


# APRÈS LE 3 JUIN 2015: LE POINT DE VUE DU JURISTE

**Journée annuelle de la SIM  
17 mars 2016**



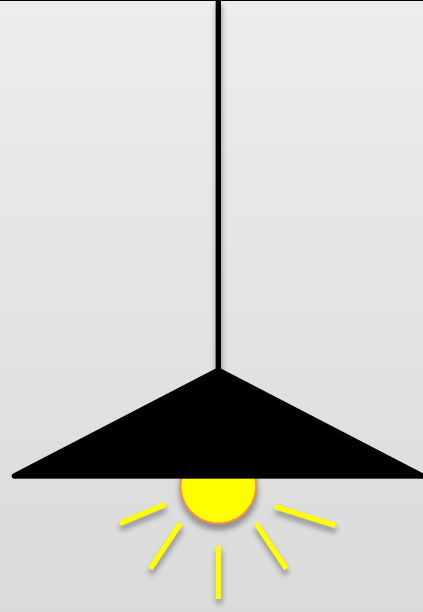
Yupiii!!



Beuh??



Ah...



## Avant le 3 juin 2015...

(ATF 130 V 352)

- Concerne les «syndromes et pathologies sans étiologie claire ni constat de déficit organique» (SPECDO);
- En premier lieu pour les troubles somatoformes douloureux; la liste s'est allongée au fil du temps, avec une certaine cohérence;
- Ces pathologies sont reconnues, mais présumées non invalidantes;
- Le caractère invalidant est admis si les critères dits de Forster sont remplis.

## Avant le 3 juin 2015...

Critères de Foerster: le SPECDO est accompagné...

- A. ... soit d'une comorbidité psychiatrique d'une intensité et d'une durée particulières;
- B. ... soit d'une constellation d'autres facteurs:
  - Atteinte physique chronicisée et processus maladif de longue durée, avec une symptomatologie inchangée ou s'aggravant, sans rémission de longue durée;
  - Isolement social dans toutes les manifestations de la vie;
  - Etat psychique cristallisé;
  - Echec des traitements médicaux effectués dans les règles de l'art, malgré la coopération de l'assuré.

## Avant le 3 juin 2015...

Si l'on regarde les jurisprudences rendues en la matière...

- Le diagnostic n'est pas questionné par le TF si on est en présence d'un rapport médical / d'une expertise qui remplit les conditions pour se voir conférer une pleine valeur probante;
- La répartition des rôles entre les médecins et l'administration / le juge est assez claire: les médecins font les constats nécessaires à l'application des critères de Foerster, l'administration / les juges décident sur cette base du caractère invalidant;

## **Motivations pour l'abandon de cette pratique**

- La méthode dite des critères de Foerster met l'accent sur les facteurs défavorables et ne permet pas assez de prendre en considération les ressources de l'assuré;
- La méthode dite des critères de Foerster induit un schématisme qui permet à l'administration (offices AI) de se satisfaire d'une analyse incomplète pour nier le caractère invalidant du SPECDO.

### Le 3 juin 2015...

- La présomption de son absence de caractère invalidant est abandonnée;
- Le trouble somatoforme douloureux est désormais (a priori) une atteinte à la santé comme les autres.



## Depuis le 3 juin 2015...

- Dans l'ATF 141 V 281 (c. 2.2.1), le Tribunal fédéral insiste sur l'importance d'être certain que l'on est bien en présence d'un trouble somatoforme douloureux, correctement diagnostiqué.
- Jusqu'ici, pas assez d'importance à un diagnostic dans les règles de l'art, mais focalisation sur l'évaluation des conséquences fonctionnelles de la douleur;
- Il faut davantage tenir compte du degré de gravité inhérent au diagnostic de TSD («souffrance prédominante»; douleur «persistante, sévère et pénible»; «une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins»; «survient dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux qui jouent le rôle principal pour le début, le degré de gravité, l'exacerbation ou le maintien des douleurs»).
- Selon le TF, on diagnostique trop souvent des TSD !! (sous-entendu: à tort).

## Depuis le 3 juin 2015...

Dans les arrêts rendus depuis...

### 1. **Le TF contrôle le travail du médecin pour s'assurer que le diagnostic a été posé *lege artis***

TF 9C\_862/2014 du 17 septembre 2015

«Obwohl damit beim Beschwerdegegner verschiedentlich (auch fachärztlich) eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden ist, hat sich bisher (...) kein involvierter Mediziner **mit deren klassifikatorischen Vorgaben in einer für den Rechtsanwender nachvollziehbaren Art auseinandergesetzt**; ebenso bleibt das alltägliche Leistungsvermögen des Versicherten komplett im Dunkeln (...). **Eine Auseinandersetzung mit den klassifikatorischen Voraussetzungen gemäss ICD-10 Ziff. F45.4 - insbesondere in Bezug auf die Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen** - fand demgegenüber wiederum nicht statt»

## TF 9C\_822/2014 du 29 octobre 2015

«Der psychiatrische Experte führte aus, nebst der **depressiven Störung** gehe er aufgrund der polydisziplinären Besprechung davon aus, dass ein **mindestens sechsmonatiger Schmerz** bestehe. Dieser könne **weder physiologisch noch körperlich vollständig erklärt** werden. Der Schmerz werde **nicht vorgetäuscht** und führe zu einem **Leiden in verschiedenen Funktionsbereichen**. Hintergrund dieser Störung seien eine **sehr schwierige Lebensgeschichte, soziokulturelle Entwurzelung, fehlende Familie, fehlende Sprachkenntnisse** und die **prekäre finanzielle Situation**. Zur Frage nach "Handicaps und erhaltenen Funktionen oder Ressourcen" legte der Experte dar, der Beschwerdegegner zeige zur Zeit ein **deutlich regressives Verhalten**, indem er sich **völlig zurückziehe, sich von seiner Umgebung abschotte** und **am liebsten alleine sei**. Andererseits sei er **auf die Hilfe seiner Frau angewiesen**, was für ihn zu einem **Konflikt** führe. Daneben seien die soziokulturelle Entwurzelung und die sprachlichen Schwierigkeiten deutliche Handicaps für einen Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess».

## TF 9C\_822/2014 du 29 octobre 2015

«Wie den wiedergegebenen Ausführungen entnommen werden kann, setzte sich der psychiatrische Experte mit den diagnostischen Kriterien der anhaltenden Schmerzstörung **nur teilweise** und **bloss summarisch** auseinander.

- kein ausreichender Bezug auf die funktionserhebliche Befundlage;
- welche Bereiche vom Leiden betroffen sind und welcher Art das "Leiden" ist, bleibt indes gänzlich im Dunkeln.
- Mit anderen Worten legte der Experte nirgends dar, ob bzw. gegebenenfalls welche funktionellen Beeinträchtigungen im Einzelnen durch die Schmerzstörung resultieren und die Arbeitsfähigkeit einschränken. Solches ist auch mit Blick auf die geschilderten Handicaps, deren Ursache nicht diskutiert wird - u.a. bleibt unbeantwortet, ob das beschriebene Rückzugsverhalten überhaupt krankheitsbedingt ist -, nicht ersichtlich».

**TF 9C\_822/2014 du 29 octobre 2015**

Référence est faite à

Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 10<sup>ème</sup> éd., 2015, Ziff. F45.4 p. 233.

(et au site Internet [www.icd-code.de](http://www.icd-code.de), cf. TF 9C\_481/2015 du 16.02.2016).

## TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016

- L'expert n'a pas examiné les critères de la CIM-10;
- L'expertise ne permet pas de dire clairement si l'on est en présence d'une éventuelle exagération des symptômes;
- L'expert ne dit pas si les plaintes l'ont laissé insensible;
- Il n'a pas dit si l'assurée alléguait de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact;
- Il manque des informations sur le développement et la structure de la personnalité de l'assurée;
- Il manque l'évaluation des ressources personnelles de l'assurée au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activité dans les domaines comparables de la vie.

## **TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016**

- Diagnostic de trouble dissociatif moteur et sensoriel;
- Le TF n'examine à aucun moment que ce diagnostic a été correctement posé;
- Idem pour la neurasthénie (TF 9C\_472/2015 du 9 février 2016);
- Contrôle beaucoup plus simple pour un trouble de somatisation (F45.0) parce que les critères diagnostiques ne se réfèrent pas au degré de gravité (TF 9C\_549/2015 du 29 janvier 2016).

**Egalité de traitement???**

## Depuis le 3 juin 2015...

Dans les arrêts rendus depuis...

### **2. Même si le diagnostic a été posé conformément aux réquisits du TF, ce dernier peut l'écartier si des critères qu'il a fixés (donc des critères juridiques) sont réalisés.**

- ATF 131 V 49: «Normalement, il n'existe **pas d'atteinte à la santé assurée**, lorsque la perte de rendement se base sur des aggravations ou sur des phénomènes similaires» (repris dans la Lettre-circulaire AI n° 334);
- Quels sont ces critères (notamment...)?
  - Divergence considérable entre les douleurs décrites et le comportement de l'assuré ou l'anamnèse;
  - La caractérisation des douleurs alléguées reste vague;
  - Aucun traitement médical et aucune thérapie ne sont suivis;
  - Des plaintes présentées de manière démonstratives et peu crédibles,
  - Des limitations importantes alléguées dans la vie quotidienne, mais entourage psycho-social intact.



## TF 8C\_491/2015 du 24 septembre 2015

«(...) **auch die fachgerecht gestellte Diagnose** der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens **nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung führt**, wenn die Diagnose **auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält**».

En l'espèce:

- Pas de médicaments;
- L'expertise dit qu'il mène une vie normale

Donc...

... Pas d'atteinte à la santé.

### **TF 9C\_899/2014 du 29 juin 2015**

Si l'on peut prouver la majoration des plaintes, il n'y a pas de diagnostic de TSD (car suppose des plaintes dont on peut prouver qu'elles ne sont pas majorées).

### **TF 9C\_173/2015 du 29 juin 2015**

Manque de volonté de l'assuré admis sur la base d'une expertise dans laquelle les médecins disent:

- Que s'il faisait un effort, il pourrait sortir du cercle vicieux dans lequel l'assuré est enfermé, sans dire s'il a les ressources pour faire un effort...
- Que son comportement est inadéquat parce qu'il ne fait rien et laisse sa femme s'occuper seule des 5 enfants alors qu'elle travaille à 100 %...

### **TF 8C\_607/2015 du 3 février 2016**

Exagération des plaintes prouvées dans le cadre d'un diagnostic de trouble dissociatif moteur et sensoriel: pas d'atteinte à la santé.

## Depuis le 3 juin 2015...

Pour l'anecdote...

...le caractère invalidant d'un TSD a été admis une fois, après analyse des nouveaux indicateurs (TF 9C\_195/2015 du 24 novembre 2015).

## Depuis le 3 juin 2015...

- Impression n° 1

On est en train de glisser de la présomption du caractère non invalidant du TSD à la **présomption que ce n'est pas une atteinte à la santé**.

- Impression n° 2

On essaie de **standardiser au maximum l'analyse**, sur la base de facteurs exclusivement juridiques.

- Impression n° 3

Le **dialogue entre médecin et le juriste** est rendu (encore) plus difficile.

## Depuis le 3 juin 2015...

- Conviction n° 1

Cette jurisprudence ne règle pas le problème. En bout d'analyse, elle est taillée pour les rentes et **occulte toute la problématique de la réadaptation.**

**ATF 141 V 281 (succès du traitement ou résistance à cet égard): le TF semble dire que l'atteinte n'a pas de caractère invalidant si la maladie est récente et non encore chronicisée.**

## Depuis le 3 juin 2015...

- Conviction n° 2

Le **rallongement des procédures** dessert non seulement l'assuré, mais le système dans son ensemble.

A titre d'exemple, l'arrêt TF 9C\_862/2014 du 17 septembre 2015 (renvoi de l'affaire à l'Office AI pour complément d'expertise) avait pour origine une demande de prestation datant de 2005, déposée par un assuré né en ... 1952.

## Depuis le 3 juin 2015...

- Conviction n° 3

L'**égalité de traitement** entre les assurés n'est pas garantie.

ATF 141 V 281 («complexe personnalité»): l'expert doit déterminer les capacités inhérentes de la personnalité.

Pas la même rigueur au niveau du contrôle du diagnostic selon les diagnostics.

**Merci pour votre attention!**