

# Utilisation de la CIF dans l'expertise psychiatrique - Un exemple pratique

---

**Gerhard Ebner**  
**Zurich**  
**Traduction et adaptation française**  
**Pierre-André Fauchère**  
**Sion**

## Introduction

Dans le Bulletin des assureurs privés Infoméd 2007/2<sup>1</sup>, l'auteur a exposé les bases théoriques conformes aux directives actuelles de l'évaluation psychiatrique en matière d'assurances.

Dans cet article, le même auteur illustre l'application de cette systématique avec un exemple clinique concret<sup>2</sup> (voir la figure 1).

Figure 1<sup>3</sup>

Méthodologie générale de l'évaluation (Ebner et al. 2016)

1. Diagnostic, y compris comorbidité, personnalité (et/ou trouble)
2. Sévérité (cours de la réadaptation/ de la thérapie, poids des symptômes, ressources)
3. Cohérence et plausibilité
4. Pronostic (avec/sans mesures)
5. Activité (mini CIF-APP)
6. Participation

Capacité de travail raisonnablement exigible

**Application du droit**

**8.**  
Causalité naturelle (LAA) - facteurs étrangers à l'AI (LAI)

**7.**  
Aptitude au travail/emploi

**Critères:**  
Sécurité  
Santé  
Performance au travail  
Qualité de vie  
Autres

<sup>1</sup> Ebner, G (2017) ICF und Begutachtung in der Psychiatrie. Medinfo - Mitteilungen zu Themen der Privatversicherer. ICF im versicherungsmedizinischen, therapeutischen und juristischen Kontext / Schadenminderung, 2, p. 16-26

<sup>2</sup> Ebner, G et al (2016) Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP. Leitlinien für die Begutachtung psychiatrischer und psychosomatischer Störungen in der Versicherungsmedizin. 16.06.2016. 3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage (Korrigenda 17.10.2016), p. 5-6.

<sup>3</sup> L'exemple a été élaboré à partir des données de plusieurs cas anonymes et de nombreux éléments ont été modifiés. Les éventuelles similitudes avec des cas réels seraient par conséquent totalement fortuites. <https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/leitlinien>.

## Situation initiale selon dossier médical

Monteur en échafaudages de 27 ans.  
Status après chute d'une échelle en 2012, avec traumatisme cranio-cérébral sévère, diverses opérations, une épilepsie post-traumatique, des troubles neuropsychologiques dont un trouble organique de la personnalité. Anxiété, dyslexie (difficultés de lecture) et hypersomnie (besoin accru de sommeil).

### 1. Diagnostic

**Les plaintes sont discrètes.** Le sujet "laisse tout sortir" ce qu'il pense et est agressif verbalement; il souffre de maux de tête liés au stress, de fatigue, d'hypersomnie, d'une frustration liée à l'échec de sa recherche d'emploi et de transpiration anormale lorsqu'il est tendu.

**Ressources:** l'intéressé se dit heureux de sa bonne santé physique et mentale, d'être encore en vie, de vivre de façon autonome et de refaire du sport. Il affirme qu'il a des contacts réguliers avec ses collègues et qu'il sort avec eux<sup>9</sup>. Il aimerait travailler à nouveau mais il n'a encore rien trouvé.

### Discrets déficits à l'examen

#### neuropsychologique par spécialiste:

Limitations dans le domaine de la vigilance, diminution de la vitesse de traitement des informations, capacités de planification diminuées, problèmes de comportement dus à une sensibilité accrue au bruit et à une résistance limitée aux stimuli.

**Examen neurologique peu contributif** avec uniquement des "signes mous" aspécifiques; EEG avec foyer de ralentissement suite à un status après une

épilepsie post-traumatique qui est totalement asymptomatique sous traitement depuis plus de deux ans.

**La psychopathologie est discrète:** légère perturbation de la faculté de compréhension, légère insécurité, léger manque d'affect et rigidité de l'affect, ralentissement, réduction de la motivation. Peurs spécifiques à savoir phobie des hauteurs (acrophobie) et phobie des examens.

Symptômes post-traumatiques avec excitabilité accrue, flashbacks, absences et comportement d'évitement des indices du trauma (confirmés par l'hétéro-anamnèse).

Anosodiaphorie marquée (incapacité à reconnaître ses propres limites).

**Hétéro-anamnèse<sup>10</sup>.** Troubles de la mémoire, épuisement, apathie (il traîne souvent à la maison; il parle de sortir avec des collègues mais c'est eux qui viennent le chercher chez lui car il ne sort pas de lui-même); ralentissement, affect superficiel; désinhibition avec propos agressifs envers les membres de la famille; capacité de planification et flexibilité réduites.

### Diagnostics en lien de causalité avec l'accident :

- Status après traumatisme cranio-cérébral avec psychosyndrome organique qui comprend un dysfonctionnement neuropsychologique léger à modéré en ce qui concerne la vigilance, la vitesse de traitement de l'information, la capacité de planification et des anomalies comportementales.

<sup>9</sup> A ce sujet, voir les rubriques "hétéro-anamnèse" et "cohérence et plausibilité".

<sup>10</sup> Validée par des questions sur des exemples concrets et par l'observation d'éléments qui

apprécient la crédibilité des déclarations (cf. Ebner, G et al 2016 : Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten, p. 31).

- Diagnostic différentiel: trouble de la personnalité organique léger avec affect superficiel, irritabilité et impulsivité.
- Épilepsie post-traumatique, sans crise avec le traitement approprié > 2 ans.
- Tous les critères d'un trouble état de stress post-traumatique après re-traumatisation et trouble état de stress post-traumatique préexistant qui était largement compensé jusqu'à l'accident.
- Phobie des hauteurs (acrophobie).

**Diagnostics sans lien de causalité avec l'accident:** status après un traumatisme grave dans l'enfance avec de légers symptômes résiduels d'un trouble état de stress post-traumatique, phobie des examens, dyslexie bien compensée.

## 2. Degré de gravité

Le degré de gravité doit être apprécié comme considérable; bien qu'il n'y ait que de discrets troubles cognitifs, compte tenu d'un léger changement de personnalité post-traumatique, il faut admettre un dysfonctionnement neuropsychologique léger à moyen.

Il y a de plus une comorbidité liée ici aux effets secondaires des médicaments antiépileptiques, aux symptômes du syndrome de stress post-traumatique, à la dyslexie et aux phobies spécifiques.

Malgré des traitements multimodaux adéquats en milieu hospitalier et en ambulatoire, ainsi que deux années de réadaptation professionnelle d'un sujet motivé, les performances de ce dernier sont restées altérées. Même dans des conditions de travail adaptées, l'intéressé était tout juste capable de travailler à un peu plus de 50 %.

## 3. Cohérence et plausibilité

Les plaintes sont cohérentes, conformes aux conclusions et à ce qu'on trouve au

dossier. Le sujet a fait des déclarations nuancées en ce qui concerne ses plaintes et les limitations de ses performances et a donné - souvent spontanément - des exemples concrets. Il a déclaré de son propre chef que son état et sa capacité de travail s'étaient beaucoup améliorés; il a décrit de manière différenciée les plaintes et les symptômes qui avaient diminué.

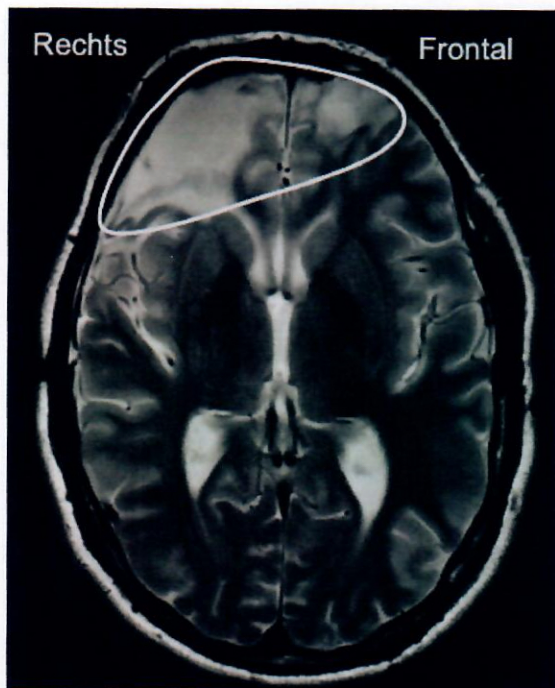
L'intéressé a cependant montré une tendance à minimiser ses limitations, ce qui ne doit pas être considéré comme une dissimulation délibérée mais bien comme le résultat d'une anosodiaphorie d'origine cérébro-organique connue dans les lésions frontales (voir figure 2). C'est pour ce motif que ses déclarations concernant les activités et la participation sociale n'étaient pas en concordance avec ce qui a été rapporté dans l'hétéro-anamnèse.

Ce sujet a semblé très motivé. Il a montré une grande volonté de coopération aux évaluations, sans indices d'autolimitations.

Pour les psychodiagnostics, les déclarations de l'intéressé étaient en concordance avec son comportement. Il n'y avait aucune indice d'aggravation (majoration) de symptômes. Les résultats de l'évaluation neuropsychologiques ont été considérés comme valides.

Les plaintes et les performances étaient enfin conformes à ce que laissait attendre l'imagerie cérébrale. L'IRM montre en effet des défauts de substance prononcés et des cicatrices sur le côté frontal droit (voir figure 2).

Figure 2 (ligne blanche tracée par l'auteur pour plus de clarté; elle indique les lésions du lobe frontal à droite).



#### 4. Pronostic

**Éléments positifs:** forte volonté de performance et de coopération, ressources sociales et cognitives préservées, réalisation d'une capacité de travail au moins partielle dans le cadre de la réhabilitation.

**Éléments négatifs:** malgré la mise en œuvre engagée et motivée de mesures médicales et professionnelles adaptées, des troubles du comportement et des

déficits neuropsychologiques au moins légers persistent. La capacité de travail dans une activité adaptée ne dépassait pas une capacité de travail partielle.

Toujours sans emploi. Limité dans sa recherche de travail en raison de son impulsivité.

Cinq ans après l'accident, il ne faut plus s'attendre à des améliorations significatives en termes d'employabilité.

#### 5. Activité: mini CIF-APP<sup>11</sup>

**Appréciation générale de la limitation des capacités** (*aucune* → répond aux attentes de la norme; *peu prononcée* → pas de conséquences négatives importantes; *modérément prononcée* → conséquences négatives; *significativement prononcée* → nécessite un soutien partiel de la part de tiers; *totale* → nécessite un soutien total, le sujet doit être dispensé des tâches en cause<sup>12</sup>).

Les limitations dépendent du profil d'exigences du poste de travail<sup>13</sup>:

- **Planification et structuration des tâches:** objectivable, limitation *peu prononcée* selon la neuropsychologie.
- **Flexibilité et adaptabilité:** limitation *significativement prononcée* due au ralentissement, à l'indécision, à

serait attribuée dans le secteur de l'assurance, - ce qui n'a pas encore été clarifié -, l'auteur ne donne pas une appréciation chiffrée, à l'instar de nombre de ses collègues. Il s'agit pour lui d'éviter de véhiculer une "pseudo-précision". C'est l'évaluation qualitative qui est la plus importante pour savoir si une limitation significative de la capacité en cause est à prévoir et comment celle-ci affecte l'activité antérieure et l'activité définie comme adaptée. Cette évaluation qualitative est ensuite intégrée dans l'appréciation globale de la capacité de travail *raisonnablement exigible* (voir Ebner et al 2016, p. 34-35).

<sup>11</sup> Mini CIF-APP. Outil d'évaluation des troubles de l'activité et de la participation dans les maladies psychiques. Auteurs: M. Linden, S. Baron, B. Muschalla. Adaptation française: P. A. Fauchère, W. Habicht, M. Burri, E. Jost. Editions Hogrefe AG. 2020.

<sup>12</sup> Ce ne sont pas les activités effectivement réalisées (performance) qui sont évaluées, "mais le fait qu'elles pourraient être réalisées (capacité) si le répondant le voulait ou si la situation le permettait ou l'exigeait" (Linden et al 2015, Définitions de base, p. 5).

<sup>13</sup> En raison de cette dépendance au profil d'exigences du poste de travail et de la valeur qui lui

- l'irritabilité en cas de stress; le sujet a besoin d'aide.
- **Mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles:** limitation *significativement prononcée*; le sujet a besoin d'aide pour les tâches complexes.
  - **Capacité à formuler des jugements et à prendre des décisions:** selon le contexte, limitation *modérément à significativement prononcée*; sous-estime ses propres limites, se surestime, doit être supervisé par des tiers sur ce plan.
  - **Activités spontanées et proactivité:** limitation *modérément prononcée* mais *significativement prononcée* de la participation sociale qui est rapportée dans l'hétéro-anamnèse et, par conséquent, perçue comme gênante par des tiers.
  - **Capacité d'endurance et de résistance:** si monotonie du travail, fatigue, somnolence; selon le contexte, atteinte *peu prononcée* (activités variées) à *significativement prononcée* (activités monotones et potentiellement assoupissantes) à *totale* (activités liées à la sécurité au travail).
  - **Capacité d'affirmation de soi :** altération *modérément prononcée* (réaction excessive, ou attitude de retrait infondée).
  - **Capacité aux relations privilégiées à deux:** limitation *modérément prononcée* (désinhibition, impulsivité accrue).
- **Mobilité et capacité de déplacement:** pas de limitation pour les transports publics, limitation *totale* pour la conduite automobile en raison du problème de vigilance.
- 6. Capacité de travail/participation comme bases pour l'évaluation de la "capacité de travail raisonnablement exigible" du point de vue juridique<sup>14</sup>.**
- Évaluation générale**
- **Sécurité:** pas de travail en hauteur (échafaudages, échelles, etc.) en raison de la phobie des hauteurs. En raison des troubles de la vigilance, pas d'activité dans les domaines liés à la sécurité (conduite de véhicules à moteur, tâches de contrôle monotones et potentiellement assoupissantes et liées à la sécurité, par exemple).
  - **Santé:** en cas de sur-sollicitation, il faut s'attendre à des troubles psychiques réactionnels.
  - **Performance professionnelle:** restriction qualitative due à une réduction de la flexibilité, de la capacité de mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles, de la capacité de décision et de jugement chez un sujet qui tend à se surestimer; selon l'activité, restriction supplémentaire due à une diminution de la capacité de s'affirmer. Restriction quantitative due au ralentissement et à une réduction de l'endurance et de la capacité de résistance.
  - **Qualité de vie :** aucune limitation
  - **Autre :** réactions excessives en cas de stress, de sorte que des tensions avec des tiers sont possibles, selon le contexte.

---

<sup>14</sup> Voir Ebner et al 2016, p. 34-35.

**Activité antérieure de monteur en échafaudages:** impossible pour des raisons de sécurité (motif d'exclusion). Selon l'activité, l'inaptitude à la conduite automobile serait un motif d'exclusion supplémentaire.

Même sans cette restriction, l'intéressé ne serait pas en mesure de fournir une performance constante et conforme au marché du travail dans son activité antérieure en raison des restrictions qualitatives (réduction modérément à significativement prononcée de la flexibilité, de la mise en pratique de ses compétences et connaissances professionnelles, de l'affirmation de soi et des relations avec les tiers) et quantitatives (ralentissement, diminution modérément prononcée de l'endurance).

**Activité adaptée de manière optimale:** il s'agit ici d'activités routinières mais non monotones et assouplissantes qui peuvent être effectuées sans pression, avec des horaires réguliers, principalement le matin sur un lieu de travail calme, avec la possibilité de faire des pauses. Il devrait y avoir la possibilité d'un soutien à bas seuil de la part de tiers. La conduite de véhicules à moteur et l'exécution d'autres activités liées à la sécurité sont exclues.

## 7. Performance au travail

Selon les lignes directrices des neuropsychologues pour les dysfonctionnements neuropsychologiques légers à modérés, la capacité de travail à ce niveau de sévérité est de 50 à 70 %<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Le fonctionnement dans la vie quotidienne et dans la plupart des situations professionnelles est légèrement limité. Le sujet en cause tend à se singulariser dans son environnement social. Dans les professions ou les tâches très exigeantes, la capacité de fonctionner est plus sévèrement limitée, voire totalement supprimée, cf :Frei, A et

**Une activité adaptée de manière optimale peut être exercée par le sujet en cause** avec une charge de travail d'environ 60%, répartie sur toute la semaine de travail; dans ce cas, la capacité est réduite d'environ 20%; il en résulte une capacité de travail nette ("rendement") d'environ 50%.

Ce taux de capacité correspond à peu près à la capacité de travail que l'intéressé avait atteinte au cours de la phase de réhabilitation. Il peut être considéré comme plausible tout au long du processus de reprise d'activité.

## 8. Causalité naturelle, facteurs étrangers à l'accident/à l'invalidité

*Statu quo ante (état de santé antérieur):*

- Dyslexie de faible gravité.
- Status après un trouble de stress post-traumatique avec de faibles symptômes résiduels. Il y a néanmoins une vulnérabilité accrue (predisposition) pour l'apparition de symptômes post-traumatiques en cas de nouveau facteur stress sortant de l'ordinaire.
- Phobie des examens.

Il n'y a enfin aucun indice d'une présence de facteurs que les juristes qualifieraient de "étrangers à l'(assurance) invalidité"<sup>16</sup>.

*Statu quo sine (état de santé si l'accident n'avait pas eu lieu) :*

La dyslexie et les symptômes résiduels du syndrome de stress post-traumatique seraient probablement restés compensés sans la re-traumatisation provoquée par l'accident en cause.

al (2016) : Critères de détermination de la sévérité d'un trouble neuropsychologique et attributions à la capacité fonctionnelle et de travail. *Journal of Neuropsychology* 27 (2), p. 107-119.

<sup>16</sup> Il s'agit d'une expression juridique et non pas médicale.

La phobie des examens est préexistante. Elle pourrait être significative pour toute qualification professionnelle ultérieure nécessaire.

Il existe en outre une vulnérabilité accrue (prédisposition) à l'apparition d'autres phobies spécifiques (troubles anxieux).

**Remarques :** Les problèmes de santé antérieurs à l'accident ont été compensés. Le sujet en cause a pu fréquenter les écoles obligatoires et suivre avec succès une formation professionnelle de monteur en échafaudages malgré ses problèmes de santé et travailler sans restriction avec de bonnes évaluations de ses performances.

Bien que l'intéressé soit amnésique (trou de mémoire) de l'événement accidentel en cause, il n'est pas exclu qu'il ait développé un trouble état de stress post-traumatique, compte tenu de sa vulnérabilité accrue sur ce plan et des conséquences stressantes de son accident.

La lésion cérébrale et ses conséquences entraînent également une diminution de la capacité d'adaptation par rapport aux conditions antérieures et aux défis futurs, tant sur le plan de sa santé que de son activité professionnelle.

Au fil du temps, il faudra s'attendre à une compensation - au moins partielle - des symptômes de la phobie des hauteurs (acrophobie) et du syndrome de stress post-traumatique.

#### **Commentaire de l'auteur et "take home message"**

Au départ de cette évaluation, le tableau clinique allait dans le sens d'une atteinte à la santé et d'une altération des ressources plutôt discrètes.

*Ce n'est qu'au cours des observations comportementales et des constatations faites par une équipe poly- et interdisciplinaire que des déficiences et des changements de comportement isolés ont pu être identifiés et répertoriés (comme la fatigabilité, le ralentissement, l'insécurité, une légère désinhibition et l'anosodiaphorie, entre autres choses), alors que le sujet en cause les décrivait comme légers, compte tenu de son anosodiaphorie.*

L'équipe d'évaluation a reçu des informations essentielles et détaillées, concrètement formulées et validées par des tierces personnes. Ces dernières ont décrit de manière crédible les conséquences des déficiences de l'intéressé et toute l'étendue du changement de personnalité (en particulier de la désinhibition) dans sa vie quotidienne.

**Adresse de correspondance :**  
Dr méd. Gerhard Ebner M.H.A.  
Spécialiste en psychiatrie et  
psychothérapie (CH) Membre FMH  
Seefeldstrasse 25  
8008 Zurich