminations subtiles entre des entités plus souvent continues que discrètes.
- Des connaissances approfondies en psychiatrie et une grande expérience clinique sont indispensables.
- Attention aux jugements basés sur l'«instinct» ou sur le «flair» qui se sont avérés aléatoires même chez les experts confirmés ! (Resnick 2014)
- Les motivations sous-jacentes sont fréquemment opaques et inexplicables !
- Il est particulièrement difficile de poser un diagnostic et de discriminer entre ce qui est volontaire et ce qui ne l'est pas dans les cas de troubles somatoformes surtout lorsque se pose la question d'un trouble factice ou d'un trouble dissociatif ! (Ebner et Kopp 2014 ; Kopp et Ebner 2014)
- La question de savoir dans quelle mesure le tableau présenté peut être orienté et manipulé consciemment est d'une importance décisive (Foerster et al. 2015)
- Il vaut mieux appeler un chat un chat plutôt que de poser un diagnostic hypothétique sur la base d'un tableau clinique peu clair et on utilisera donc de préférence des formules comme :
 - « Troubles/symptômes/limitations fonctionnelles impossibles à expliquer d'un point de vue médical »
 - « Présentation inauthentique des troubles/symptômes/limitations fonctionnelles »
 - « Présence possible d'un léger trouble psychique pratiquement impossible à évaluer en tant que tel tant il est surchargé par des symptômes inauthentiques »
 - « La capacité de travail de ... ne peut être évaluée / est supérieure à celle alléguée avec une vraisemblance prépondérante / ne peut être évaluée que d'un point de vue médico-théorique »

Annexe 5

Dimensions de l'activité : définitions et quantification

Il n'y a pas de relation directe entre le diagnostic posé et une éventuelle diminution de la capacité productive au plan professionnel. Linden et Baron ont développé avec le Mini-CIF-APP un instrument basé sur la CIF qui s'impose de plus en plus comme une approche de référence (Linden et al. 2015). « L'aspect central de l'évaluation (...) consiste à déterminer les limitations de capacités qui résultent de la pathologie psychiatrique et sont susceptibles d'empêcher une personne d'assumer certaines fonctions » (Linden et Baron 2005).

Le Mini-CIF-APP et son dérivé l'IFAP 2 encore en cours de développement constituent des instruments d'investigation appropriés pour l'évaluation quantitative du niveau effectif de capacité des assurés atteints de troubles psychiques. Ces instruments prennent en compte les dimensions «activité» et «participation» de la CIF.

Les critères de cotation ci-dessous correspondent à la définition qui en est donnée dans le manuel du Mini-CIF-APP (Linden et al. 2015). On soulignera qu'il s'agit d'évaluer pour chaque item non pas la « performance » de l'assuré mais sa « capacité » (cf. Linden et al. 2015 pour des définitions et instructions détaillées)

0. *Pas de limitation* : les capacités du sujet correspondent à ce qu'on peut attendre d'une personne normale, compte tenu notamment de son groupe de référence.
1. *Limitation légère* : il existe de légères difficultés ou problèmes pour mettre en oeuvre les capacités/activités décrites, sans pour autant qu'il en résulte des conséquences négatives importantes.
2. *Limitation moyenne*: par rapport au groupe de référence il existe des problèmes significatifs dans la mise en œuvre des capacités/activités décrites, et il en résulte des répercussions et des conséquences négatives pour le sujet ou pour autrui.
3. *Limitation sévère* : la capacité du sujet à mettre en œuvre les capacités/activités décrites est restreinte de façon importante. Il ne parvient plus dans une large mesure à remplir les rôles qu'on attend qu'il assume. Il a en partie besoin de l'aide de tiers.
4. *Limitation totale* : le sujet n'est pas capable de mettre en œuvre les capacités/activités décrites. Il doit en être déchargé et ce sont des tiers qui doivent les assumer pour lui.

Dimensions

Adaptation à des règles et à des routines : [degré] [motif]

Planification et structuration des tâches : [degré] [motif]

Flexibilité et capacité d'adaptation : [degré] [motif]

Application des compétences et des connaissances professionnelles : [degré] [motif]

Capacité de décision et de jugement : [degré] [motif]

Endurance : [degré] [motif]

Capacité de s'affirmer : [degré] [motif]

Capacité d'entrer en contact et de converser avec des tiers: [degré] [motif]

Capacité d'évoluer au sein d'un groupe : [degré] [motif]

Capacité d'entretenir des relations familiales et intimes : [degré] [motif]

Initiative et activités spontanées : [degré] [motif]

Hygiène et soins corporels : [degré] [motif]

Mobilité et capacité de déplacement : [degré] [motif]

Évaluation des capacités fonctionnelles dans l'activité professionnelle – dimensions^{8,9}

Dans le cadre de l'évaluation des capacités fonctionnelles sollicitées par l'activité professionnelle, on évaluera en particulier l'aptitude de la personne expertisée à participer au monde du travail. Il s'agira donc d'évaluer concrètement ses capacités fonctionnelles compte tenu du profil d'exigences spécifique de son métier ou des activités exercées jusqu'à présent si elle n'exerce aucune activité professionnelle (par ex. assurés en formation, femmes/hommes au foyer). Une telle évaluation ne nécessite pas qu'on examine la capacité à participer à d'autres domaines d'activité sauf dans les cas où il en découlerait des conséquences importantes en ce qui concerne les capacités fonctionnelles concrètes sollicitées par l'activité professionnelle. La prise en compte de ces autres domaines est cependant indispensable lorsqu'il s'agit d'évaluer la cohérence et la consistance du profil des limitations, cf. point 6.2. Dans le cas des assurés ayant demandé une rente en raison d'une diminution de leur capacité de gain, il s'agira de déterminer dans quelle mesure la personne expertisée peut satisfaire aux exigences du marché général du travail.

Critères d'évaluation

L'évaluation globale des capacités fonctionnelles utiles au niveau de l'activité professionnelle doit reposer sur une approche intégrative prenant en compte les capacités fonctionnelles de la personne expertisée en regard des exigences des diverses tâches qu'elle doit effectuer.

En ce qui concerne la dernière activité exercée, il s'agira d'esquisser un profil négatif décrivant les tâches que l'assuré n'est plus capable d'accomplir.

On établira enfin un profil positif décrivant les tâches que l'assuré serait encore en mesure d'accomplir dans le cadre d'une activité adaptée.

Pour être en mesure de se déterminer quant à la « capacité de travail raisonnablement exigible », l'organe chargé d'appliquer le droit n'a pas seulement besoin que l'expert dresse une liste des capacités conservées ou altérées ou des activités encore possibles ou non. Il faut encore qu'il détaille les arguments médicaux motivant son évaluation des capacités fonctionnelles pertinentes pour l'activité professionnelle. Ce n'est que sur la base de telles explications que l'organe

⁸ « Ce n'est pas le médecin qui a le dernier mot lorsqu'il s'agit d'évaluer la répercussion des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. L'appréciation de la nature et de l'ampleur des performances qu'on est encore en droit d'attendre de l'assuré est en effet du ressort du juriste, qui devra cependant s'appuyer dans une mesure importante sur les indications fournies par le médecin dont l'avis devra autant que possible être étayé par des arguments relevant de son domaine de compétence. » (cf. ATF 140 V 193 consid. 3.2). Dans le cas où le juriste s'écartera de l'avis médical, il devra le motiver avec des arguments juridiques détaillés (Marelli, 2014).

⁹ « Qu'on soit en présence d'une pathologie organique documentée de façon objective ou d'un tableau de plaintes diffuses, il ne pourra y avoir de droit aux prestations sans une évaluation médicale décrivant de manière plausible les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain. Tout particulièrement quand on sera confronté aux questions difficiles en matière d'investigation et de preuve que posent les tableaux de plaintes diffuses, on pourra être amené à prendre en compte – en s'appuyant cas échéant sur des renseignements fournis par des tiers – des points comme le comportement pendant les loisirs ou le degré d'engagement dans la vie de famille pour rendre plausible le degré de limitation retenu. » (cf. ATF 140 V 290 consid. 3.3.2).

chargé d'appliquer le droit pourra procéder à une appréciation indépendante des capacités fonctionnelles.

La classification selon Oliveri et al. (2006) s'est imposée dans ce domaine comme référence en Suisse (Oliveri et al. 2006a, 2006b). Le groupe de travail chargé d'élaborer des lignes directrices est parvenu à un accord pour proposer le canevas suivant :

Sécurité : [absence de limitations – limitations nécessitant une assistance par des tiers – impossibilité d'exercer un emploi comportant des enjeux en matière de sécurité] [justification]

Santé : [on ne doit s'attendre à aucune répercussion défavorable sur l'état de santé – on doit s'attendre à des répercussions probables sur la santé nécessitant des mesures d'intervention (lesquelles ?) – emploi contre-indiqué] [justification]

Performance ou efficacité : [pas ou peu de limitations – limitations qualitatives/quantitatives moyennes – limitations qualitatives/quantitatives importantes – aucune performance possible] [justification]

Qualité de vie : [pas ou peu de conséquences négatives à attendre – conséquences négatives importantes probables, lesquelles ? – activité professionnelle ne pouvant aucunement entrer en ligne de compte] [justification]

Autres : [à déterminer] [pas ou peu de limitations – limitations moyennes – limitations importantes – impossibilité] [justification]

Annexe 6

ATF 141 V 281

Procédure structurée d'administration des preuves : indicateurs

Dans son nouvel arrêt de principe, le Tribunal fédéral exige une évaluation objective des capacités fonctionnelles à l'aide d'une grille de contrôle normative, comprenant l'évaluation de la sévérité des limitations fonctionnelles après vérification de la cohérence (tableau selon l'Office fédéral des assurances sociales, 2015b)¹⁰ :

- A. Catégorie « degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle »
 - a. Complexe « atteinte à la santé »
 - i. Mention des constatations pertinentes pour le diagnostic
 - ii. Succès du traitement ou résistance au traitement
 - iii. Succès de la réadaptation ou résistance à la réadaptation
 - iv. Comorbidités
 - b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)
 - c. Complexe « contexte social »

- B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)
 - a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie
 - b. Intensité de la souffrance avérée par l'anamnèse établie en fonction du traitement et de la réadaptation

¹⁰ L'ATF 141 V 281 exige une vue d'ensemble cohérente et ne reconnaît comme invalidantes que les atteintes psychiques graves, c'est-à-dire les états de santé (inaccessibles à toute thérapie) qui restreignent durablement les capacités fonctionnelles et/ou considérablement les ressources psychiques.

Annexe 7

Évaluation de la causalité (cf. glossaire sous causalité)

L'évaluation du lien de causalité est régulièrement nécessaire dans les expertises dans le domaine de l'assurance accident et de la responsabilité civile. Dans le domaine de l'assurance invalidité elle peut être nécessaire dans les cas de recours contre un tiers (p. ex. l'AI contre l'assurance responsabilité civile d'une personne responsable d'un accident). Sinon la manière dont est survenu un trouble psychique constaté (donc la causalité) ne revêt ici généralement qu'une importance secondaire. En présence d'un trouble ayant valeur de maladie, il s'agit avant tout d'en évaluer la sévérité et ses répercussions sur les capacités fonctionnelles.

Evaluation de la causalité

L'expertise psychiatrique ou médicale doit répondre à la question de savoir si et dans quelle mesure un trouble psychique est en lien avec un événement accidentel (cas d'assurance accident ou de responsabilité civile). Il suffit également que l'événement accidentel soit une cause partielle des troubles psychiques. L'expertise psychiatrique en s'appuyant sur une présentation détaillée des faits médicaux formule une appréciation motivée au sujet du lien (certain, selon la vraisemblance prépondérante, possible ou impossible) entre l'événement accidentel et les troubles psychiques (causalité naturelle).

Le droit à des prestations, basé sur l'évaluation faite dans le rapport d'expertise, qui doit établir un degré de preuve selon la vraisemblance prépondérante au moins, est établi par l'organe chargé de l'application du droit. De plus ce dernier évalue si les critères de la causalité adéquates sont remplis. La causalité adéquate fait office de facteur limitatif. Entre les circonstances ainsi que la sévérité de l'événement accidentel et les réactions individuelles un certain lien communément admis doit exister, d'autre part les facteurs de risques individuels sont pondérés. Dans le domaine de l'assurance accident le Tribunal Fédéral a émis des critères pour l'évaluation de la causalité adéquate de troubles psychiques à la suite d'un accident (ATF 115 V 133).

Particularités concernant la survenance de troubles psychiques

En règle générale, les troubles psychiques résultent de facteurs multiples :

- prédisposition (vulnérabilité) ;
- personnalité ;
- effet de traumatismes antérieurs ;
- sensibilité au stress ;
- existence de facteurs aggravants déclencheurs ;
- facteurs contextuels de longue durée ;
- aggravation des troubles à un stade ultérieur.

Dans le cadre de troubles psychiques consécutifs à un accident, il convient d'apprécier le vécu de l'accident par l'assuré (« psychisme accidenté ») et sa réaction psychique aux conséquences de l'accident sur le plan physique et social, ainsi que les répercussions correspondantes sur l'élaboration psychique et les interactions entre l'ensemble de ces facteurs.

L'expertise doit fournir une présentation détaillée du raisonnement médical et – dans la mesure du possible – le pondérer (cf. glossaire, « causalité », « statu quo ante » et « statu quo sine »).

Lors de l'évaluation du lien de causalité avec l'accident, l'organe chargé d'appliquer le droit se fonde fréquemment sur des modèles trop simples au sens d'une addition de facteurs aggravants, sans doute dans le but d'établir une délimitation précise entre les facteurs liés à l'accident et les influences étrangères qui ont causé les troubles psychiques. En règle générale, les associations (synergiques) de facteurs entraînant des troubles psychiques à la suite d'un accident constituent des interactions complexes, par exemple sous forme d'aggravations avec un effet de réciprocité ou de situations dans lesquelles ces facteurs tendent à se neutraliser réciproquement.

Plusieurs facteurs interviennent généralement dans la genèse de troubles psychiques consécutifs à des accidents. L'existence, avec une vraisemblance prépondérante, d'un lien de causalité entre l'accident (le vécu de l'accident ou ses conséquences) et les troubles psychiques apparus constitue une base suffisante pour attester la causalité naturelle avec l'accident. Un tel lien de causalité partielle associé à des troubles psychiques consécutifs à un accident est donné dans la plupart des cas.

La limite entre les facteurs liés à l'accident et les causes étrangères responsables de l'état de santé psychique est floue : outre des séquelles clairement identifiables (par ex. conséquences psychiques de lésions cérébrales, troubles psychotraumatiques et réactions psychiques aux conséquences physiques d'accidents, le cas échéant à la suite d'une vulnérabilité accrue liée à une prédisposition ou à de précédents traumatismes), les accidents entraînent généralement aussi des réactions psychiques liées aux contraintes sociales. Dans ce contexte, il est nécessaire de tenir compte des nombreuses interactions avec les proches et les personnes de référence ainsi qu'entre l'ensemble de ces facteurs.

L'expert doit établir à l'intention de l'organe chargé d'appliquer le droit un rapport plausible, qui présente ses considérations quant à l'effet combiné de ces facteurs.

Attribuer une pondération aux facteurs d'influence précités se révèle généralement difficile et, dans le meilleur des cas, aboutit à une évaluation approximative dans le cadre d'une analyse holistique de l'expert ; selon ce type d'analyse, les facteurs liés à l'accident et les causes étrangères ont un poids identique, ou la pondération de l'un des deux est plus élevée, voire prépondérante.

En général, l'évolution de la pathologie sur plusieurs années (ce qui est souvent le cas au moment où l'expertise a lieu), implique l'intervention de nombreux facteurs contextuels qui interagissent avec l'état de santé psychique, par exemple avec les aspects liés à la gestion de la maladie, aux fonctions cognitives, à l'état affectif ou au comportement.

Dans le cas de troubles psychiques sans lien avec un accident également, les facteurs déclenchant perdent généralement leur importance dans l'évolution de la

maladie, tandis que d'autres facteurs tels que les influences systémiques (comportement et réactions des proches) jouent un rôle croissant dans la prolongation ou l'éventuelle modification de la pathologie. Le « fil rouge » initial du lien de causalité avec un accident ou une situation déclenchante devient ainsi de plus en plus ténu à mesure que les facteurs d'influence se multiplient. L'expertise doit formuler des assertions au sujet des nouveaux aspects qui apparaissent et modifient l'évolution des troubles, en particulier lorsque celle-ci se poursuit sur plusieurs années.

Dans le cas de troubles psychiques non liés à un accident également, la situation déclenchante perd généralement en importance dans l'évolution consécutive de la maladie, tandis que d'autres facteurs tels que les influences systémiques (comportement et réactions des proches) jouent un rôle croissant dans la prolongation ou l'éventuelle modification de la pathologie. Le « fil rouge » initial du lien de causalité avec un accident ou une situation déclenchante devient ainsi de plus en plus ténu à mesure que les facteurs d'influence se multiplient. L'expertise doit formuler des assertions au sujet des nouveaux aspects qui apparaissent et modifient l'évolution des troubles, en particulier lorsque ceux-ci perdurent sur plusieurs années.

Il faut prendre garde que le lien de causalité naturelle ne peut être exclu que l'état de santé psychique au moment de la réalisation de l'expertise est le même que si l'événement accidentel n'avait pas eu lieu (*statu quo ante*), ou si l'évolution aurait été la même sans cet événement (*statu quo sine*).

Conclusion

En ce qui concerne la causalité, c'est-à-dire les liens de causalité d'un point de vue médical, l'expertise doit contenir des assertions motivées selon le degré de vraisemblance (certain, selon la vraisemblance prépondérante, possible, ou impossible).

L'évaluation finale pour déterminer si la causalité naturelle est admise et en conséquence si les conditions de la causalité adéquates sont remplies revient à l'organe chargé d'appliquer le droit.

Glossaire

Activité (selon la CIF)

Activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne.

Autolimitation

Absence de motivation ou autolimitation lors d'une évaluation fonctionnelle ou dans le cadre d'un programme de formation : le patient interrompt les épreuves ou les exercices très rapidement, avant que des signes d'effort ou qu'une limitation fonctionnelle (tension musculaire, mouvements d'évitement, insuffisance de la capacité de stabilisation ou accélération du pouls, par ex.) soient observables (Oliveri et al. 2006b).

Capacités fonctionnelles ou « capacity » (selon la CIF)

Désigne le niveau maximum d'efficacité qu'une personne est susceptible d'atteindre dans la réalisation d'une tâche ou d'une action en conditions de test, en conditions normales ou de manière hypothétique. Le terme de « maximum » doit être interprété en relation avec la question traitée. La capacité fonctionnelle fait partie intégrante du concept d'activité.

Causalité

« Par lien de causalité, on entend la relation entre la survenance d'un risque et ses conséquences ou, en d'autres termes, entre cause et effet. Le rapport de connexité temporelle ne suffit pas à lui seul (*post hoc, ergo propter hoc*, litt. : à la suite de cela, donc à cause de cela) ; la causalité doit être établie sur le plan médical » (Riemer-Kafka 2012). Une distinction est opérée entre lien de causalité *naturelle* et lien de causalité *adéquate*.

Au sens d'un lien de causalité *naturelle*, les causes sont *toutes* les circonstances sans lesquelles le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière (en nature et en intensité), ou encore dont on peut penser qu'il ne se serait pas produit au même moment (ATF 129 V 177 ff. [181], consid. 3.1). La survenance du risque peut découler d'une cause unique ou d'une cause partielle qui n'est pas obligatoirement immédiate. Elle doit par conséquent être la condition *sine qua non* de la nature et de l'intensité du dommage (Riemer-Kafka 2012).

Cause partielle : cause qui, associée à d'autres facteurs, a provoqué l'atteinte à l'intégrité physique, mentale ou psychique (vaut par ex. également dans le cas de l'aggravation d'un état antérieur existant par une cause (partielle) qui vient s'ajouter) (Riemer-Kafka 2012). La cause partielle diffère ici de la cause occasionnelle, qui a conduit au déclenchement ou à la manifestation d'un autre risque déjà latent (Riemer-Kafka 2012).

Monocausalité : cause unique responsable de tout (Hoffmann-Richter et al. 2012).

Le médecin prend exclusivement position sur le lien de causalité naturelle. Pour l'expert psychiatre se pose en outre la question, lors de son évaluation, de savoir si et quand (dans la suite de l'évolution) la causalité peut être considérée comme éteinte (*statu quo ante vel sine*, cf. glossaire).

La jurisprudence reconnaît l'existence d'un lien de causalité adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'événement considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 ff. [461 f.], consid. 5A) (Riemer-Kafka 2012).

S'agissant des conséquences psychiques d'accidents, le Tribunal fédéral a précisé les critères permettant – en fonction de la gravité et des circonstances de l'accident ainsi que de ses conséquences – d'admettre la causalité adéquate (ATF 115 V 133).

Par analogie, le Tribunal fédéral a énuméré les critères relatifs aux traumatismes de la colonne cervicale (ATF 134 V 109 du 28.5.2008).

L'évaluation du lien de causalité adéquate incombe à l'organe chargé d'appliquer le droit. L'expert est tenu de fournir les bases médicales nécessaires à cet effet (Hoffmann-Richter et al. 2012).

CIF

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Cadre et classification de l'OMS pour la caractérisation de personnes en situation de handicap. La CIF comprend quelque 1400 entrées (éléments).

Domaine (selon la CIF)

Ensemble pratique et significatif d'éléments issus d'une sous-classification de la CIF.

Efficacité ou performance (selon la CIF)

Désigne la réalisation effective d'une tâche ou d'une action par une personne dans son cadre de vie réel. L'efficacité est un aspect relevant du concept d'activité.

Exagération (Aggravation en allemand)

Exagération volontaire d'un trouble existant, présenté comme plus grave ou plus intense qu'il n'est en réalité, dans le but d'en tirer des avantages (matériels).

Exigibilité

Il ne s'agit ici pas d'une notion médicale, mais d'un concept normatif en relation avec la « proportionnalité » d'une mesure.

Extension des symptômes

La notion d'« extension des symptômes » n'est ni un diagnostic ni un concept nosographique. Elle ne sert qu'à décrire une constellation réunissant pour l'essentiel les éléments suivants : le patient se plaint de symptômes exagérément intenses, pouvant connaître une extension topographique ne concordant pas avec l'expérience habituelle des cliniciens, il frappe par un large éventail de limitations fonctionnelles et une forte restriction de ses activités, ainsi que par un manque de volonté lorsqu'il s'agit de participer aux évaluations fonctionnelles. Des incohérences évidentes sont relevées lors de l'examen (Société suisse de rhumatologie, groupe de travail « médecine d'assurance » et Jeger 2007).

Facteurs contextuels (selon la CIF)

Ce sont tous les facteurs qui constituent le cadre de vie d'une personne. Ils se composent de facteurs environnementaux et personnels.

Facteurs environnementaux (selon la CIF)

Les facteurs environnementaux désignent les aspects physiques, sociaux et attitudeux du cadre de vie d'une personne.

Facteurs personnels (selon la CIF)

Ils représentent le cadre de vie spécifique d'une personne (ses particularités et attributs), composé de caractéristiques de la personne qui ne font pas partie d'un problème de santé ou d'un état fonctionnel. A ce jour, les facteurs personnels peuvent uniquement être décrits dans la CIF, mais ne peuvent pas encore être classifiés.

Fonctions organiques (selon la CIF)

Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).

Incapacité de gain (art. 7 LPGA)

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de la personne assurée sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

Incapacité de travail (art. 6 LPGA)

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Indemnité pour atteinte à l'intégrité

« L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour objet de reconnaître qu'au-delà des prestations en nature et en espèces, des préjudices immatériels durables, qui sont irréparables, peuvent découler d'accidents » (Hoffmann-Richter et al. 2012). Cette indemnité revêt la forme d'un versement unique. « L'atteinte à l'intégrité physique, mentale ou psychique doit être durable » et significative, et toutes les possibilités de traitement doivent avoir été épuisées. « Les séquelles d'accident doivent être identifiées et dissociées des conséquences de maladies » (Hoffmann-Richter et al. 2012) (Pour de plus amples informations sur le contexte juridique, cf. Riemer-Kafka 2012).

Les tables de la SUVA donnent des indications précises sur l'évaluation de cette indemnité (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Suva 2002, 2004) et <https://www.suva.ch/fr-ch/accident/accident/medecine-des-assurances>).

Maladie et pathologie

Le sociologue médical établit une distinction entre maladie (« illness ») et pathologie (« disease ») (Mechanic 1962). La maladie ou le fait de se sentir malade exprime le vécu de ses troubles par une personne. La pathologie en revanche est un état pouvant être objectivement constaté et diagnostiqué, mais qui ne doit pas encore être considéré comme un trouble (par ex. tension artérielle élevée). La maladie ne doit quant à elle pas nécessairement être un état objectivement constaté et diagnostiqué dans tous les cas.

Participation (selon la CIF)

Participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle, par exemple dans le travail rémunéré.

Problème de santé (selon la CIF)

Atteinte à la santé fonctionnelle résultant des interactions complexes entre les différentes composantes de la CIF. La notion de handicap désigne les aspects négatifs de ces interactions.

Rendement

Pour l'évaluation de la capacité ou de l'incapacité de travail, les deux aspects suivants sont en premier lieu examinés séparément (Swiss Insurance Medicine 2013) :

- aspect performance (résistance ou « rendement ») ;
- aspect temps (temps de présence au poste de travail).

Ressources

Par ressources, on entend les « parts de santé » qu'une personne porte en elle : compétences, aptitudes, connaissances, habileté, expériences, talents, préférences et forces. En font également partie les capacités à faire face aux situations de la vie quotidienne, à s'adapter à la nouveauté et à surmonter les difficultés. De bonnes relations avec autrui et un solide réseau social constituent aussi d'importants aspects des ressources personnelles. L'ampleur des ressources personnelles dépend essentiellement de la personnalité sous-jacente.

Santé fonctionnelle (selon la CIF)

Selon la CIF, une personne est considérée comme en bonne santé sur le plan fonctionnel lorsque ses fonctions organiques et ses structures anatomiques correspondent aux normes (statistiques) communément admises, effectue ou est en mesure d'effectuer toutes les tâches attendues d'un individu sans problème de santé, et peut s'épanouir dans tous les domaines de la vie importants à ses yeux, d'une manière et dans une mesure que l'on peut attendre d'une personne ne souffrant d'aucune atteinte à sa santé.

Simulation

Action de feindre volontairement des symptômes à des fins déterminées, clairement identifiables, sans que ce comportement puisse être expliqué par des troubles psychiques (par ex. par des troubles factices).

Statu quo ante, statu quo sine

Incidence de l'accident sur la détérioration (temporaire) de l'état de santé en présence de facteurs pathologiques étrangers à l'accident. A quel moment le statu quo ante (détérioration temporaire d'un état antérieur) ou le statu quo sine (évolution prévisible d'un état antérieur) était-il de nouveau atteint ou quand faut-il s'attendre à ce qu'il le soit (Koordination Schweiz 2016) ?

Structures anatomiques (selon la CIF)

Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps, telles que les organes, les membres et leurs composantes.

Symptôme – constatation – trouble – syndrome

Symptôme : signes indiquant l'existence d'une maladie ou d'une blessure.

Constatation : observation d'un symptôme par le médecin.

Trouble : symptôme ressenti par le patient lui-même.

Syndrome : ensemble de symptômes, tableau clinique découlant de la réunion de différents symptômes caractéristiques.

Références citées et littérature recommandée

- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hg.) (2016): Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. 9., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- AWMF online (2004): Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Methodische Empfehlungen. ("Leitlinie für Leitlinien", Stand Dez. 2004). Hg. v. AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Online verfügbar unter http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/Publikationen/met_hoden.pdf, zuletzt geprüft am 04.04.2016.
- AWMF online (2012a): Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen. Hg. v. AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Online verfügbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030_102k_S2k_Begutachtung_von_Schmerzen_052012-122016_01.pdf, zuletzt geprüft am 04.04.2016.
- AWMF online (2012b): Sk2 – Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Teil I Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit Teil II Kausalitätsbegutachtung psychischer Schädigungsfolgen. AWMF - Registernr.051/029. Hg. v. AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Online verfügbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-029l_S25_Begutachtung_psychischer_und_psychosomatischer_Erkrankungen_2012-03.pdf, zuletzt geprüft am 04.04.2016.
- Bianchini, Kevin J.; Greve, Kevin W.; Glynn, Gary (2005): On the diagnosis of malingered pain-related disability. Lessons from cognitive malingering research. In: *The Spine Journal* 5 (4), S. 404–417.
- Blaskewitz, N.; Merten, T. (2007): Diagnostik der Beschwerdenugültigkeit - Diagnostik bei Simulationsverdacht: ein Update 2002 bis 2005. A Review of Methods for the Assessment of Symptom Validity: An Update 2002 to 2005. In: *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 75, S. 140–154.
- Borkenau, Peter, Ostendorf, Fritz (2008): NEO-FFI: NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae, Manual.
- Brockhaus, Robbi (2015): Zur Frage der Anwesenheit von Begleitpersonen in der Begutachtung. In: *Der Medizinische Sachverständige* 112 (2), S. 49–55.
- Office fédéral des assurances sociales OFAS (2015a) : Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI). ch. 2074, 1.1.2015, p. 42.
- Office fédéral des assurances sociales (2015b) : Lettre circulaire AI n° 334. Nouvelle procédure d'instruction pour les atteintes psychosomatiques (arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015)
- Canela, Carlos; Schleifer, Roman; Dube, Anish; Hengartner, Michael; Ebner, Gerhard; Seifritz, Erich; Liebreuz, Michael (2016): Funktionsbeschreibung in der Begutachtung der Arbeitsfähigkeit – Was ist „evidence-based“? In: *Psychiat Prax* 43 (02), S. 74–81.
- Colomb, E.; Dittmann, V.; Ebner, G.; Hermelink, M.; Hoffmann-Richter, U.; Kopp, H. G. et al. (2012): Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, zuletzt geprüft am 16.04.2016.

- Cornelius, L. R.; van der Klink, J. J. L.; Groothoff, J. W.; Brouwer, S. (2011): Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders. A Systematic Review. In: *J Occup Rehabil* 21 (2), S. 259–274.
- Dieris-Hirche, Jan; Milch, Wolfgang E.; Kupfer, Jörg P.; Leweke, Frank; Gieler, Uwe (2012): Alexithymie bei Neurodermitis. In: *Psychotherapeut* 57 (1), S. 42–49.
- Dittmann, Volker; Ebner, Gerhard; Herdt, Jörg; Junge, Caroline; Träbert, Silke (2010): Literaturstudie als Grundlage zur Entwicklung von evidenzbasierten Gütekriterien zur Beurteilung von psychischen Behinderungen. Erarbeitet für das Bundesamt für Sozialversicherungen im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV). Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel. Basel. Online verfügbar unter www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00098/index.html, zuletzt geprüft am 04.04.2016.
- Dohrenbusch, Ralf (2016): Interview aus aussagenpsychologischer Perspektive: Validierung explorationsbasierter Informationen. In: Wolfgang Schneider, Peter Henningsen, Ralf Dohrenbusch, Harald J. Freyberger, Hanno Irle, Volker Köllner und Bernhard Widder (Hg.): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, S. 116–132.
- Dohrenbusch, Ralf; Schneider, Wolfgang (2016): Prognosestellung. In: Wolfgang Schneider, Peter Henningsen, Ralf Dohrenbusch, Harald J. Freyberger, Hanno Irle, Volker Köllner und Bernhard Widder (Hg.): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, S. 231–246.
- Dressing, Harald; Foerster, Klaus (2014): Forensisch-psychiatrische Beurteilung posttraumatischer Belastungsstörungen. In: *Nervenarzt* 85 (3), S. 279–289.
- Dressing, Harald; Foerster, Klaus (2015a): Forensich-psychiatrische Untersuchung. Simulation und ähnliche Probleme. In: Harald Dressing und Elmar Habermeyer (Hg.): Venzlaff, Dressing et al. (Hg.) 2015 – Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Lehrbuch für Ärzte und Juristen. 6., neu bearb. und erw. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer, S. 23–25.
- Dressing, Harald; Foerster, Klaus (2015b): Forensisch-psychiatrische Untersuchung. Anwesenheit dritter Personen. In: Harald Dressing und Elmar Habermeyer (Hg.): Venzlaff, Dressing et al. (Hg.) 2015 – Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Lehrbuch für Ärzte und Juristen. 6., neu bearb. und erw. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer, S. 17.
- Dressing, Harald; Habermeyer, Elmar (Hg.) (2015): Venzlaff, Dressing et al. (Hg.) 2015 – Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Lehrbuch für Ärzte und Juristen. 6., neu bearb. und erw. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Ebner, Gerhard; et al. (2016): Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität aus versicherungspsychiatrischer und rechtlicher Sicht. In Vorbereitung. In: *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS*.
- Ebner, Gerhard; Kopp, Hans Georg (2014): Das Ganser-Syndrom – Trugbild oder Krankheit? In: *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Psychotherapie* (4), S. 14–18.
- Ebner, Gerhard; Liebrenz, Michael (2016, im Druck): Versicherungsmedizin. In: Oliver Bilke-Hentsch und Kathrin Sevecke (Hg.): Aggressivität - Impulsivität - Delinquenz. Stuttgart: Thieme.
- Egle, Ulrich Tiber; Kappis, Bernd; Schairer, Ulrich; Stadtland, Cornelis; Bär, Karl-Jürgen (Hg.) (2014): Begutachtung chronischer Schmerzen. 1. Auflage. München: Elsevier Urban & Fischer.

- Eicher, E. (1999): Guidelines für Guidelines. Schweiz Ärztezeitung. In: *Schweizerische Ärztezeitung SAEZ* 80, S. 581–583.
- Etherton, Joseph L. (2014): Diagnosing Malingering in Chronic Pain. In: *Psychol. Inj. and Law* 7 (4), S. 362–369.
- Foerster, Klaus; Dessing, Claudia; Dressing Harald (2015): Begutachtung bei sozialrechtlichen Fragen. Das Problem der „zumutbaren Willensanspannung. In: Harald Dressing und Elmar Habermeyer (Hg.): Venzlaff, Dressing et al. (Hg.) 2015 – Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Lehrbuch für Ärzte und Juristen. 6., neu bearb. und erw. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer, S. 547–548.
- Grabe, Hans J.; Rufer, Michael (Hg.) (2009): Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie. Bern: Hans Huber.
- Gündel, H.; Ceballos-Baumann, A. O.; Rad, M. von (2000): Aktuelle Perspektiven der Alexithymie. In: *Der Nervenarzt* 71 (3), S. 151–163.
- Halligan, Peter W.; Bass, Christopher; Oakley, David A. (Hg.) (2003): Malingering and illness deception. 1 Band. Oxford New York: Oxford University Press.
- Henningsen, Peter (2014): Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen. In: *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS* 2014 (6), S. 499–547.
- Henningsen, Peter; Schickel, Simone (2016): Begutachtung bei Schmerz und somatoformen Erkrankungen. In: Wolfgang Schneider, Peter Henningsen, Ralf Dohrenbusch, Harald J. Freyberger, Hanno Irlé, Volker Köllner und Bernhard Widder (Hg.): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, S. 307–326.
- Hoffmann-Richter, Ulrike; Jeger, Jörg; Schmidt, Holger (2012): Das Handwerk ärztlicher Begutachtung. Theorie, Methodik und Praxis. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Keller, F.; Schairer, U.; Kappis, B.; Egle, U. T. (2016): Sozialmedizinische Begutachtung bei chronischen Schmerzzuständen. In: *Der Medizinische Sachverständige* 112 (2), S. 56–59.
- Koordination Schweiz (2016): Gutachten. Kausalität. Hg. v. Michael Keller und Beatrice Keller. Koordination Schweiz GmbH. Muri AG (Sozialversicherungs- und Koordinationsrecht), Online verfügbar unter <https://www.koordination.ch/loesungen/expertensysteme/gutachten/kausalityet>, zuletzt geprüft am 07.06.2016.
- Kopp, Hans Georg; Ebner, Gerhard (2014): Konversionsstörungen: Hintergründe – Diagnostik -versicherungsrechtliche Bewertung. In: *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie* (4), S. 4–9.
- Kopp, Hans Georg; Marelli, Renato (2012): «Somatoforme Störungen, wie weiter?». In: *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS* (3), S. 249–260.
- Linden, Michael; Baron, Stefanie (2005): Das Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. In: *Rehabilitation* 44 (3), S. 144.
- Linden, Michael; Baron, Stefanie; Muschalla, Beate (2015): Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Manual und Materialien, 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.

- Marelli, Renato (2004): Zur Entstehung der Leitlinien im deutschsprachigen Raum und speziell in der Schweiz. Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen. In: *Schweizerische Ärztezeitung SAEZ* 85 (20), S. 1045–1047.
- Marelli, Renato (2007): Nicht können oder nicht wollen? Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei somatoformen Störungen, typische Schwierigkeiten und ihre Überwindung. In: *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge SZS* 51 (4), S. 326–340.
- Marelli, Renato; Kopp Hans Georg; Küchenhoff Joachim (2010): Multidimensionale Beurteilung somatoformer Störungen im versicherungspsychiatrischen Kontext. In: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 161 (4), S. 117–127.
- Marelli, Renato (2014): Die Aufgabenteilung zwischen Mediziner und Rechtsanwender. Zum Urteil des Bundesgerichts 9C_850/2013 vom 12. Juni 2014. In: *Schweizerische Ärztezeitung SAEZ* 95 (38), S. 1401–1403.
- Mechanic, David (1962): The Concept of Illness Behavior. In: *J. chron. Dis.* 15, S. 189–194.
- Meins, W. (2010): Grenzen und Irrwege psychiatrischer Begutachtung. In: *Der Medizinische Sachverständige* 106, S. 153.
- Merten, Thomas (2014): Beschwerdenuvalidierung. Göttingen: Hogrefe (Fortschritte der Neuropsychologie, 14).
- Merten, Thomas; Dohrenbusch, Ralf (2016): Psychologische Methoden der Beschwerdevalidierung. In: Wolfgang Schneider, Peter Henningsen, Ralf Dohrenbusch, Harald J. Freyberger, Hanno Irlé, Volker Köllner und Bernhard Widder (Hg.): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag, S. 152–188.
- Oliveri, Michael; Kopp, Hans Georg; Stutz, Klaus; Klipstein, Andreas; Zollikofer, Jürg (2006a): Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 1. In: *Schweizerisches Medizin-Forum* 6, S. 420–431.
- Oliveri, Michael; Kopp, Hans Georg; Stutz, Klaus; Klipstein, Andreas; Zollikofer, Jürg (2006b): Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 2. In: *Schweizerisches Medizin-Forum*, S. 448–454.
- Rauh, Elisabeth; Svitak, Michael; Grundmann, Helga (2008): Handbuch psychosomatische Begutachtung. Ein praktisches Manual für Ärzte und Versicherer. 1. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Resnick, Philip J. (2014): The Clinical Assessment of Malingered Psychosis. Course 29. American Psychiatric Association. New York, 05.05.2014.
- Resnick, Phillip J.; Knoll, James L. (2005): Faking it. How to detect malingered Psychosis. In: *Current Psychiatry* 11 (4), S. 13–25, zuletzt geprüft am 17.04.2016.
- Resnick, Phillip J.; Knoll, James L. (2008): Malingered Psychosis. In: Richard Rogers (Hg.): Clinical assessment of malingering and deception. 3rd ed. New York: Guilford Press, S. 51–68.
- Reynolds, Cecil R.; Horton, MacNeill Arthur (Hg.) (2012): Detection of Malingering during Head Injury Litigation. 2. Auflage. New York Dordrecht Heidelberg London: Springer.
- Riemer-Kafka, Gabriela (2012): Versicherungsmedizinische Gutachten. Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden. 2., vollst. überarb. und erg. Aufl. Bern, Basel: Stämpfli; EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

Rogers, Richard (Hg.) (2008): Clinical assessment of malingering and deception. 3rd ed. New York: Guilford Press.

Schleifer, Roman; Dittmann, Volker; Ebner, Gerhard; Seifritz, Erich; Liebreuz, Michael (2015): [Use of interpreters in the context of insurance psychiatric expert assessment]. In: *Praxis (Bern)* 104(6), S. 293-300.

Schleifer, Roman; Jeger, Jörg; Canela, Carlos; Ebner, Gerhard; Seifritz, Erich; Liebreuz, Michael (2014): Psychiatrische Expertise/juristische Entscheide im Sozialversicherungsrecht - Expertise psychiatrique/décisions juridiques dans le droit des assurances sociales -- Abklärungstiefe psychiatrischer Gutachten - Profondeur d'analyse de l'expertise psychiatrique. In: *InFo Neurologie und Psychiatrie* 12(6), S.30-35.

Schneider, Wolfgang; Henningsen, Peter; Dohrenbusch, Ralf; Freyberger, Harald J.; Irle, Hanno; Köllner, Volker; Widder, Bernhard (Hg.) (2016): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Verlag Hans Huber. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Schweiz. Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie (2004): Leitlinien der Schweiz. Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen. In: *Schweiz. Ärztezeitung SAEZ* 85 (20), S. 148–151.

Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie, Arbeitsgruppe Versicherungsmedizin; Jeger, Jürg (2007): Leitlinien der SGR zur Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen. In: *Schweizerische Ärztezeitung SAEZ* 88 (17), S. 735–742.

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva (2002): Integritätsentschädigung gemäss UVG, Tabelle 8 - Suva. Luzern, 8.1-8.4. Online verfügbar unter <http://www.suva.ch/startseite-suva/unfall-suva/versicherungsmedizin-suva/integritaetsentschaedigung-suva.htm>, zuletzt geprüft am 07.06.2016.

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva (2004): Integritätsentschädigung gemäss UVG - Suva. Tabelle 19 Integritätsentschädigung bei psychischen Unfallfolgen. Luzern, S. 1–6. Online verfügbar unter <http://www.suva.ch/startseite-suva/unfall-suva/versicherungsmedizin-suva/integritaetsentschaedigung-suva.htm>, zuletzt geprüft am 07.06.2016.

Schweizerisches Bundesgericht, BGE 115 V 133 vom 16.06.1989.

Schweizerisches Bundesgericht, BGE 134 V 231 vom 28.05.2008.

Schweizerisches Bundesgericht, BGE 140 V 193 vom 12. Juni 2014

Schweizerisches Bundesgericht, BGE 140 V 290 vom 12. Juni 2014

Schweizerisches Bundesgericht, BGE 140 V 260 vom 26.05.2014.

Schweizerisches Bundesgericht, BGE 141 V 281 vom 03.06.2015

Slick, Daniel J.; Sherman, Elisabeth M.; Iverson, Grant L. (1999): Diagnostic Criteria for Malingered Neurocognitive Dysfunction. Proposed Standards for Clinical Practice and Research. In: *The Clinical Neuropsychologist (Neuropsychology, Development and Cognition: Section D)* 13 (4), S. 545–561.

Stöckli, H. R.; Ettl, Th; Gysi, F.; Knüsel, O.; Marelli, R.; Mayer, C. U. et al. (2005): Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der chronischen Phase nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma (cKZBT, sog. Schleudertrauma) (ohne Commotio cerebri/mild traumatic brain injury). Pragmatische Empfehlungen der multidisziplinären Konsensusgruppe Olten vom 13.01.2005. In: *Schweizerisches Medizinisches Forum* 5 (47), S. 1182–1187.

Svitak, M.; Müller-Svitak, S.; Rauh, E. (2007): Zur Anwendung von Glaubhaftigkeitskriterien in der Begutachtung somatoformer Störungen. In: *Versicherungsmedizin* 59 (4), S. 170.

Swiss Insurance Medicine (2013): Arbeitsunfähigkeit. Leitlinie zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Unfällen und bei Krankheit. Unveränd. Nachdr. Winterthur: SIM Swiss Insurance Medicine, S. 5–12.

Thomann (2016): Die Vorbereitung des Gutachtenauftrages - Wichtig zur Verbesserung der Qualität der Begutachtung. In: *Versicherungsmedizin* 68 (1), S. 1.

Vossler-Thies, Elisabeth; Stevens, Andreas; Engel, Rolf R.; Licha, Christina (2013): Erfassung negativer Antwortverzerrungen mit der deutschen Fassung des „Personality Assessment Inventory“, dem „Verhaltens- und Erlebensinventar“. In: *Diagnostica* 59 (2), S. 73–85.

Walter, F.; Petermann, F.; Kobelt, A. (2012): Beschwerdenuvalidierung: Ein aktueller Überblick. In: *Die Rehabilitation* 51 (5), S. 342–348.

Wisdom, Nick M.; Callahan, Jennifer L.; Shaw, Terry G. (2010): Diagnostic utility of the structured inventory of malingered symptomatology to detect malingering in a forensic sample. In: *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists* 25 (2), S. 118–125.

Auteurs

Dr. med. Gerhard Ebner M.H.A (Universität Bern)

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Medizinischer Leiter Zentrum für Begutachtung, Rehaklinik Bellikon (AG)
Eigene Praxis in Zürich (ZH)

Dr. med. Etienne Colomb

Psychiatrie et psychothérapie FMH
Cabinet à Saint-Sulpice (VD)
Responsable de la formation de la Swiss Insurance Medicine SIM

Prof. Dr. med. Ralph Mager

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Bereichsleiter Versicherungsmedizin an der Forensisch-Psychiatrischen Klinik,
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (BS)

Dr. med. Renato Marelli

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Eigene Praxis in Basel (BS)

Dr. med. Fulvia Rota

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Eigene Praxis in Zürich