



FORDERUNGEN
DÉVELOPPEMENT DE L'AI – EXIGENCES DE LA FMPP

La FMPP identifie un besoin accru d'optimiser la réintégration professionnelle.

> Page 02



A RÔLES DIFFÉRENTS, TÂCHES DIFFÉRENTES
Quelles sont les attentes des parties concernées ?

> Page 03



RAPPORTS AI

Contenu et pierres d'achoppement, ou – ce que vous devez absolument savoir !

> Page 03



DU POINT DE VUE POLITIQUE

MAINTIEN DE LA CAPACITÉ DE GAIN PLUTÔT QUE RENTE



En tant que vice-directeur de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) Stefan Ritler œuvre au développement de l'assurance invalidité (AI). Il estime que des rapports médicaux détaillés et précis de l'équipe soignante sont précieux pour l'évaluation de l'incapacité de travail et l'invalidité.

Monsieur Ritler, les médecins critiquent une tendance actuelle de l'AI de refuser toute rente. Qu'en est-il ?

L'AI est tenue au principe du maintien de la capacité de gain des personnes ayant des problèmes de santé, principe sur lequel on a davantage mis l'accent ces dernières années. C'est l'angle d'attaque de la 5^{ème} révision de l'AI qui a, en investissant un demi-milliard de francs, posé des jalons en faveur de mesures professionnelles. Même en l'absence d'un droit à une rente, l'Office AI peut soutenir la personne concernée par du placement et des mesures ciblées.

En se basant sur des expertises inutiles selon les dires des acteurs concernés...

Notre perception diffère. En effet, le principe de définir précisément la situation s'applique à chaque mandat d'expertise – et ce pour les deux options : rente ou réintégration. Or, plus les rapports de l'équipe soignante sont détaillés et précis, moins il y a d'expertises.

Obtenait-on plus facilement une rente AI avant ?

La 5^{ème} révision de l'AI avait pour objectif le développement des mesures professionnelles en vue de réduire le taux de nouvelles rentes. La 6^{ème} révision s'attache à réduire le taux de rentiers. Dans ce sens, des jugements du Tribunal fédéral ont été décisifs en définissant que des troubles qui ne pouvaient pas être objectivement prouvés, respectivement traités par des interventions adéquates, ne donnaient plus lieu à l'octroi d'une rente. Fin novembre 2017, le Tribunal fédéral a décidé dans deux jugements qu'il convient d'appliquer une procédure structurée d'administration de la preuve en fonction des ressources et ce indépendamment du diagnostic.

Dans quelle mesure le responsable national de l'AI que vous êtes en influence-t-il le développement ?

La mission de l'assurance invalidité (AI) – à l'instar de celle d'autres assurances sociales – découle de la Constitution fédérale. Nous nous basons sur les expériences de terrain des offices AI, sur des expertises et des jugements de tribunaux ainsi que sur des programmes de recherche par lesquels nous accompagnons toutes les révisions de l'AI. Avec le département concerné, nous initions les changements et les développements à l'intention du Conseil fédéral. Vient ensuite le processus politique au Parlement.

L'actuelle étape de la réforme vise maintenant spécifiquement les assurés souffrant de maladies psychiques...

Le nombre de nouvelles rentes a sensiblement baissé. Le nombre de personnes recevant des rentes en raison de maladies psychiques a augmenté. L'effet de nos mesures est ici insuffisant – particulièrement en ce qui concerne les jeunes. Des mesures d'intervention précoce sont ici nécessaires et une coopération améliorée avec les acteurs est décisive.

La 6^{ème} révision de l'AI visait à lutter contre les fraudes, ce qui échauffe les esprits actuellement...

La loi sur l'AI permet aujourd'hui déjà de faire appel à des spécialistes. Sur ce sujet, l'OFAS partage l'avis du Conseil fédéral qui soutient une lutte contre la fraude, tout en se prononçant contre les atteintes à la sphère privée, comme par exemple par l'utilisation de traceurs GPS. Le Conseil des Etats était d'un autre avis.

Si vous pouviez définir seul la politique relative à l'AI, quelles seraient vos priorités ?

Un coup d'œil au rapport national de l'OCDE nous montre que la Suisse est très bien lotie avec ses systèmes de santé et d'éducation, ses prestations sociales et son marché du travail. Mais nous voyons aussi que nous ne nous coordonnons pas toujours bien ce qui nous coûte beaucoup d'énergie et d'argent.

Nombre de nouveaux rentes d'invalidité en raison d'une maladie mentale
(Source: statistiques BSV IV)

2000	8'385
2005	8'687
2010	6'503
2015	5'975

Que recommandez-vous aux personnes souffrant de maladies psychiques ? Et à l'équipe soignante ?

Pour moi, la formule gagnante combine : contact précoce entre les acteurs, discussion des problèmes et des ressources, coordination de la procédure et recherche commune de solutions.



Stefan Ritler, vice-directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, dirige le domaine « assurance invalidité ». Il a étudié la psychologie et la théologie et est considéré comme le père des actuelles révisions de l'AI.

Au niveau national, l'AI mandate près de 15'000 expertises par an. Les tribunaux jugent si les expertises ont valeur probante ou non. Près de 2800 ETP (équivalent temps plein) travaillent en Suisse pour l'AI.

AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT

Sans dialogue, nous n'arriverons à rien !

Le rapport de l'OCDE « Santé mentale et emploi en Suisse » avait pointé en 2014 la proportion importante de rentiers AI souffrant de troubles psychiques. Ses auteurs s'étonnaient de la relative inefficience dans ce domaine du système de soins psychiatriques de notre pays, compte tenu de la densité de psychiatres par 100'000 habitants, qui est la plus forte de tous les pays européens.

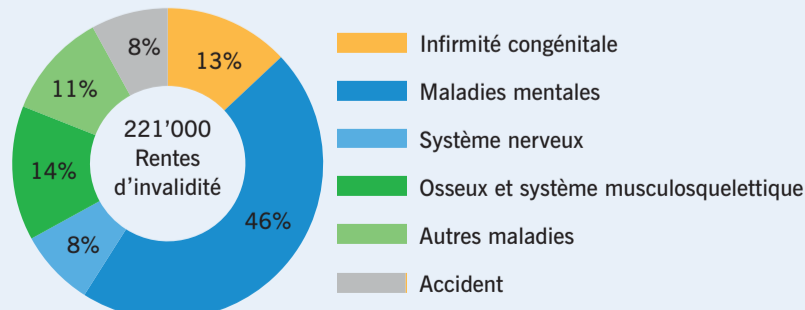
Ce questionnement a conduit l'administration fédérale (OFAS, SECO) à proposer des pistes de réflexions. La prévention des risques psychosociaux (stress au travail, burnout) est devenu un enjeu majeur pour les années à venir. L'enjeu est en effet de taille puisque les coûts indirects des atteintes à la santé mentale en termes d'absences, de rente AI et LPP se chiffrent en milliards de francs.

Les psychiatres ne sont pas restés inactifs, comme en témoigne l'enquête conduite par Niklas Baer et la SSPP, dont les résultats ont été publiés par l'OFAS en décembre 2017. Notre apport a d'ailleurs été souligné au cours des trois journées thématiques consacrées par le Conseiller fédéral Alain Berset à l'intégration au travail des personnes en situation de handicap. Nous pourrions y contribuer en nous engageant résolument pour un dialogue patient/employé, employeur et psychiatre.

Votre Pierre Vallon, Président de la FMPP



Rente d'invalidité par cause
(Source: statistiques BSV IV)





A RÔLES DIFFÉRENTS – TÂCHES DIFFÉRENTES

DÉVELOPPEMENT DE L'AI – EXIGENCES DE LA FMPP

La FMPP identifie un besoin accru d'optimiser la réintégration professionnelle des personnes en situation de handicap, particulièrement les jeunes et/ou les personnes souffrant de troubles psychiques. Elle préconise une amélioration de la collaboration de tous les acteurs.

Quatre rentes sur dix résultent d'une maladie psychique et la tendance est à la hausse. L'étude menée conjointement en 2017 par la SSPP et la Psychiatrie Basel-land (voir www.psychiatrie.ch) démontre que les psychiatres jouent un rôle central pour maintenir en emploi, respectivement (ré)-intégrer les malades psychiques sur le marché du travail. Le 21 décembre 2017 s'est tenue à Berne la troisième « Conférence en faveur de l'intégration des personnes en situation de handicap sur le marché du travail ». Pour une meilleure coordination de la psychiatrie et du monde du travail, la FMPP soutient les exigences formulées dans une déclaration commune de tous les participants à l'issue de la conférence, et plus particulièrement :

- l'introduction d'instruments adaptés pour une action coordonnée de tous les acteurs (par exemple le profil d'intégration axé sur les ressources (PIR), (voir sous <https://www.compasso.ch/fr/profil-d-integration.htm>)).
- la création de conditions favorables à un rapprochement entre la psychiatrie et le monde du travail (par exemple le programme RESSORT du CHUV pour une meilleure coordination du suivi psychiatrique et l'accompagnement sur le marché du travail des personnes concernées).
- les incitations pour les employeurs à engager et à maintenir en emploi des personnes en situation de handicap. Par exemple par la réintégration par des pairs.

L'intervention tarifaire du Conseil fédéral et les différences cantonales dans le traitement de l'attribution des rentes et de la réintégration remettent en question de nombreuses pistes d'actions. Aussi la FMPP exige-t-elle moins de fédéralisme et plus d'équité, ainsi qu'une égalité des chances au niveau national pour les employés souffrant de troubles psychiques.

« 101 660 reçoivent une pension AI pour cause de troubles psychiques. Chaque année, environ 6 000 nouvelles personnes reçoivent une rente AI pour troubles psychiques. »

COORDINATION DE LA GESTION DE L'INTÉGRATION PAR LES ASSUREURS PRIVÉS AVEC LES MÉDECINS (CGIAM)

Les assureurs accidents privés souhaitent promouvoir la gestion de l'intégration. A cet effet, les discussions et la collaboration entre les experts des assurances, respectivement les case manager, et les médecins traitants doivent être intensifiées. Le temps supplémentaire est indemnisé séparément par des positions de prestations et hors de TARMED.

www.svv.ch

LES TROUBLES PSYCHIQUES CAUSENT DE PLUS EN PLUS D'INCAPACITÉS DE TRAVAIL. DANS CE DOMAINE, LA COLLABORATION DES DIVERS ACTEURS JOUE UN RÔLE DÉCISIF POUR TROUVER DE BONNES SOLUTIONS. QUELLES SONT LES ATTENTES DES PARTIES CONCERNÉES ?

« DONNER À TOUS L'OPPORTUNITÉ D'UNE PROFESSION »



Dans le cadre de l'AI et de l'intégration, la psychiatre de l'enfant et de l'adolescent Monika Diethelm-Knoepfel souhaite moins de rejet et plus d'attention envers les patients.

Dr. Diethelm-Knoepfel, quel est votre rôle dans le contexte de « Psychisme et travail ou AI » ?
En tant que médecin, je traite des enfants ayant une infirmité congénitale, comme par exemple les THADA. En outre, je m'occupe d'enfants nécessitant un traitement psychiatrique de plus d'un an qui peuvent obtenir une prise en charge des coûts par l'AI selon l'article 12 LAI. Enfin je soutiens des jeunes souffrant de maladies psychiques à leur entrée dans la vie professionnelle. Pour ce faire, je travaille également comme experte.

Lequel de ces domaines est le plus difficile ?
Certainement les demandes liées à l'article 12 LAI. Auparavant les décisions se prenaient sur la base d'arguments clairs. L'exposé des motifs devient ici de plus en plus difficile – la pathologie est soit trop lourde soit trop bénigne. En cas de refus, les psychologues en cabinet privé ne sont plus financés. C'est un problème pour la prise en charge psychique, car il y a trop peu de pédo-psychiatres.

Comment cela se passe-t-il pour ceux qui entrent dans la vie active avec une maladie psychique ?
En réalité, je ne fais que des expériences positives. Si des problèmes surviennent, ils ne sont en général pas du fait de l'AI. Par contre, l'AI est de nos jours plus critique lors d'infirmités congénitales. L'annonce est ici importante – mieux celle-ci est faite, plus la décision est positive.

Qu'est-ce à dire exactement ?
Les critères pour une annonce à l'AI sont bien définis. Ainsi par exemple, dans le cas d'une infirmité congénitale 404, un enfant doit suivre une thérapie avant sa neuvième année déjà. De manière générale, nos rapports doivent être aussi soigneux et ciblés que possible. Si nous annonçons un enfant atteint de THADA et nous bornons à décrire un abus sexuel, nous mélangeons la maladie psychique avec d'autres facteurs. Cela est souvent laborieux, mais les rapports bien écrits sont utiles.

Vous êtes psychiatre de l'enfant et de l'adolescent et experte. Vos collègues rapportent qu'ils sont éternels lorsque les diagnostics des experts balayent leurs rapports d'un revers de la main...
Il est vrai que les diagnostics médicaux peuvent varier selon les médecins, en particulier lorsque nous les observons sur la durée ou en nous référant à des critères. Si en ma qualité d'experte je vois quelque chose différemment, je parle avec mes collègues et je motive mon évaluation.

AI et intégration – quelle serait votre souhait du monde idéal ?

Il faudrait assouplir la séparation rigide notamment entre ORP et AI, lors de l'intégration professionnelle. Notre objectif devrait être de permettre à toutes les personnes concernées de réaliser une formation professionnelle. Elles en tirent un maximum d'avantages et la société aussi. En tant qu'experte, je m'étonne par ailleurs des différences cantonales dans la loi fédérale. Fondamentalement, en agissant, nous devrions toujours nous demander ce que cela signifierait pour un membre de notre famille.

La doctoresse Monika Diethelm-Knoepfel est spécialiste en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et dirige un cabinet à Uzwil.

« UN DIAGNOSTIC N'EST PAS TOUJOURS SYNONYME D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL »



Le médecin d'assurances Bruno Soltermann est convaincu qu'une activité professionnelle gratifiante est également importante pour les malades psychiques. Ils devraient reprendre pied aussi rapidement que possible.

Monsieur Soltermann, êtes-vous l'expert en chef en Suisse ?

Non. J'appartiens certes à un groupe de médecins d'assurances qui a amélioré la qualité des expertises. Toutefois notre credo est de ne pas demander d'expertise chaque fois que cela est possible. Nous avons un rôle d'intermédiaire entre les assurés, les assurances et les prestataires de soins. Il s'agit pour nous de ramener la personne concernée au travail au moment opportun.

... en mettant l'accent sur des coûts aussi réduits que possible pour les assureurs ?

A mes yeux, déclarer simplement des jeunes gens invalides n'est pas défendable éthiquement. Les malades doivent manquer à leur poste de travail aussi longtemps que nécessaire, mais aussi brièvement que possible. Les malades psychiques ont besoin de structurer leurs journées.

Une réintégration n'est pourtant pas toujours aisée...

Patients et employeurs doivent le vouloir. C'est pourquoi il incombe aux médecins traitants, aux employeurs et aux spécialistes des assurances de les y motiver. Des entretiens avec tous les acteurs concernés sont ici nécessaires : le patient, l'employeur, le médecin traitant et l'assureur.

Souvent les malades psychiques ne veulent pas que leur employeur ait connaissance de leur maladie...

Tout en tenant compte de la protection de données et de la personnalité, un employeur doit être informé de ce qui se passe – en particulier lorsqu'il s'agit d'une incapacité partielle de travail. Selon mon expérience, cela est aussi plus facile pour le travail en équipe, car les comportements d'un malade psychique peuvent ainsi être mieux compris.

Vous plaidez pour des discussions. Pourquoi TARMED limite-t-il ces prestations ?

Ces prestations sont indemnisées en dehors de TARMED par les positions tarifaires CGIAM.

Quelle est votre approche ?

Nous proposons différentes formations continues pour spécialistes avec pour objectif la réintégration de malades psychiques. Il faut en outre évaluer les ressources des patients et non seulement leurs faiblesses. Un diagnostic ne nous permet pas de conclure quant à une capacité de travail. Il s'agit de mettre en parallèle les exigences de l'activité et le profil de compétence dont dispose la personne concernée.

Les médecins sont irrités par les observations et les diagnostics corrigés par des experts...

Toutes les parties doivent ici faire preuve d'encore plus de nuances et de sensibilité. Des observations doivent être possibles, mais se dérouler correctement dans le respect de la sphère privée. Dans le domaine de la psychiatrie il ne faut pas uniquement se focaliser sur la guérison. Il faut au contraire aussi amener les patients au point où ils peuvent exercer une activité pertinente qui les satisfasse dans une structure sociale. Les médecins peuvent ici contribuer à la réussite.

Le docteur Bruno Soltermann est spécialiste en chirurgie et est au bénéfice d'un master en médecine des assurances. Depuis 2000 il est médecin-chef de l'Association suisse d'assurances.

« PLUS DE DILIGENCE LORS DE L'INSTRUCTION DES DEMANDES AI ! »



Des erreurs d'interprétation de facteurs sociaux et le manque de traduction entre les instances ne restent pas sans conséquences, avertit Maria Cerletti.

Docteur Cerletti, suivant le principe qu'après un refus de prestations de l'AI, les patients reprennent plus rapidement le travail, la dernière révision de l'AI a renforcé les contrôles et la réintégration. Des psychiatres s'y opposent. Seule une rente AI résout-elle tous les problèmes ?

Non. Il n'existe aucune preuve d'augmentation de reprise de l'activité professionnelle après un refus de rente. De plus, des différences sont notables en termes de prestations de soutien ou de prestations de la caisse de pension, selon si le cas est traité par l'AI ou l'aide sociale. Quels offices sont chargés du cas est donc essentiel pour les personnes concernées.

La mauvaise interprétation de facteurs sociaux mène-t-elle à plus de refus AI ?

Dans la LAI, les facteurs psychosociaux ne donnent pas en soi droit à une rente, à moins qu'ils prolongent la maladie. Un refus de rente AI est souvent fondé sur des facteurs sociaux, qui seraient déterminants pour la maladie, telle la perte d'un parent ayant un lien temporel avec une maladie psychique. Nous, psychiatres, considérons une maladie sous différentes dimensions, selon le modèle biopsychosocial. Nous sommes nombreux à considérer comme insuffisant du point de vue médical de se borner à catégoriser un événement de vie comme « social » et d'ignorer la signification émotionnelle individuelle et la capacité d'assimilation psychique.

Vous critiquez aussi le « manque » de travail de traduction ?

Les juristes évaluent toujours le dossier à la fin d'une chaîne de processus de traduction. En tant que praticiens, nous traduisons des symptômes non-verbaux du patient en langage de résultat médical. Mais le médecin SMR ou le médecin d'assurances doit également réaliser un travail de traduction à l'attention des juristes pour que ceux-ci soient en mesure de comprendre notre réflexion médicale. Souvent cela ne se fait pas.

Et donc, que demandez-vous ?

Dans l'actuelle pratique procédurale, les médecins SMR ne posent pas de questions complémentaires ni ne demandent des précisions. Nous, praticiens, sommes ainsi maintenus dans l'ignorance quant à l'interprétation de nos rapports. Nous rédigeons donc de plus en plus les rapports médicaux comme des expertises médicales, afin de prévenir toutes les objections possibles. Pour un diagnostic correct, je demande donc plus de diligence et l'introduction d'une sorte de processus réplique-duplique. Un tel processus permettrait aux médecins traitants de livrer subséquemment des informations peut-être manquantes aux juristes et ainsi d'assurer la compréhension.

La doctoresse Maria Cerletti est spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH et dirige un cabinet à Zürich.



« LA COOPÉRATION EST LA CLÉ DU SUCCÈS »



Lors d'absences dues à la maladie, Markus Jordi, chef du personnel des CFF, mise sur la coopération active des case managers internes avec les collaborateurs, les médecins et les assureurs.

Monsieur Jordi, la réintégration est au centre des révisions de l'AI. Un choix judicieux ?

La réintégration fait partie de notre stratégie RH et repose sur un management qualifié de la santé.

Les arrêts maladie ont augmenté de plus de 30%. Aux CFF aussi ?

Notre gestion de la santé mise sur la prévention et la détection précoce, mais aussi sur la sensibilisation et la formation du supérieur direct. A cet effet, les faits et les données sont importants à nos yeux. Nous publions un rapport de santé annuel, qui fait, entre autres, état des jours d'absence par EPT (équivalent plein temps). Nous avons pu stabiliser et réduire ces derniers, malgré les effets de la démographie.

Comment y parvenez-vous ?

Nous disposons d'une gestion des présences en cas d'absences de courte durée et d'un travail actif en matière de personnel lors d'arrêts de longue durée. Les anomalies systémiques comme les absences les lundis et vendredis sont abordées. Tous les employés sont soutenus par notre gestion de la réintégration. Pour les employés de plus de 50 ans, nous exploitons une unité organisationnelle spéciale avec environ 100 postes de travail adaptés. Nos case managers cherchent activement le contact avec les collaborateurs, les médecins, les assurances sociales et les caisses maladie. Ceci avec succès : notre taux de réintégration atteint 77% - dont deux tiers dans notre exploitation. Lorsqu'une société le fait bien, elle peut éviter beaucoup de souffrances humaines.

Pour quels motifs vos collaborateurs sont-ils en arrêt maladie ?

Les atteintes physiques sont certainement la cause principale. Mais nous observons une augmentation de la part des malades psychiques et ce particulièrement dans le groupe d'âge des 30 à 40 ans - donc en fait au sommet de leur carrière. Les changements du monde du travail, tels l'accroissement de la charge de travail et le déplacement des compétences amené par la numérisation, affectent fortement ce groupe d'âge. Dans cette phase, un plan de carrière exige constamment de nouvelles compétences, alors même que se développe la vie familiale.

Des employeurs critiquent une propension des psychiatres à mettre les personnes concernées en arrêt maladie trop longtemps et à un taux trop élevé ?

Je suis contre la désignation de boucs-émissaires. En outre, je comprends très bien que les médecins se positionnent en tant qu'avocats. Mais nous atteindrons davantage ensemble par plus d'échanges. Par exemple que quelqu'un puisse réaliser certaines tâches à sa place de travail malgré une limitation, comme vise notamment à le faire le profil d'intégration des ressources (PIR) de Compasso.

Quelles sont les attentes des employeurs dans le contexte des maladies psychiques en général ?

La coopération concrète entre les intervenants est centrale. Si elle aboutit, les collaborateurs peuvent être réintégrés de manière optimale et une mise à la rente évitée. Toutefois, les grands bouleversements de notre monde du travail comportent des risques. C'est pourquoi en tant que société nous sommes sommés de thématiser tôt ces changements et d'aborder leurs conséquences.

Markus Jordi dirige les Ressources humaines des CFF depuis dix ans. Il est responsable de près de 29'000 collaborateurs et s'engage également au Comité consultatif de Compasso.

« JE SUIS HEUREUX DU SOUTIEN DE L'AI ! »

Concerné, car souffrant d'une maladie psychique, Remo Lüchinger attend de l'AI une approche active, personnelle et transparente ainsi qu'un capital confiance lors de mesures professionnelles.

Monsieur Lüchinger, à ce jour encore vous souffrez d'une maladie psychique. Comment cela a-t-il débuté ?

J'étais employé de commerce dans une grande entreprise de service lorsqu'à 34 ans j'ai souffert d'épuisement de façon répétée. J'ai été mis en arrêt maladie sans savoir de quoi je souffrais. Puis j'allais si mal que je me suis rendu chez un psychiatre. Ce dernier m'a diagnostiqué une dépression.

Quand s'est fait le contact avec l'AI ?

L'année suivante j'ai été convoqué pour une expertise AI et j'ai été également pour la première fois en clinique. Entre 2009 et 2011 j'ai ensuite attendu la décision de l'AI. J'ai pu reprendre par un temps partiel de 30%. J'ai toutefois dû l'interrompre peu après. Je n'ai à nouveau plus eu de nouvelles de l'AI, tout en touchant une rente. En 2013, je me suis spontanément annoncé à l'office AI. Après quelques semaines, on m'a attribué une personne pour me conseiller. J'ai ainsi obtenu la chance de redémarrer une formation. Dès début 2014, j'ai fait un stage à plein temps dans un home pour personnes handicapées. J'ai dû l'interrompre alors même que j'avais réussi l'examen d'admission pour des études en pédagogie sociale.

Comment est née l'idée de débiter une formation par des pairs - et l'AI la soutient-elle ?

Lors du séjour en clinique, une femme m'a dit qu'elle-même souffrait d'un handicap psychique et qu'elle accompagnait les personnes dans cette situation. Elle s'entretenait ou allait se promener avec ces dernières. C'était exactement ce qui m'intéressait. Avec mon job coach de l'AI j'ai ensuite examiné cela. L'AI cantonale prend en charge les frais de formation et une partie des frais de transport et les débours.

Pourquoi le travail est-il important pour vous ?

Il est important d'avoir quelque chose à faire et d'avoir une place dans la société. J'aimerais aussi lui rendre quelque chose et apporter ma contribution.

Pensez-vous pouvoir un jour retravailler à 100% ?

Travailler à nouveau à 100% serait mon souhait bien sûr. J'aurais déjà fait un très grand pas si je pouvais travailler à 50%.

Pensez-vous qu'un soutien lors d'une réintégration professionnelle est également nécessaire alors qu'on ignore encore si on pourra un jour retravailler à 100% ?

Oui, le pense ! L'AI m'a fait épauler par un job coach, un conseiller de carrière. Il me conseille, m'aide à poser des jalons ou à obtenir certaines aides financières.

Avec le recul, estimez-vous que l'AI vous a apporté un soutien utile à ce jour ?

Cela a été trop long au début et j'ai dû attendre la décision de l'AI pendant deux ans. Bien sûr j'ai été heureux lorsqu'une rente m'a ensuite été attribuée. Mais il a fallu 3 à 4 ans pour qu'une véritable coopération avec l'AI se mette en place.

Remo Lüchinger souffre depuis l'âge de jeune adulte de troubles dépressifs et d'angoisses. Son état s'est stabilisé depuis 2015. Il suit actuellement une formation de conseiller de pairs et travaille comme stagiaire dans une institution psychiatrique.

RAPPORTS AI : CONTENU ET PIERRES D'ACHOPPEMENT OU – CE QUE VOUS DEVEZ ABSOLUMENT SAVOIR

Le rapport médical AI est une base importante et indispensable à l'évaluation d'une possible mesure de réintégration ou d'une rente. C'est avant tout le premier rapport qui pose les jalons. Aussi cet article décrit-il les éléments les plus importants d'un rapport médical AI.

1. Aperçu de la documentation complète des troubles subjectifs et des constatations objectives	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin traitant connaît le mieux le parcours longitudinal du patient. L'expert mandaté par la suite fait au contraire une observation transversale.
2. Diagnostic précis et évaluation de la personnalité	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostics compréhensibles, selon un système de classification (ICD/DSM), fondés sur l'anamnèse réalisée et les informations de tiers. Le diagnostic « léger », « moyen » ou « grave » est moins décisif que l'évolution de la maladie et les limitations fonctionnelles.
3. Evolution de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> A décrire sur la base de faits et de résultats d'examen Fondée sur des données d'anamnèse de tiers
4. Biographie professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Mentionner l'issue des ruptures de formation, changements d'emploi fréquents, conflits sur le lieu de travail et essais de travail
5. Traitements antérieurs	<ul style="list-style-type: none"> Succès thérapeutiques, échecs et hospitalisations Mentionner également les seconds avis obtenus
6. Etat présent et résultats d'examen	<ul style="list-style-type: none"> Psychopathologie selon AMDP Adéquation à la réalité et capacités de jugement Gestion des affects et contrôle des impulsions Régulation de l'estime de soi et capacité de régression Compétences relationnelles et conception des contacts
7. Limitations fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none"> Les dysfonctions sont déterminantes : les impacts sur la vie actuelle et en premier lieu sur le travail doivent être décrits, par ex. selon Mini-ICF : <ul style="list-style-type: none"> Capacité d'adaptation aux règles/à la routine Capacité de planification/de structuration de tâches Flexibilité et capacité de reconversion Capacité à appliquer des compétences professionnelles Capacité de décision et de jugement Capacité à durer/d'affirmation de soi Capacité à établir des contacts avec des tiers/à évoluer dans un groupe Capacité de relations familiales, respectivement intimes Capacité de réaliser des activités spontanées Capacité à prendre soin de soi
8. Ressources	<ul style="list-style-type: none"> Non seulement les déficits, mais aussi les ressources utiles sont déterminants, ce qui implique des connaissances de l'activité professionnelle
9. Concentration médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> Une concentration médicamenteuse peut être utile pour évaluer le degré d'adhésion et l'efficacité thérapeutique.
10. Incapacité de travail	<ul style="list-style-type: none"> L'incapacité de travail est définie dans la LPGA, Art 6.

GARE AUX PIERRES D'ACHOPPEMENT !

Cohérence de l'invalidité	<ul style="list-style-type: none"> Cohérence signifie qu'une limitation doit être similaire dans des circonstances de vies différentes et comparables.
Invaliditätsfremde Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> Facteurs socioéconomiques et psychosociaux comme par ex. <ul style="list-style-type: none"> activité professionnelle pénible, harcèlement, conflits au travail poursuites, surendettement, emploi à bas revenu insécurité de l'emploi, échec d'un nouveau statut d'indépendant problèmes de couple et de famille expériences négatives de migration situation économique – conjoncture défavorable, situation du marché du travail capacité d'intégration (immigration, culture, langue ne sont en soi pas considérées comme invalidantes/déterminantes pour une rente, sauf en cas de dommages invalidants pour la santé subséquents).
Diagnostics	<ul style="list-style-type: none"> Les troubles liés à une dépendance, comme par exemple une dépendance à l'alcool, ne constituent pas, en tant que tels, une cause d'invalidité au sens de la loi. En ce qui concerne l'évaluation juridique des doubles diagnostics (maladie psychique et dépendance) le juriste part du principe qu'il est possible de distinguer du point de vue médical, les troubles psychiques induits (causés par la dépendance) des troubles indépendants (concordant avec la dépendance). Les codifications Z sont en général considérées comme non-invalidantes
Incapacité de travail – non de gain	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin se prononce sur l'incapacité de travail, et non sur l'invalidité et l'incapacité de gain. Ces derniers sont des termes juridiques.
Epuisement de toutes les possibilités thérapeutiques/ obligation de réduire le dommage	<ul style="list-style-type: none"> D'un point de vue juridique s'applique l'obligation de la personne concernée de faire de son propre chef tout ce qui est raisonnablement exigible pour améliorer sa capacité de gain. Un traitement antidépresseur est considéré comme raisonnablement exigible, à moins que des risques élevés/extraordinaires ne soient attestés. Un traitement en milieu hospitalier est également réputé raisonnablement exigible, en présence d'une recommandation d'un spécialiste et lorsqu'une amélioration peut être attendue. En cas de refus de médicaments dû à une maladie (comme pour une schizophrénie) -> pas d'obligation de réduire le dommage.
Cohérence du rapport médical	<ul style="list-style-type: none"> La pertinence d'un rapport médical repose sur un contenu exhaustif et un résultat probant. Devraient être cohérents non seulement les résultats d'examen du patient, mais également le rapport du médecin : des faits, pas de plaidoyer ! Rapports cohérents et crédibles -> moins d'expertises
Autres recommandations	<ul style="list-style-type: none"> Dans l'optique d'une potentielle procédure judiciaire, tout doit si possible être fait par écrit. Entretiens téléphoniques et entretiens oraux doivent être documentés par écrit et remis à l'AI. Celle-ci est tenue d'intégrer toutes les informations disponibles dans ses décisions.
Indemnisation	<ul style="list-style-type: none"> Les offices AI sont tenus d'indemniser les rapports en fonction des charges.

Fulvia Rota



SOMBRES CHEMINS DE L'AI – EXCLUSION PLUTÔT QU'INTÉGRATION

Les patients sont-ils autant de « quantités négligeables » coûteuses qui n'intéressent personne ?

Nous, psychiatres, voyons depuis des années comment le Tribunal fédéral, donc des juristes étrangers à notre domaine, déclare de plus en plus de maladies psychiques « surmontables » et ne justifiant pas (ou plus) l'octroi d'une rente. Sont concernés notamment les troubles somatoformes douloureux et les traumatismes type coup-du-lapin, ainsi que les dépressions modérées. Le Tribunal fédéral a par ailleurs clarifié en 2014 : « Le médecin n'a aucune compétence de jugement finale de l'atteinte à la santé concernant la capacité de travail ». L'incapacité de travail et le diagnostic médical ne sont aucunement corrélés. Les économistes de la santé dirigeant l'AI, les mathématiciens des assurances, les juges fédéraux ainsi que le Parlement ne veulent pas nous entendre, nous médecins traitants, respectivement les psychiatres et les psychologues. Depuis 2010, des milliers de patients sont avec zèle déclarés en bonne santé ou en incapacité de travail maximale de 39% - car ainsi ne naît aucun droit à l'intégration et à une rente. Ne reste aux rejetés et aux exclus que le chemin des services sociaux. En 2016, 1045 rentes ont été supprimées pour les seuls cantons de Zurich et d'Argovie – parmi lesquelles beaucoup en l'absence de possibilités d'intégration.

Notre division largement couronnée de succès entre médecins « des mauvaises expertises » et médecins traitants permet de nombreuses suspensions de rente. En dépit de l'étude « Rely I » qui démontre que l'incapacité de travail des mêmes patients psychologiquement malades est évaluée très différemment par des experts différents, nous, praticiens, ne sommes que rarement sollicités pour une anamnèse élargie. Les experts honnêtes sont mis disqualifiés par des expertises supplémentaires ordonnées par l'AI. Si nous ne parvenons pas à surmonter cette division, les patients resteront perdants. D'autres méthodes pour suspendre des rentes AI, les rejeter ou refuser des possibilités d'intégration existent : des

annonces anonymes ou des ajustements de calculs actuariels – lorsque le revenu du patient est trop élevé de 2000 CHF par an, cela ne correspond plus qu'à une incapacité de travail de 48% et a pour conséquence une réduction de la rente. De même, des expertises psychiatriques à répétition, le rejet de recours et les cas forcés de la Cour des assurances sociales ne manquent pas leur cible. Alors que jusqu'à présent des détectives sociaux non spécialistes étaient en action, la surveillance par traceur GPS menace dorénavant les « rentiers AI suspects ».

Evidemment une intégration professionnelle, particulièrement le maintien en l'emploi, est optimale. Mais que déclenche la pression de devoir atteindre une capacité de travail de 80% ? L'état de santé de nombreux malades psychiques en devient plus grave. Des rentes partielles doivent aussi être possibles. Au moins 80'000 malades atteints de schizophrénie et 120'000 de bipolarité vivent dans notre pays. La plupart nécessitent au moins une rente partielle. Comme l'a démontré l'initiative de 12 villes pour la politique sociale « Sozialpol » en 2015, 40% des bénéficiaires d'aide sociale sont psychologiquement malades. Or, stabilisation psychique et processus de guérison évoluent mieux dans un environnement sûr. Des décisions hors discipline de l'AI font régresser nos patients. Il ne nous reste plus, à nous praticiens, qu'à prévenir les suicides. Nous voulons changer cela !

Dr med. Doris Brühlmeier Rosenthal

Plutôt que d'abandonner nos cabinets en nous résignant trop vite, nous poursuivons le combat :

- actuellement nous collectons des données supplémentaires, merci d'annoncer les patients concernés, au sondage express kardiolab.ch/rentenlupe.htm
- Les patients peuvent volontiers s'informer sur l'adresse Facebook en allemand « Chronisch Kranke wehrt euch »

psyCHIatrie en dialogue

Dites-nous ce que vous pensez, nous attendons avec impatience!
fmpp@psychiatrie.ch

« psyCHIatrie vise à intensifier le dialogue pour les sujets importants de notre discipline ! »

Contact pour les questions sur ce thème et pour des formations continues: Commission permanente des assurances CPA

skv@psychiatrie.ch



PSY & ASd SGPP
www.psy-congress.ch

PSY - Kongress 05.-07.09.2018
Congrès - PSY Kursaal Bern

Congrès annuel SSPP

« Les bases de traitement et de soin apportés aux personnes atteintes de maladies psychiques »



RECHERCHE

Référence bibliographique d'Armin von Gunten: la règle de Goldwater: s'applique-t-elle encore – et si oui, aux psychiatres et aux psychologues ?

Les psychologues sont-ils habilités à juger de la santé psychique de personnalités publiques qu'ils n'ont jamais directement examinées ? Cette question ne cesse d'échauffer les esprits, car elle est controversée tant parmi les spécialistes qu'au sein de l'opinion publique. Elle a focalisé l'attention la première fois en 1964, lors des élections présidentielles américaines, autour de Barry Goldwater. Des psychiatres avaient déclaré ce dernier psychologiquement instable et Goldwater avait intenté avec succès une poursuite pour diffamation.

Depuis, la règle Goldwater interdit aux psychiatres de donner une évaluation diagnostique sur des personnes qu'ils n'ont pas eux-mêmes et personnellement examinées. L'actuel débat sur cette règle fut déclenché par la présidence américaine de Donald Trump dont l'état psychique est un thème public récurrent depuis. Se pose ainsi la question de la validité actuelle de la règle, et si oui, si elle s'applique aussi aux psychologues. Lillienfeld et al. se sont penchés sur la question dans leur étude. Les chercheurs concluent que du point de vue actuel, la règle Goldwater se base sur des hypothèses scientifiques douteuses, en ce que des entretiens personnels peuvent également mener à des diagnostics erronés. Selon le groupe de chercheurs certains cas existent pour lesquels les psychiatres et les psychologues ont à certaines conditions un devoir d'informer et de donner des évaluations fondées de la santé psychique de personnalités publiques – comme par exemple sur celle de Donald Trump.

Scott O. Lillienfeld, Joshua D. Miller und Donald R. Lynam: The Goldwater Rule: Perspectives From, and Implications for, Psychological Science, *Perspect Psychol Sci.* 2017 Oct 1:1745691617727864. doi: 10.1177/1745691617727864.

Référence bibliographique d'Alain Di Gallo: enrhumé après une séparation

La séparation des parents peut être très stressante pour les enfants concernés. Un lien a été établi entre le stress infantile et un dérèglement durable du système immunitaire. La gestion de la séparation par les parents influe davantage sur le stress des enfants que la séparation à proprement parler. Murphy et al. lient ces trois points dans une expérience passionnante. Ils ont mené une étude avec 201 adultes en bonne santé âgés de 18 à 55 ans. Pour 109, les parents sont restés ensemble durant leur enfance, pour 41 ils se sont séparés tout en continuant à communiquer et pour 51, les parents se sont séparés et ne se sont plus parlé ensuite. Les 201 sujets ont été mis en quarantaine dans un hôtel durant six jours. Le premier jour, des rhinovirus leur ont été administrés sous forme de gouttes nasales et durant les cinq jours suivants fut documentée l'apparition de marqueurs d'infection (réplication virale dans l'écoulement nasal, production d'anticorps) et de signes objectifs de refroidissement (production de mucus nasal). 139 (74%) des participants ont formé des marqueurs d'infection positifs et 60 (30%) des signes objectifs de refroidissement supplémentaires, soit un rhume. Les sujets dont les parents ne se parlaient plus après leur séparation ont contracté trois fois plus souvent un rhume que les sujets issus de familles intactes. Les sujets dont les parents s'étaient séparés, mais avaient continué à se parler n'avaient pas de risque plus élevé de développer un rhume. La concentration de cytokine pro-infectieuses dans les sécrétions nasales livra le lien entre groupes à haut risque et rhume. Le stress provoqué par la rupture de contact entre les parents a probablement influencé durablement la régulation immunitaire de l'enfant concerné. Il est connu que les charges psychiques durables rendent les cellules immunitaires insensibles à une régulation par corticostéroïdes et peuvent mener à une production élevée de cytokine en réaction aux infections. A la lumière d'un exemple en soi anodin, l'étude démontre un risque potentiellement énorme sur la durée pour les personnes exposées durant leur enfance à une séparation des parents caractérisée par une absence de communication.

Murphy M L M, Cohen S, Janicki-Deverts D, Doyle W J (2017) Offspring of parents who were separated and not speaking to one another have reduced resistance to the common cold as adults. *PNAS*, 114, 6515-6520.

IMPRESSUM

Rédaction

Sibille Kühnel, département communication FMPP, membre du Comité de la SSPPEA
Kaspar Aebi, département communication FMPP, membre du Comité de la SSPP
Martin Pfeffer, membre SSPP/SSPPEA, délégués FMPP
Michael Kammer-Spohn, membre SSPP
Daniele Zullino, membre SSPP
Christoph Gitz, secrétaire général
Jaqueline Haymoz, responsable du secrétariat
Petra Seeburger, responsable communication FMPP (direction)

FMPP

Altenbergstrasse 29
Case postale 686
3000 Berne 8
Téléphone +41 (0)31 313 88 33
Fax +41 (0)31 313 88 99
fmpp@psychiatrie.ch

Tirage : 3000

Date de parution : 03.2018

Mise en page : schroederpartners.com

Impression: Neidhart + Schön AG, Zürich