

Compléter un rapport AI efficacement

Les informations essentielles à inclure dans un rapport pour l'assurance-invalidité en cas de problématique psychique

Christine Besse^a, Laetitia Nauroy^b, Gérald Gavin^b, Boris Petermann^b, Yasser Khazaal^c, Cesar Jatón^b

^a Direction Médicale, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Prilly; ^b Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, Service médical régional Suisse romande, Vevey, Suisse; ^c Service de Médecine des Addictions, Centre hospitalier et universitaire vaudois, Lausanne, Suisse

Summary

The essential information to include in a report to Disability Insurance in the case of psychiatric problems

Invalidity insurance (IV) lies at the interface of medical, legal and economic fields, and the basic principles underlying its functioning are complex and often misunderstood by doctors and therapists, as they are far removed from clinical practice in the field, known as “therapy”. However, the IV is essential social insurance for professional reintegration and job retention, particularly for people suffering from mental health problems. Effective collaboration between this insurance and the treating psychiatrist involves learning and sharing a common vocabulary, as well as transmitting the important clinical information necessary for a complete and unequivocal assessment of the patient's medical condition and entitlement to benefits; such an assessment will in turn enable the most appropriate measures to be implemented, and limit recourse to additional information and expert procedures, which are likely to slow down the IV procedure. The common vocabulary focuses on functional limitations, on the anamnesis oriented on the past and present consequences of these limitations on integration, and on the resources to overcome them — totally or partially. Current developments in the IV system, communication about tools that can provide a framework for recording functional limitations, and training materials from specialised associations will make it possible in the medium term to meet the need for training in this area.

Introduction

Insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques

Les problèmes de santé psychique sont devenus un axe de développement prioritaire pour les politiques économiques nationales du fait des coûts sociaux importants qui leur sont imputés (entre 3% et 4,5% du PIB dans les pays de l'OCDE, en Suisse 3,2% [1]). Parmi ces coûts figurent les coûts indirects, notamment les dépenses liées aux diverses assurances sociales:

40% des nouvelles demandes auprès de l'assurance-invalidité (AI) concernent des troubles psychiques [2]. Il est par ailleurs reconnu que la pauvreté et l'inactivité professionnelle sont associées avec le maintien d'épisodes de troubles mentaux communs [3].

L'expérience des personnes atteintes dans leur santé psychique démontre l'importance de l'emploi et du soutien nécessaire pour s'y maintenir (ou y accéder), en dépassant les barrières systémiques à l'emploi. Ces barrières peuvent être liées au manque d'encouragement finan-

cier à une réinsertion professionnelle, mais également au stigma et aux croyances en lien avec le travail, ou à la méconnaissance des démarches [4–6].

Mesures d'insertion professionnelle en Suisse

Une des recommandations établies par les auteurs du rapport sur l'emploi dans les pays de l'OCDE était d'améliorer la coordination des interventions, le partage des informations et un renforcement des évaluations médicales avec une plus grande implication des secteurs de la santé dans le processus d'insertion et de réinsertion professionnelles [1, 2, 7]; le bilan à 5 ans démontre que certaines recommandations ont été suivies, mais que d'autres, tel que le travail intégratif, notamment entre différents acteurs de soutien social, de l'emploi et des soins, peinent à se faire [8]. Ainsi, les politiques relatives au milieu de travail demeurent largement déconnectées des systèmes de santé mentale, ainsi que du soutien social, bien qu'elles aient mis en place un système de prévention et de régulation des risques psychosociaux.

La Suisse dispose d'un large éventail de prestations en termes de réinsertion professionnelle. L'organisation de ces prestations est principalement le fait de deux assurances sociales (assurance-invalidité et assurance-chômage) ainsi que de l'aide sociale, entités pouvant être amenées à coopérer dans le cadre de conventions de collaboration interinstitutionnelle [9]. Néanmoins, il n'existe aucune directive claire concernant les modalités de collabo-

Tableau 1: Les différentes mesures AI

Nom	Description
Généralités	<p>Principes pour l'octroi de mesures de réadaptation</p> <p>Les mesures doivent être:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nécessaires (en raison de l'invalidité). Sont donc exclues les mesures qui seraient dues à une raison étrangère à l'invalidité, comme l'âge, des difficultés d'acculturation, un manque de formation ou de connaissances linguistiques; • appropriées, soit de nature à atteindre le but de la réadaptation dans la vie active. Elles doivent donc être adaptées à l'état de santé et aux aptitudes de la personne assurée et lui permettre de retrouver sa capacité de gain; • simples et adéquates. Il doit exister un rapport raisonnable entre les frais et la durée qu'elles peuvent occasionner d'une part, et le résultat que l'on peut en attendre d'autre part; <p>Les mesures n'ayant pas pour but de privilégier les personnes atteintes dans leur santé, les perspectives de gains attendues après l'application de dites mesures doivent se trouver dans un rapport d'équivalence approximative avec celles que la personne assurée aurait eues si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.</p> <p>L'invalidité au sens de la LAI réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que la personne assurée pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29, consid. 1a)</p>
Détection précoce (art. 3a à 3c LAI)	<p>Le but est de permettre de repérer le plus tôt possible les personnes dont la capacité de travail est restreinte pour des raisons de santé et dont l'affection risque de devenir chronique. Moyen de prévenir une éventuelle invalidité (art. 3abis al. 1 LAI).</p> <p>S'adresse aux personnes présentant une incapacité de travail ou menacées de l'être pendant une longue durée. Depuis le 1^{er} janvier 2022, la détection précoce est également possible pour les jeunes dès 13 ans qui sont menacés d'invalidité, qui n'ont pas encore exercé d'activité lucrative et qui sont suivis par les instances cantonales chargées du soutien à l'insertion professionnelle des jeunes.</p> <p>L'annonce peut être effectuée auprès de l'Office AI par la personne assurée ou par l'une des institutions autorisées au sens de l'art. 3b al. 2 LAI (p. ex. médecin, employeur, assureur perte de gain, organe de l'aide sociale, etc.). Dans ce cas, la personne concernée doit être informée de la démarche (art. 3b al. 3 LAI).</p> <p>N'offre pas directement de prestation mais va prendre la forme d'un entretien entre la personne assurée et un conseiller, au cours duquel ce dernier va déterminer si des mesures pour maintenir ou reprendre l'emploi et, partant, une intervention de l'AI sont nécessaires (FF 2005 4215, p. 4268 suivantes). Dans l'affirmative, il sera alors proposé à la personne assurée de déposer une demande de prestations.</p>
Intervention précoce (art. 7d LAI):	<p>Consistent en des mesures faciles d'accès visant à faciliter l'accès à une formation professionnelle initiale des mineurs dès l'âge de 13 ans atteints dans leur santé, à maintenir un poste de travail ou à faciliter une réinsertion dans la vie active (art. 7d al. 1 LAI), comme par exemple une adaptation du poste de travail, un stage ou une orientation professionnelle. Ces mesures peuvent être mises en place dès qu'une demande est déposée, en parallèle à l'instruction administrative dossier.</p> <p>Durée de maximum une année, avec montant maximum de 20000 CHF (art. 1 octies RAI). Caractère facultatif: personne ne peut se prévaloir d'un droit à ces mesures (art. 7d al. 3 LAI), contrairement aux autres prestations prévues dans la LAI.</p>
Mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 14a LAI)	<p>Outil introduit en 2008 (5^e révision) permettant de favoriser le respect du principe de la primauté de la réadaptation sur la rente (FF 2005 4276). Nécessité que la personne assurée soit reconnue invalide.</p> <p>Considérées pour les assurés qui présentent depuis six mois au moins une incapacité de travail (IT) d'au moins 50% ou pour les personnes sans activité lucrative de moins de 25 ans menacés d'invalidité, pour autant qu'elles servent à créer les conditions de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel. N'entrent dès lors en considération que s'il s'avère que, sans elles, la réadaptation professionnelle serait tout à fait impossible (FF 2015 4318). Constituent une étape préparatoire à la mise en place de telles mesures. Leur but est ainsi de reconstituer progressivement la capacité de réadaptation des assurés ou de la maintenir. Peuvent être octroyées sous forme de mesures socioprofessionnelles (art. 14a al. 2 let. a LAI) ou de mesures d'occupation (art. 14a al. 2 let. b LAI).</p> <p>Les mesures socioprofessionnelles: consistent principalement en des mesures d'accoutumance au processus de travail, de stimulation de la motivation, de stabilisation de la personnalité et de socialisation de base. Prennent généralement la forme d'un entraînement à l'endurance, avec augmentation progressive du temps de présence, et à terme du rendement, jusqu'à présenter une capacité de travail de 50%. Peuvent être mises en place dès que la personne assurée est en mesure d'assurer un temps de présence d'au moins 2 heures par jour, 4 jours par semaine.</p> <p>Les mesures d'occupation: constituent des mesures de transition qui sont généralement mises en place à l'issue des mesures socioprofessionnelles, dans l'attente de la phase suivante (mesure d'ordre professionnel ou prise d'emploi sur le marché libre) lorsqu'il existe un risque que la personne assurée perde sa capacité de travail ou sa capacité à suivre une mesure d'ordre professionnel. Dans ce contexte, une présence minimale de 6 heures par jour, 4 jours par semaine ainsi qu'une capacité de travail d'au moins 50% sont généralement exigées.</p>
Orientation professionnelle (art. 15 LAI)	<p>Pour les personnes dont l'invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure.</p> <p>Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel.</p> <p>L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé.</p>
Formation professionnelle initiale (art. 16 LAI):	<p>S'adresse aux assurés qui n'ont pas encore eu d'activité professionnelle et pour lesquelles leur invalidité occasionne des frais de formation beaucoup plus élevés que si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé (art. 16 al. 1 LAI). Il s'agit généralement de frais liés à l'achat de matériel spécifique, au transport, à un enseignement complémentaire ou à la prolongation de la formation.</p> <p>La loi part en effet du principe que les personnes invalides ne doivent être ni privilégiées, ni désavantagées dans le cadre de leur formation professionnelle initiale. Cela signifie donc qu'elles doivent s'acquitter, comme les personnes en bonne santé, des frais courant de leur formation, l'AI ne prenant en charge que les frais supplémentaires liés à leur invalidité.</p>
Reclassement (art. 17 LAI)	<p>Constitue l'ensemble des mesures de réadaptation d'ordre professionnel nécessaires et adéquates destinées à procurer de manière appropriée une nouvelle capacité de gain, à peu près équivalente à celle de l'activité antérieure, aux assurés qui ne peuvent plus, en raison d'une invalidité survenue ou imminente, exercer leur activité lucrative habituelle.</p> <p>Pour être considérée comme invalide au sens de cette disposition, il faut donc que la personne assurée ne puisse plus, en raison de ses problèmes de santé, exercer (totalement ou partiellement) son activité antérieure et, en outre, que ces mesures soient nécessaires pour lui permettre de retrouver des perspectives de gains globalement identiques à celles qu'elle aurait eues sans ses problèmes de santé.</p> <p>Ainsi, une personne qui ne pourrait plus exercer son activité habituelle, mais qui, compte tenu de sa capacité de travail résiduelle et de ses capacités, pourrait réaliser un revenu globalement identique dans une autre activité, ne sera pas considérée comme invalide au sens de l'art. 17 LAI.</p>

Tableau 1: Les différentes mesures AI (suite)

Placement (art. 18 LAI)	Mesure de soutien pour rechercher ou conserver un emploi.
	Au contraire des autres mesures de réadaptation, l'assuré n'a pas besoin d'être invalide, mais seulement de présenter une incapacité de travail (IT). Cette IT s'entend aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (arrêt 9C_236/2012 du 15 février 2013, consid. 3.7). Il n'est donc pas nécessaire de présenter une incapacité de gain, ni un taux d'invalidité minimal. De même, l'aide au placement n'a pas pour objectif de permettre à la personne assurée d'améliorer ou de rétablir sa capacité de gain, mais de lui apporter une aide dans la recherche d'un emploi adapté (arrêt I 503/01 du 7 mars 2003, consid. 3.2).
	Dans les cas où la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de la personne assurée, il est nécessaire qu'elle soit entravée de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans sa faculté de rechercher en emploi (arrêt 9C_416/2009 du 1er mars 2010, consid. 2.2). Tel sera notamment le cas lorsqu'elle présente des limitations telles que le mutisme, la cécité, une mobilité limitée ou des troubles du comportement qui l'entravent dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son état de santé (arrêt I 669/02 du 24 décembre 2002, consid. 2). Les mesures d'aide au placement sont mises en place à l'issue du processus de réadaptation, une fois les mesures de formation professionnelle initiale ou de reclassement achevées.

ration entre ces différentes entités et les prestataires de soins. La complexité du cadre légal et sa fragmentation, au même titre que la méconnaissance de ce dernier dans le secteur de la santé, rendent cette collaboration d'autant plus complexe.

Le cadre juridique de l'AI évolue régulièrement depuis son entrée en vigueur en 1960, mais certains concepts demeurent, tels que le principe faisant prévaloir la réadaptation sur la rente, principe fondamental de l'octroi de prestations relevant du droit des assurances sociales [10]. En nous référant à l'art. 8 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) [11], nous pouvons constater que si les conditions d'octroi sont remplies, l'AI offre de très nombreuses mesures de réadaptation.

Au vu de l'objet du présent article, nous ne nous intéresserons qu'aux mesures ayant un lien étroit avec la question du retour au travail, en ciblant de plus la population des 18 à 65 ans. Nous évoquerons également la détection précoce et les mesures d'intervention précoces, introduites en 2008 (5^e révision de l'AI) [10], qui ne sont pas des mesures de réadaptation au sens de l'art. 8 LAI, mais qui constituent des outils permettant d'identifier et prendre en charge rapidement les personnes présentant une atteinte à la santé, afin de faciliter le maintien ou le retour à l'emploi. Les différents types de mesures sont détaillés dans le tableau 1.

La collaboration entre le réseau de soins et l'AI: un point déterminant dans la démarche AI

Un des éléments centraux pour établir une bonne collaboration du patient et son réseau de soins avec le projet de réinsertion est de développer un vocabulaire commun avec l'organisme chargé de construire et de suivre ce projet de réinsertion, pour une communication directe et une bonne compréhension (mutuelle) de la situation: il s'agit que le patient et le réseau de soins comprennent le contexte assé-

curologique et que les intervenants AI (conseiller AI, médecin du service médical régional) saisissent la situation psychiatrique. Le vocabulaire commun à ces deux instances comporte notamment les diagnostics impactant la capacité de travail et les limitations fonctionnelles.

But et méthode

Le but de cet article est de présenter le fruit des réflexions communes entre des spécialistes de médecine des assurances sociales et des psychiatres sur les informations essentielles à inclure dans un rapport à l'AI afin que la transmission des informations soit complète et compréhensible pour les deux partis et aboutisse à une évaluation adaptée et, dans toute la mesure du possible, sans recours à une expertise complémentaire.

Résultats

Nous avons articulé nos réflexions autour de deux axes: les connaissances du système assé-curologique et les éléments prioritaires à faire figurer dans les rapports à l'attention de l'AI.

AXE 1

Connaissances du cadre légal AI: principe de base et fonctionnement général

Le but de l'AI est de prévenir, réduire ou éliminer l'invalidité grâce à des mesures de réadaptation appropriées, simples et adéquates, de compenser les effets économiques permanents de l'invalidité en couvrant les besoins vitaux dans une mesure appropriée et d'aider les assurés concernés à mener une vie autonome et responsable (art. 1a LAI) [11]. D'une manière générale, l'invalidité se définit comme étant la conséquence économique d'une atteinte à la santé d'une certaine gravité et d'une certaine durée. Elle peut toutefois varier en fonction du type de prestations entrant en ligne de compte.

Une personne peut ainsi être considérée comme invalide pour un reclassement professionnel, mais pas pour une rente, ou inversement.

Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, il est attendu de la personne assurée, en vertu de son obligation de réduire le dommage, qu'elle entreprenne de son propre chef tout ce qu'il peut raisonnablement être attendu d'elle pour atténuer les conséquences de son invalidité (art. 21 al. 4 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA], arrêt du Tribunal fédéral [ATF] 113 V 22, consid. 4a) [12, 13]. La mesure de ce qui peut être exigé de la personne doit être déterminée en fonction de l'ensemble des circonstances. Dans ce contexte, les renseignements médicaux tels que les limitations fonctionnelles, les ressources mobilisables ou encore les traitements (mis en place et/ou envisageables) ont une grande importance.

Pour les personnes actives, le degré d'invalidité résulte d'une comparaison entre le revenu qu'aurait obtenu la personne assurée si elle n'était pas atteinte dans sa santé et le revenu qu'elle pourrait obtenir compte tenu de ses problèmes de santé (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI) [11, 12]. Pour les personnes sans activité lucrative ou actives à temps partiel, le degré d'invalidité s'évalue, pour la part non active, en tenant compte des empêchements que rencontre la personne dans la tenue de son ménage (entretien du logement, courses, soins et assistance aux proches, etc.) (art. 28a al. 2 et 3 LAI) [11]. Ce degré d'invalidité peut avoir une influence sur l'ouverture d'un droit à certaines mesures de réadaptation et conditionne le droit à une rente.

Ainsi, si la notion d'invalidité englobe un volet économique, elle repose avant tout sur les éléments médicaux fournis par les médecins traitants. Ces informations doivent inclure un diagnostic duquel vont découler des limitations fonctionnelles durables impactant la capacité de travail. Ces limitations fonctionnelles

reposent sur des éléments objectivables qui ressortent de l'anamnèse et des constats cliniques; les éléments non médicaux, comme l'âge, le niveau de formation, les difficultés économiques, les problèmes de langue ou de culture ne sont pas pris en considération dans l'évaluation de la capacité de travail pour une assurance. En ceci, l'appréciation de la capacité de travail par le médecin traitant ou celle de l'assurance peut diverger.

Dans certaines situations, l'avis du service médical régional (SMR) est nécessaire. Pour rappel, les SMR sont à la disposition des offices AI pour l'évaluation des conditions médicales du droit aux prestations. Ils confirment les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'assurance-invalidité, dans l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels; ils sont indépendants dans leurs évaluations médicales (art.54a LAI) [11] et doivent s'assurer que les rapports médicaux reposent bien sur des examens complets; ils fondent leurs avis sur l'analyse des pièces médicales et de l'ensemble du dossier afin de renseigner l'administration sur la gravité des diagnostics et des limitations durables qui en découlent, que ce soit durant la réadaptation ou l'évaluation du droit à la rente. Il faut rappeler que les médecins du SMR ne rencontrent en général pas les assurés (exception des médecins examinateurs qui font office d'experts) et ne sont donc pas habilités à fixer des capacités de travail: ces dernières doivent être précisées par les médecins traitants, autant pour l'activité habituelle que pour une activité adaptée. Si ces informations ne peuvent être obtenues de la part

des médecins traitants ou lors d'appréciations divergentes de la capacité de travail dans le dossier, alors le recours à un rapport complémentaire ou à une expertise est nécessaire.

Les médecins du SMR vont également chercher à préciser les ressources dont peuvent disposer les assurés, c'est-à-dire des éléments médicaux et non médicaux qui vont permettre à l'administration de comprendre l'effort qui peut être raisonnablement attendu d'un assuré pour surmonter ses difficultés.

Le cadre de l'assurance-invalidité est régi par la LPGA [12] et la LAI [11]; la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) vient préciser l'application de ces lois. Ainsi, le caractère incapacitant des troubles somatoformes douloureux (2015) et des toxicomanies ou troubles de l'usage des substances (2019) a évolué par ce biais, de même que la centralité des évaluations fonctionnelles des répercussions de ces atteintes.

Le tableau 2 décrit ces arrêts récents du TF.

AXE 2

Éléments prioritaires à faire figurer dans les rapports à l'attention de l'AI

Lorsque l'on est amené à établir un rapport à l'attention de l'AI, c'est que cette dernière a été sollicitée, par le patient lui-même, mais parfois aussi par des tiers, tels que son employeur ou son assurance perte de gains. La première étape sera dès lors de discuter avec le patient des attentes que lui, et les autres partis, pourraient avoir à l'égard de cette assurance. Ensuite, au vu de ses propres connaissances asséculologiques (cf. axe 1), il est primordial

d'évoquer avec le patient tous les scénarii possibles concernant l'aboutissement de cette demande AI, les conséquences qui y sont liées et d'éventuelles ressources à mobiliser ultérieurement (telles que des aides à la réinsertion non directement associées à l'office AI en cas de refus de mesures, par exemple).

La seconde étape est de construire un rapport AI comportant tous les éléments à votre connaissance permettant de contribuer à l'établissement d'un projet de réinsertion viable. Le rapport devrait mettre en évidence les difficultés d'insertion (scolaires, professionnelles) et les éléments médicaux qui y furent associés, les mesures prises alors pour tenter d'améliorer la santé et l'insertion, ainsi que leur résultat. Il conviendra par ailleurs de particulièrement soigner la cohérence des informations médicales (entre anamnèse, status, diagnostic, traitement évoqué et pronostic) et d'utiliser un système de classification internationale pour le diagnostic, ces éléments contribuant à la détermination de la valeur probante dudit rapport par les juristes. De même, si votre évaluation diverge d'un rapport médical antérieur ou de rapports d'autres médecins, songez à anticiper les questions des médecins du SMR en explicitant d'emblée dans votre rapport sur quels éléments vous basez votre avis ainsi que vos hypothèses sous-tendant ces différences d'appréciation. Le rapport devrait aussi décrire le fonctionnement du patient dans les différents pans de son quotidien (vie professionnelle, sociale, familiale, activités de la vie quotidienne [AVQ]), et expliquer les éventuelles discordances dans ce fonctionnement (p. ex. entre les difficultés ressenties par le patient et vos

Tableau 2: Arrêts du Tribunal fédéral (ATF) ayant récemment fait évoluer la jurisprudence

Nom de l'ATF	Implication
Arrêt du 3 juin 2015 (9C_492/2014) ATF 141 V 281	A modifié la pratique de l'évaluation des troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées , avec l'abandon de la présomption selon laquelle ces troubles peuvent être surmontés en général par un effort de volonté. Le Tribunal fédéral a alors développé et mis en place une grille d'analyse systématique des éléments diagnostiques, du succès et des échecs des thérapies et traitements mis en place, du comportement et de la participation aux mesures de réadaptation, des atteintes psychiatriques dans leur globalité et plus particulièrement de la personnalité, du contexte social dans une certaine mesure et de la cohérence des limitations dans les activités de tous les domaines de la vie. Ces indicateurs doivent permettre d'affiner l'analyse des ressources résiduelles de la personne.
Deux arrêts du 30 novembre 2017 (8C_841/2016, 8C_130/2017) ATF 143 V 409; 418	Application de la grille d'évaluation normative et structurée, développée pour les troubles somatoformes à l'ensemble des atteintes psychiques, notamment pour les dépressions légères à moyennes . Le Tribunal fédéral rappelle que si la classification diagnostique est médicalement nécessaire et qu'un diagnostic posé selon les règles de l'art est indispensable, ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble dont les limitations doivent être cohérentes dans tous les domaines de la vie.
Arrêt du 11 juillet 2019 (9C_724/2018) ATF 125 V 215	A modifié la jurisprudence sur la toxicomanie en la reconnaissant comme une maladie psychique; la dépendance à des substances addictives doit dès lors faire l'objet d'une évaluation normative et structurée afin que des spécialistes évaluent dans quelle mesure la dépendance influe sur la capacité de travail (dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée) et si un sevrage peut être exigé (dans le sens de l'obligation de réduire le dommage). Ainsi est abandonnée la notion de toxicomanie primaire, partant du principe que la personne dépendante était elle-même responsable de son état et que toute dépendance pouvait sans autre être traitée par un sevrage.

constatations effectives, ou encore entre la capacité de travail rapportée et des répercussions mineures de l'atteinte dans les autres domaines de la vie).

Les informations médicales spécifiques au processus de réinsertion sont centrales pour les rapports AI et constituent souvent la 3^e et dernière étape du rapport, qui est pourtant souvent plus lacunaire, car semblant redondante par rapport aux éléments évoqués dans l'anamnèse et le status. Dans les faits, ces informations devraient être vues comme complémentaires, plus que comme redondantes; elles consistent en la capacité de travail exigible, les limitations fonctionnelles et les ressources. La capacité de travail exigible distingue la capacité de travail dans l'activité habituelle du patient (son activité professionnelle actuelle ou antérieure

à son arrêt de travail) et la capacité de travail dans une activité adaptée (une activité prenant en compte ses limitations fonctionnelles et de ce fait permettant théoriquement une amélioration de la capacité de travail par rapport à la capacité de travail dans l'activité habituelle) [14]. Le potentiel de réinsertion s'établit principalement sur ces quatre éléments, de même que les pistes permettant d'acquiescer le projet de réinsertion lui-même. Plusieurs études ont soulevé la difficulté des médecins, et notamment celle des psychiatres, à établir de manière fiable une telle évaluation de la capacité de travail [15-18]. Quelques pistes ont été ébauchées pour y pallier [19, 20], avec la nécessité d'une multiplication des sources d'information et des analyses afin de pallier à des outils dont la validité inter-évalu-

teurs demeure peu concluante.

Nous ne présenterons ici que les outils actuellement disponibles et utiles au psychiatre installé dans ses démarches concrètes auprès de l'AI, notamment lors de la rédaction des rapports AI.

Au-delà de l'annexe au rapport AI, qui fournit une structure de base pour décrire les limitations fonctionnelles (et une partie des ressources) des patients, il existe des outils permettant d'en faire une description complète, validée et compréhensible pour les personnes situées en dehors du champ clinique psychiatrique; la mini CIF-APP [21] constitue un instrument standardisé rapide qui se base sur le modèle de fonctionnement multidimensionnel CIF (classification internationale du fonctionnement) de l'Organisation Mondiale de la

Tableau 3: Les différents outils pour décrire les limitations fonctionnelles

Outils	Fonctionnement	Indications	Références
CIF (classification internationale de fonctionnement)	<p>La CIF se base sur une évaluation dynamique de quatre composants:</p> <ul style="list-style-type: none"> – maladie: manifestation intrinsèque (p. ex. troubles dégénératifs, immunologiques); – déficience: manifestation extériorisée (p. ex. dégénérescence tissulaire, restrictions à effectuer des mouvements); – incapacité: répercussions objectivées (p. ex. capacité réduite à accomplir des gestes et des mouvements nécessaires pour l'accomplissement de tâches ordinaires de la vie et/ou de tâches inhérentes à l'activité professionnelle); – désavantages: répercussions socialisées (p. ex. repli sur soi, retrait social, retrait du monde du travail). <p>S'y ajoute la prise en compte de facteurs contextuels (environnementaux et personnels) qui permettent d'identifier les difficultés et les obstacles auxquels le patient est confronté.</p>	Utilisée en complément à la classification internationale des maladies (CIM-10), pour décrire le fonctionnement et les handicaps associés aux états de santé, en particulier des personnes atteintes d'affections chroniques, tenant compte de facteurs contextuels environnementaux et personnels.	[22]
Mini-CIF-APP	<p>Instrument standardisé, basé sur la CIF.</p> <p>Guide l'évaluation de 13 capacités:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'adaptation aux règles et routines; 2. la planification et structuration des tâches; 3. la flexibilité et l'adaptabilité; 4. la mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles; 5. la capacité à porter des jugements et à prendre des décisions; 6. les activités spontanées et la proactivité; 7. la capacité d'endurance et de résistance; 8. la capacité d'affirmation de soi; 9. la capacité de contact et de conversation avec des tiers; 10. la capacité d'intégration dans un groupe; 11. la capacité aux relations privilégiées à deux; 12. la capacité à prendre soin de soi et à se prendre en charge; 13. la mobilité et la capacité de déplacement. <p>Les informations sont obtenues au moyen de l'observation directe ou indirecte, de l'entretien avec des soignants connaissant le patient et/ou avec le patient lui-même.</p>	<p>Permet de fournir l'évaluation externe (hétéroévaluation) standardisée de l'impact des troubles psychiques sur l'activité et la participation, tant au niveau des restrictions que des ressources, dans les domaines de vie les plus variés.</p> <p>Cette évaluation peut constituer une base pour déterminer la capacité fonctionnelle dans le contexte professionnel.</p> <p>Utilisé de manière ponctuelle ou répétée, dans les expertises ou les suivis des patients adultes souffrant de troubles psychiques, qu'ils soient en réhabilitation, psychiatrie, psychosomatique et médecine sociale.</p>	[21]
PIR (profil d'intégration professionnel axé sur les ressources)	<p>Le patient et son interlocuteur en entreprise listent les exigences associées aux tâches actuellement (ou récemment) effectuées par ce dernier.</p> <p>Le médecin complète ces dernières en spécifiant si elles sont encore possibles, et si nécessaire à quelles conditions elles le sont.</p> <p>Ce questionnaire peut être facturé 100 CHF à l'employeur ou à l'assurance perte de gain (selon lequel l'a sollicité).</p>	Permet de fournir une description des limitations fonctionnelles en lien avec les besoins concrets d'un poste de travail.	[25]

Santé [22] et permet une évaluation externe des troubles de l'activité et de la participation. Il constitue un outil d'appréciation supplémentaire pour les expertises psychiatriques dans le domaine des assurances sociales et des limitations fonctionnelles, notamment du fait qu'il permet d'étayer l'évaluation médicale et ainsi en étoffer la plausibilité, mais également du fait de certaines de ses qualités psychométriques [23, 24]. Si votre patient est encore en emploi, le profil d'intégration professionnelle axée sur les ressources (PIR) [25] est un outil encore plus adapté, permettant de vous positionner sur les besoins associés aux tâches réelles que votre patient doit accomplir et qui auront été préalablement décrites par son employeur ou par le service des ressources humaines (RH) de son employeur. Vous trouverez une description approfondie de ces outils dans le tableau 3.

Il n'est parfois pas aisé de se positionner sur des limitations fonctionnelles concrètes en ne se basant que sur des éléments observés au sein du cabinet de consultation: en cas de doutes, sollicitez des professionnels de l'évaluation d'une telle activité (rapports de stages ou de mesures, tant d'insertion sociale que professionnelle, évaluation ergothérapeutique). Ces derniers pourront également vous aider à esquisser les contours d'une activité professionnelle adaptée, qui théoriquement existe quasi systématiquement. Si malgré tout il vous est difficile de vous positionner sur cette dernière question, vous pouvez indiquer ce fait dans votre rapport, en suggérant qu'une évaluation pour ce faire soit organisée, dans le cadre d'une mesure ou d'un stage.

Discussion

Le rapport AI est la pierre angulaire sur laquelle peut se construire le projet de réinsertion AI et la relation du réseau de soins à ce projet AI. Construit adéquatement, de manière cohérente et transparente, il permet le plus souvent d'aboutir à une collaboration fructueuse et constructive de tous les partenaires autour d'un projet commun. La condition préalable est cependant de connaître le cadre et certains éléments asséculogiques, comme les limitations fonctionnelles ou les ressources extérieures sur lesquelles s'appuyer.

La collaboration entre les psychiatres et l'AI est fondamentale dans l'optique d'améliorer la prise en charge des patients, en termes qualitatifs comme en matière de réduction des délais. Le développement continu de l'AI (dernière révision entrée en vigueur le 1er janvier 2022) ne fait que confirmer l'importance de cette collaboration, dès lors qu'il cible notamment les populations de jeunes et de personnes atteintes dans leur santé psychique dans le but

de renforcer la réadaptation et la collaboration avec les médecins [26]. Pour le médecin traitant, la clef reste d'arriver à transmettre son point de vue diagnostique et pronostique de manière détaillée et d'y adjoindre les impacts de cette atteinte à la santé sur le fonctionnement professionnel du patient. Pour ce faire, il est important d'approfondir l'anamnèse professionnelle, mais également les tâches effectuées par le patient dans cette dernière (quelle soit passée, récente ou actuelle), les difficultés qu'il y rencontre, de même que pour les activités de la vie quotidienne, simples comme complexes. Enfin, et en parallèle à cette exploration des limitations fonctionnelles, il est important pour le médecin de mettre en lumière les ressources du patient, puis d'esquisser les contours de ce qui pourrait être une activité adaptée, prenant en compte les limitations fonctionnelles et les ressources du patient. Une discussion ouverte et large avec le patient sur le domaine d'activités professionnelles encore possibles, couplée à l'avis d'un spécialiste externe si nécessaire (encadrant de mesures, ergothérapeute), permet la plupart du temps d'aboutir à des pistes d'activités adaptées.

Ces éléments sont indispensables pour permettre à l'AI de se positionner en faveur d'un droit à des prestations. En effet, si cette dernière reçoit des informations cohérentes et objectives en termes d'atteinte à la santé et de répercussion sur l'activité (capacité de travail et limitations fonctionnelles), il lui sera superflu de demander un complément d'information. Une amélioration de la fluidité du processus permettant d'obtenir une aide de l'AI contribuera à terme à garantir un meilleur accès au droit des personnes atteintes de troubles psychiques à une insertion professionnelle et à un mode de fonctionnement intégratif pour atteindre ce but. Le rapport AI ainsi ciblé permet d'en être la clef, plutôt que la pierre d'achoppement.

Conclusion

De par ses nombreuses prestations, l'AI est un partenaire d'assurance sociale important pour les personnes atteintes dans leur santé mentale, notamment dans le domaine de la réinsertion professionnelle. Une amélioration de la prise en charge globale et des délais d'attente jusqu'à ce qu'une décision soit rendue par l'AI implique notamment une meilleure collaboration entre les psychiatres traitants et les acteurs de l'assurance et passe notamment par le partage de concepts et de termes médico-juridiques communs. La dernière révision de l'AI souligne la nécessité de renforcer la collaboration et la communication directe avec les médecins traitants, partenaires indispensables de l'assu-

rance, dans l'optique de construire un projet de réinsertion professionnelle le mieux adapté aux patients et partagé par tous les acteurs. Divers projets sont actuellement en cours de développement afin d'améliorer, entre autres, la communication entre l'office AI et les médecins traitants et devraient permettre, à terme, de poser les jalons d'une compréhension partagée du projet de réinsertion.

Ces projets s'inscrivent au sens large dans le mouvement visant à favoriser l'insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques en facilitant la mobilisation de ressources asséculogiques si les critères de ces dernières sont réunis.

Correspondance

Christine Besse
Direction Médicale
DP-CHUV
Les Cèdres, route de Cery 1
CH-1008 Prilly
[Christine.Besse\[at\]chuv.ch](mailto:Christine.Besse[at]chuv.ch)

Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article (si ce n'est que plusieurs d'entre eux sont employés à l'AI).

Références recommandées

- 8 OECD. Fitter Minds, Fitter Jobs: From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies. Mental Health and work ed: OECD Publishing; 2021.
- 14 SIM. Capacité de travail exigible - Guide pour l'évaluation de la capacité de travail exigible par suite d'accident ou de maladie Swiss Insurance Medicine; 2013.
- 21 Linden M, Baron S, Muschalla B, Fauchère P-A, Habicht W, Burri M, et al. Mini CIF-APP: évaluer l'impact des troubles psychiques. AG H, Hogrefe AG; 2020.
- 25 Compasso. Profil d'intégration axé sur les ressources (PIR).



References

You will find the full list of references online at <http://doi.org/10.4414/sanp.2023.03283>.



Christine Besse
Direction Médicale, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Prilly