

Retour sur la sinistrose, dite névrose de revendication

Comment distinguer un « simulateur » qui cherche à tirer profit d'une assurance sociale d'un « malade authentique » à qui le droit de bénéficier d'une indemnisation peut être légitimement reconnu ? Cette hantise classique continue de rendre indispensable la présence d'experts, seuls autorisés à se prononcer sur les aspects médicaux des plaintes des assurés. Leur mission n'est pas aisée, d'autant plus qu'ils disposent de catégories médico-légales – léguées par leurs prédécesseurs et faisant objet d'une jurisprudence – qu'ils peinent à reconnaître comme légitimes. La sinistrose, connue aussi sous le nom de « névrose de revendication » ou « névrose d'assurance », en fait partie.

La fabrication des premières lois visant à protéger les travailleurs contre les risques d'accidents et d'invalidité s'est accompagnée de débats autour d'un autre risque : celui de la simulation d'infirmités et de l'exagération des symptômes¹. L'idée a fait son chemin : parce que les lois existaient, la tentation était grande de vouloir se soustraire au devoir du travail et d'exploiter de manière abusive la solidarité collective. Partant de là, s'est imposé l'impératif de l'enquête sérieuse et de l'identification parcimonieuse des infirmes authentiques. Que faire de ces ouvriers accidentés qui s'obstinaient à revendiquer une réparation financière de leurs blessures alors même que leur capacité de travail n'était pas atteinte ? Et si leur insistance révélait moins une simulation de leur mal que la présence d'une névrose *sui generis* ?

C'est à Edouard Brissaud (1908), psychiatre expert français, que l'on doit cette interrogation et aussi la paternité d'une nouvelle maladie : la sinistrose. Ce mal étrange – un état morbide qui consistait « en une inhibition très spéciale de la bonne volonté » – frappait tout particulièrement l'ouvrier de l'industrie suite à un accident de travail. Malgré ses blessures guéries, l'ouvrier refusait de reprendre le travail tant que la réparation financière ne lui avait pas été accordée. Brissaud estimait qu'il s'agissait là d'une maladie authentique et nullement d'une vulgaire simulation ou d'une exagération calculée, comme le pensaient certains médecins de compagnies d'assurances de son époque. Eux accusaient vite la fainéantise du prolétariat, toujours prompt à échapper au devoir. Contre eux, l'ancien élève de Charcot, devenu un expert réputé, affirmait : celui qui était atteint de sinistrose se trouvait dans un état réel de faiblesse, mais qui ne l'empêchait pas pour autant, tenait-il à préciser, de travailler. La sinistrose était aux yeux du médecin expert une pathologie mentale inédite car favorisée par la loi sur les accidents de travail, par le droit reconnu aux ouvriers de bénéficier d'une réparation financière de leurs blessures. Il constatait que dans tous les pays où les accidents de travail avaient fait l'objet d'une loi, les blessures assurées (par rapport à celles qui ne l'étaient pas), exigeaient un temps plus long pour guérir. Partant de là, il avait conclu que la sinistrose n'était jamais une conséquence inévitable de l'accident mais qu'il s'agissait davantage d'une interprétation erronée de la loi, d'« un délire raisonnant fondé sur une idée de fausse revendication ».

Sous la plume de Brissaud est née une nouvelle névrose, distincte de la simulation, intégrée désormais au réper-

1. La problématique des maladies simulées par les pauvres en vue d'obtenir des gratifications économiques ne naît pas avec la mise en place des premières assurances sociales. Dans l'Europe des XVI^e-XVII^e siècles, médecins et juristes débattent de cette question sous un angle technique et moral : comment identifier les ruses par lesquels les vagabonds feignent des maladies ou inventent des malformations inexistantes pour escroquer de l'argent ? Par quels moyens l'expert

peut-il distinguer ceux qui ont réellement droit à la tutelle et à l'assistance de ceux qui doivent être sanctionnés (et sévèrement) pour avoir simulé la maladie ? (Pastore, 1999).

toire des catégories médico-légales. Toutefois, si la définition semble claire, il en va autrement pour ce qui est de poser le diagnostic et de distinguer dans la pratique les cas de simulation des cas proprement névrotiques. Ces difficultés sont abordées de front un demi-siècle plus tard dans l'une des principales références de la psychiatrie française (Ey, Bernard, Brisset, 1963). Dans cet ouvrage, ces situations cliniques figurent dans le chapitre consacré aux névroses post-traumatiques et ont été traitées conjointement : « *Le problème de la simulation, de la sursimulation et de la sinistrose* ». Les auteurs ont repris à leur compte la définition de Brissaud :

« D'après Brissaud (1908), la sinistrose est une attitude pathologique du blessé qui refuse de reconnaître sa guérison parce qu'il estime, de bonne foi, qu'il n'a pas obtenu, en vertu de la loi, une juste réparation du dommage subi. C'est au fond un revendicateur dont la revendication prend son point de départ dans une estimation excessive de son droit à être indemnisé. Cette attitude de sinistrose peut se trouver à l'état isolé mais elle se combine souvent aux autres attitudes névrotiques, réalisant un fond de revendication, de frustration ou de paranoïa caractérielle dont l'exacte valeur pathologique est difficile à fixer, surtout quand elle se présente comme le seul symptôme «réel» dont dépendent tous les symptômes allégués » (Ey, Bernard, Brisset, 1963 : 755).

Les auteurs notaient alors que dans le cas de la sinistrose, le clinicien pouvait se trouver confronté au problème du diagnostic de la simulation ou plus fréquemment de la sursimulation, qui consiste en « la majoration ou la déformation par la mauvaise foi d'une disposition pathologique réelle ». « Cette difficulté diagnostique, ajoutaient les auteurs du manuel, découle évidemment du but utilitaire poursuivi par le malade : indemnisation, pension, suspension du travail » (Ey, Bernard, Brisset, 1963 : 755). Entre la *sinistrose* et la *simulation volontaire*, la frontière était déjà ténue. Mais il s'agissait là d'un problème relatif, la solution était à trouver du côté du médecin, dont la mission était de dépister la simulation, de mettre à jour les « faux symptômes ». Plus en détail, les auteurs ont eu le souci de faire des recommandations sur la posture qu'il convenait d'adopter : « [...] l'attitude médicale, si elle est à la fois ferme et compréhensive, peut empêcher le sujet d'être victime de sa propre revendication ou de la suspicion de la mauvaise foi » (*idem*). Et plus loin : « L'attitude du médecin sera objective, compréhensive,

rassurante mais aussi, prudente en pensant aux possibilités de revendications abusives ultérieures. Le médecin pourra notamment expliquer au blessé la portée exacte de la loi ; il ne perdra pas de vue la nécessité de régler rapidement le conflit médico-légal » (Ey, Bernard, Brisset, 1963 : 754-755). Au médecin informé des enjeux pour les assurances sociales, revenait la tâche de contenir les velléités revendicatrices des patients dits sinistroses, une mission qui, comme nous le verrons par la suite, est plus que jamais d'actualité.

Au début du XX^e siècle Brissaud voulait faire de la sinistrose une catégorie psychiatrique légale légitime et d'utile recours dans le cadre de l'expertise. Au fond, par la sinistrose se trouvait résolu le problème de la classification des blessés du travail sans pour autant qu'on leur reconnaisse des droits « généreux » d'indemnisation. La sinistrose connaîtra une notoriété dans le champ de l'expertise médico-légale mais contrairement aux intentions premières de son créateur, elle a très vite servi à discréditer les plaintes et les demandes répétées des travailleurs accidentés.

C'est ce destin que Didier Fassin et Richard Rechtman (2007) retracent dans un ouvrage récent. « A la suite d'un accident de travail ou de train, d'un incendie dans un immeuble vétuste ou encore d'un choc émotionnel dans une usine, les ouvriers du début du XX^e siècle vont apprendre à leurs dépens que la loi qui les protège, en leur accordant une réparation financière, les inscrit dans la nouvelle rubrique des « hystéro-traumatisés », assurément bien peu glorieuse. Archétype d'une catégorie clinique qui, plus que toute autre, concentre les préjugés sociaux du moment, inspire le mépris et distille le soupçon, la névrose traumatique entre en conflit avec les valeurs morales de la nation » (2007 : 60). La sinistrose et les névroses traumatiques – considérées par certains médecins légistes comme des névroses de revendication – connaîtront, après la fin de la Deuxième guerre, un destin inégal. Si les névroses traumatiques ont bénéficié d'une reconnaissance sociale², la sinistrose a acquis une signification fort péjorative. Celui qui était diagnostiqué de la sorte était par là même stigmatisé. D'abord servant à qualifier les ouvriers de l'industrie qui rechignaient à reprendre le travail, la sinistrose est devenue la maladie par excellence des immigrés venant d'Afrique du Nord au cours des années 1950-1960, soupçonnés de vouloir profiter de la générosité de l'Etat français³. En raison de

2. Telle est la thèse soutenue par Fassin et Rechtman (2007) dans leur analyse de la généalogie de « la condition de victime ». Les victimes des accidents du travail comme des blessures de guerre ont été jusqu'à date récente des figures soupçonnées. Il a fallu attendre le tournant des années 1980-90 avec le succès du syndrome du stress post-traumatique, l'irruption dans l'espace public et politique des victimes (de toutes sortes de catastrophes) et un régime de sensibilité qui leur est

favorable, pour que les névroses post-traumatiques soient amplement reconnues.

3. C'est à une telle démonstration que se livre Abdelmalek Sayad (1999) dans *La double absence* lorsqu'il montre en quoi la sinistrose est particulièrement révélatrice du rapport que la société d'accueil entretient aux contingents des travailleurs immigrés. Ces derniers sont avant tout des corps, des « corps-outil » qui ne sont ni censés

« tomber en panne » ni surtout demeurer sur le territoire alors même qu'ils ne sont plus insérés dans les circuits de la production. Lorsque le travailleur immigré sollicite la sécurité sociale pour être indemnisé, il se voit confronté à la procédure de l'enquête et du soupçon. Pour les médecins experts, nombre de ces travailleurs immigrés plaintifs expriment par le corps un mal qui est en vérité dans leur tête.

ces soupçons, rappellent les auteurs, dans les années 1970, la sinistrose a fait l'objet d'une répudiation de la part des psychiatres critiques qui en dénonçaient les usages racistes au service de l'exploitation des travailleurs immigrés⁴.

Les usages de la «névrose de revendication» ne sont pas disparus pour autant. C'est l'actualité des réflexions critiques qu'elle occasionne chez certains experts médico-légaux – cette fois-ci dans le contexte suisse – que nous souhaitons exposer dans ces lignes. Ces réflexions ont lieu au moment où est discuté, en Suisse, dans le champ politique de l'Assurance-invalidité (AI), le statut à réserver à des assurés dont le diagnostic désigne des troubles psychiques. La visibilité statistique de ces derniers dans les rapports officiels débouche sur des remises en question du caractère «véritablement» invalidant de leur état de santé⁵. L'attention porte en particulier, comme nous verrons plus loin, sur des troubles dont la définition n'est pas sans rappeler celle de la sinistrose. Et, comme par le passé, ces troubles éveillent le soupçon de revendications jugées excessives et d'un «déficit de volonté». Aux experts revient alors la tâche d'éclairer les décideurs de la nature de ces catégories psychiatriques, ceci dans un contexte où, en Suisse, l'assainissement des finances de l'Assurance-invalidité est devenu ces dernières années un impératif politique. C'est dire les attentes qui pèsent sur les experts. Parmi eux, certains font part de leur inconfort, en témoignent leurs prises de position ambivalentes au sujet de la sinistrose et de ses avatars.

Plaidoiries pour l'abandon de la notion de sinistrose

«Il n'y a probablement guère de médecin de ville qui ne soit pas de temps à autre confronté à la notion de sinistrose. Cependant, il n'écrit que rarement ce terme et c'est probablement le seul «diagnostic» que le médecin traitant ne transmet jamais au patient!», écrivent des médecins et un juriste dans un article publié dans la *Revue suisse des assurances sociales* (Schneider, Saurer, Davoine, Godinat, Petite, 1998 : 19). Ces auteurs constatent que si la sinistrose ne figure pas dans les classifications internationales des maladies mentales⁶ et n'est pas reconnue officiellement en Suisse par la doctrine médicale, il ne reste pas moins qu'elle fait partie du vocabulaire médical informel. Comme le fait remarquer un

4. En Suisse, en 1980, le journaliste Jean Steinauer publie aux Editions «Que faire?» un récit critique, *Le saisonnier inexistant*. A partir de l'histoire de Dario, un ouvrier italien victime d'un accident de travail en 1971, il raconte le destin commun aux saisonniers à qui l'administration rechigne de reconnaître le droit à la pension de l'invalidité alléguant le diagnostic de la sinistrose.

autre médecin «[...] en se fixant sur l'aspect exagération, le terme de sinistrose a finalement été galvaudé, il est tombé dans le langage populaire tout en recevant une connotation péjorative. Quand les médecins l'utilisent, on ne sait pas toujours s'ils le font dans son acception médicale ou populaire» (Rosatti, 2002 : 84).

La sinistrose est-elle un diagnostic médical légitime ou une qualification injurieuse de patients réputés difficiles? Est-elle une maladie vraie ou un terme pour désigner le comportement d'un profiteur, d'un patient revendicateur? Cette imprécision, constatée dans les usages médicaux courants, pose suffisamment de problèmes pour que l'abandon de la notion⁷ soit proposé par certains. Pour eux, le pouvoir disqualifiant de la sinistrose – le soupçon de simulation – va à l'encontre de leur volonté à reconnaître l'authenticité de la plainte (Célis-Gennart et Vannotti, 1999a; Rosatti, 2002). Ils défendent une approche rigoureuse «sans jugements moraux» et considèrent la sinistrose comme un diagnostic «médicalement douteux» et trop connoté idéologiquement (Schneider, Saurer, Davoine, Godinat, Petite, 1998).

Mais c'est tout particulièrement dans l'exercice de l'expertise dans le domaine des assurances sociales que les usages de la sinistrose semblent problématiques. Au sujet de la sinistrose, la jurisprudence du Tribunal fédéral administratif (TFA) est rappelée dans plusieurs arrêts judiciaires :

«Ne sont pas assurées les névroses de revendication, dites aussi d'appétence ou d'assurance, ou bien encore *sinistroses*. Elles procèdent d'une carence de la volonté ou d'une anomalie mentale de l'intéressé, auxquelles l'événement assuré donne le prétexte de se manifester. Dans ce sens, elles sont bien une conséquence de l'accident ou de la maladie, mais elles n'y sont pas liées par un rapport de causalité adéquate : trop de particularités

5. En Suisse, les constats réitérés ces dernières années d'une hausse statistique importante des rentiers AI pour des raisons psychiques, ne cessent d'être instrumentalisés par la droite conservatrice (Union Démocratique du Centre). Ce parti politique parle dans ses communiqués de presse de «faux invalides», d'abus commis par des «simulateurs». Sans surprises, les abus seraient particulièrement le fait des populations étrangères résidant en Suisse. Déployant une rhétorique plus technocratique, d'autres acteurs politiques défenseurs de mesures plus strictes parlent en termes de «prestations indûment reçues», de «dysfonctionnements» graves de l'appareil administratif et d'incitations à l'activation.

6. Néanmoins, selon la *Classification Internationale des maladies* de l'OMS (1993), la névrose de compensation fait partie des «troubles factices» et plus exactement des cas de «majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques».

Dans ces cas, les patients présentent des symptômes initialement dus à une maladie ou à un handicap physique mais qui sont amplifiés ou entretenus par leur état psychique.

7. Anne-Françoise Allaz et Yasemine Celik-Massas (1997), deux médecins, font remarquer qu'en dépit des critiques et du refus par certains médecins d'avoir recours au diagnostic de la sinistrose, celle-ci figure encore et toujours dans l'édition de 1989 du *Dictionnaire de termes de médecine*: «Un syndrome psychique caractérisé par une inhibition de la bonne volonté, résultant d'une interprétation erronée de la loi et d'une revendication des dommages-intérêts, suite à un traumatisme physique, malgré l'absence de séquelles somatiques. Dans ce cas le sujet est persuadé qu'il est invalide et incapable de travailler» (citée in Allaz et Celik-Massas, 1997 : 74). Comme le font remarquer ces deux auteurs, ce genre de définition entretient aisément la confusion entre sinistrose et simulation.

étrangères à l'événement assuré interviennent, qui le relèguent à un rôle très secondaire. L'assuré atteint de ce type de névrose ne parvient pas à sortir du rôle d'invalidé, qu'il justifie par une infirmité existante ou dont il exagère les effets. Ses mobiles – inconscients – peuvent être, par exemple, le désir de s'enrichir par des prestations d'assurance, de porter préjudice à une société qu'il rejette, de laisser libre cours à sa paresse, de se venger de l'auteur de l'accident, etc. Contrairement au simulateur, qui se fait une juste représentation de la réalité, il en est venu à croire à ses maux imaginaires et à les ressentir vraiment. Il s'agit donc bien d'une véritable névrose, mais dont l'assurance sociale ne peut, sous peine de provoquer des abus insupportables, couvrir les conséquences » (ATF 104 V31).

Pour la plus haute instance législative suisse, le problème n'est pas celui de nier l'authenticité de la plainte mais celui des répercussions de cette forme particulière d'atteinte à la santé sur les capacités de travail et sur le droit à percevoir des prestations de l'assurance. Etant donné que *la revendication d'assurance* est au centre du tableau clinique il en découle la porte ouverte aux «abus insupportables». Par un curieux paradoxe, la jurisprudence reconnaît la sinistrose comme une maladie réelle tout en se servant de cette catégorie pour refuser l'octroi de prestations. « En acceptant sans discernement une notion élargie et scientifiquement injustifiable de la sinistrose, la jurisprudence se substitue au législateur, seul à même de définir ce qui est politiquement et financièrement supportable, acceptable afin de faire face aux nouvelles charges en matière de maladie et d'invalidité » (Schneider, Saurer, Davoine, Godinat, Petite, 1998: 22).

Ces auteurs vont plus loin dans la critique des usages de la notion de sinistrose. Dans leur article, qui servira ici de principale référence, ils dénoncent le manque de rigueur terminologique dont font preuve tant les tribunaux que certains confrères. Pour étayer leur propos, ils commentent des extraits d'arrêts judiciaires du Tribunal des assurances sociales de Genève où le manque de professionnalisme leur semble particulièrement frappant. Dans un arrêt daté du 26.09.1995, le terme de sinistrose sert à qualifier de la manière suivante un assuré: «...*le névrosé finit par croire à ses maux imaginaires et à les ressentir vraiment*». La notion de névrose telle qu'employée ici est fort éloignée du sens donnée par les psychiatres; dans cet arrêt, écrivent les auteurs, l'assuré se trouve assimilé à «un enfant qui s'invente des histoires». La critique est adressée ici aux tribunaux qui ne prennent pas appui sur les catégories psychiatriques et qui basculent dans le moralisme et dans le soupçon. En témoigne un autre extrait cité dans leur article où l'on peut lire: «(...) *le sinistré prétend qu'il continue à souffrir d'une maladie qui n'existe plus ou n'est plus la cause d'incapacité de travailler*». Dans ce cas le sinistré est clairement assimilé à un simulateur ou du moins à un patient qui exagère délibérément et dont la prétendue incapacité de travail n'est pas la conséquence d'une maladie.

L'intolérable pour les commentateurs critiques des usages médico-légaux de la sinistrose, se trouve dans le non respect des classifications psychiatriques. Des catégories comme la névrose et l'hystérie sont détournées de leur sens pour servir à distiller le soupçon. Pire encore: la confusion est entretenue par certains experts entre la simulation et l'hystérie, en témoigne l'extrait suivant: «*L'évolution sinistrosique est gravissime et la tendance manipulatrice est évidente. Il faut également retenir une composante de simulation [...]. Il s'agit probablement d'une personnalité se rattachant à une structure hystérique, manipulatrice et simulatrice*». En commentant cet extrait, les auteurs se disent surpris qu'une personne «[...] puisse présenter à la fois «une structure hystérique et simulatrice», de surcroît dans le cadre «d'une évolution sinistrosique gravissime». La confusion est ici entretenue entre l'hystérie et la simulation, ce qui représente à leurs yeux une régression historique manifeste chez certains médecins. En l'absence de preuves organiques, ces médecins préfèrent opter pour le diagnostic de simulation et de manipulation. Au passage, comme l'on peut lire dans un extrait cité, le ton qu'ils déploient dans leurs rapports est loin d'être empathique: «*Devant cette discordance majeure entre les plaintes et les trouvailles cliniques, on ne peut que déplorer cette situation de sinistrose chez ce patient frustré et incapable d'introspection*».

En somme, concluent-ils, la notion de sinistrose ne sert en dernière instance qu'à décrire des situations jugées par les tribunaux et par les assurances sociales comme profondément suspectes d'exagération et d'abus. «Le terme sinistrose ne clarifie en rien la discussion; bien au contraire, compte tenu de sa connotation péjorative et de l'absence d'une définition précise, il accentue la confusion dans un domaine déjà suffisamment complexe et difficile à saisir» (Schneider, Saurer, Davoine, Godinat, Petite, 1998: 33). Si ces auteurs défendent l'abandon de la notion de sinistrose c'est parce qu'ils constatent aussi que pour certains médecins experts il est «[...] évidemment plus agréable de pouvoir se cacher derrière le terme sinistrose, une notion d'apparence scientifique et neutre mais qui dit souvent la même chose que simulation ou exagération grossière» (1998: 34).

L'embaras de l'expert le mieux intentionné

Nous venons de voir que suffisamment d'arguments sont réunis ici pour justifier le renvoi de la sinistrose aux usages passés. Nous n'en sommes pourtant pas encore là car à l'évidence la communauté des experts ne partage pas dans son ensemble la même répugnance pour le diagnostic infamant légué par Brissaud. Toutefois, la contestation de la survivance de la notion de sinistrose ne signifie pas pour ses détracteurs qu'il faille mettre en cause ce dont souffrent les patients diagnostiqués de la sorte. Ils admettent que dans la pratique médicale courante il n'est pas rare d'être confronté aux plaintes considérées comme exagérées par le médecin et aux patients qui présentent des attitudes revendicatrices. Comme par le passé, il s'agit le plus souvent de travailleurs

manuels, immigrés, ayant un faible capital scolaire et linguistique, qui suite à un accident estiment ne plus pouvoir travailler (Schneider, Saurer, Davoine, Godinat, Petite, 1998; Rosatti, 2002; Allaz, 2003; Raix, 1999).

Pour les experts, la distinction entre la « maladie authentique » dont ces patients déclarent souffrir et l'éventualité d'une exagération des symptômes voire d'une simulation de l'infirmité, reste un problème entier⁸. Pour ceux qui rejettent la catégorie « sinistrose » et qui cherchent à garantir une « démarche médicale plus rigoureuse » et une « clarification sémantique » l'une des solutions consiste à faire usage des notions de simulation et d'exagération. « Par simulation, nous entendons la création « ex nihilo » d'un symptôme et par exagération grossière l'accentuation délibérée d'un symptôme déjà existant. L'exagération et la simulation sont donc des productions conscientes et constituent des symptômes fondamentalement inauthentiques; dès qu'un symptôme est en relation avec un processus inconscient, il ne peut être qu'authentique et on ne peut plus parler d'exagération » (Schneider, Saurer, Davoine, Godinat, Petite, 1998: 34).

Si d'un point de vue théorique il est possible de distinguer d'un côté, la simulation et l'exagération, de l'autre, la plainte authentique, il en va autrement dans les situations concrètes d'observation clinique. De l'aveu de ces auteurs, « il n'y a aucun moyen permettant d'objectiver une exagération » qui par ailleurs relève davantage d'une appréciation faite par le médecin que d'un constat. Que faire face à ce problème lorsque des expertises sont en jeu? De leur avis, si le médecin a l'intime conviction que le patient exagère, et même s'il s'agit d'une appréciation subjective, « il faut le dire ouvertement ». En d'autres termes, la conviction du médecin peut pallier en quelque sorte l'absence de preuves objectives qu'il peine à fournir à l'assureur et au juge. Reste que la séparation entre « la plainte authentique » et « l'exagération délibérée » est difficile à établir d'autant plus dans des contextes où s'entremêlent atteintes à la santé et demandes d'une rente d'invalidité. Comment apprécier ce qui relève de l'inconscient et du conscient alors que des enjeux de réparation financière sont présents? « En effet, le patient, qui veut convaincre le médecin du caractère handicapant de la douleur, est souvent inséré dans un système de contraintes personnelles et culturelles complexes et parfois contradictoires; ces contraintes agissent à la fois à un niveau conscient et inconscient » (*idem*).

8. En dehors du contexte de l'expertise, ces patients sont connus dans le monde médical comme ayant une réputation particulièrement « difficile ». Comme nous pouvons le lire dans la préface d'un ouvrage paru récemment, ces patients sont appelés les « fonctionnels », c'est-à-dire des patients qui présentent des symptômes fonctionnels parce que non expliqués par une pathologie organique ou par une affection médicale générale. « Ce sont ces éternels enfants qui réclament un peu

plus d'attention que les autres, une attitude bienveillante et tranquille qui puisse inspirer confiance, des mots qui rassurent et dédramatisent, ces enfants capricieux qui savent aussi nous agacer et parfois nous sortir de nos gonds, bref nous pousser à nous montrer sous un jour dont nous ne sommes pas forcément fiers » (Consoli: VII, in Cathébras, 2006).

L'embarras est de mise chez ceux qui ne se reconnaissent pas dans le diagnostic de la sinistrose et qui veulent prendre au sérieux la problématique de l'exagération, de la simulation et des réactions revendicatrices de leurs patients. Ces patients confrontent les médecins à une certaine forme d'impuissance: l'objectivation médicale échoue face aux plaintes décrites et que l'on finit par soupçonner. Au sein du cabinet ont souvent lieu des dialogues de sourds, mais la situation se complexifie davantage s'il s'agit de rédiger un rapport d'expertise. Habité par le doute, le médecin qui doit expertiser l'assuré se trouve dans une situation inconfortable, ceci à double titre: face au patient, il veut se montrer empathique par rapport à la douleur sans pouvoir lui donner une réponse médicalement satisfaisante; face à l'assureur et au juge, il se trouve dans l'impossibilité d'affirmer avec fermeté les « efforts que l'on peut raisonnablement exiger » de l'assuré. Il veut faire reconnaître les situations cliniques marquées par l'incertitude du diagnostic, mais il sait bien que le doute n'est pas permis lorsqu'il s'agit de répondre aux attentes des assureurs et des juges. « Evidemment, pour apprécier finalement le taux d'incapacité de travail, le médecin doit quitter le terrain du doute et entrer dans une logique presque binaire – capable ou incapable de travailler – qui est très peu satisfaisante pour la pensée médicale qui essaie de tenir compte de la complexité, de la subjectivité et de l'inconnu » (Schneider, Saurer, Davoine, Godinat, Petite, 1998: 35)⁹

En tant qu'expert mandaté, le médecin risque de perdre sa crédibilité. Nous voici au cœur du sujet: si une catégorie médicale désuète, comme la sinistrose, fait l'objet de publications récentes c'est aussi parce que *d'autres* inquiétudes animent les auteurs et qui ne sont pas étrangères aux enjeux politiques de l'expertise.

« Alors que dans son activité clinique, le médecin se consacre exclusivement au bien-être de ses patients, il se trouve placé en tant qu'expert, à un carrefour sensible d'exigences et attentes souvent contradictoires: celles de la science médicale, de la législation, de l'assurance ainsi que de l'assuré et de son entourage, y compris de son employeur. L'expert a à veiller non seulement à respecter les intérêts légitimes de la personne à examiner qui lui est confiée, *mais aussi à protéger la communauté solidaire des assurés contre des prétentions abusives à des prestations d'assurances non dues*. On attend de lui qu'il reconstitue la « vérité médicale », pour autant

9. De manière plus générale et de l'aveu des médecins, l'évaluation de l'incapacité de travail – qui est la demande centrale adressée à l'expert – pose des difficultés redoutables au médecin qui ne se trouve pas sur les lieux de travail pour observer ce que le patient est encore capable de faire, y compris avec les douleurs qui sont les siennes. « L'évaluation de l'incapacité de travail de longue durée constitue un problème épineux et coûteux en médecine de ville. L'appréciation du

médecin se base sur ce que le patient veut et peut dire et montrer; elle repose donc sur peu d'éléments objectifs et toute la technologie médicale de pointe est d'une utilité limitée. En plus nos décisions ont des conséquences financières considérables pour les assurances sociales » (Saurer et al., 2000: 1, souligné par les auteurs).

que celle-ci puisse exister vraiment. Pour cela, il doit disposer de la qualification et de l'expérience nécessaire. Et il doit jouir dans son domaine d'une autorité qui confèrera du poids à son appréciation auprès de toutes les parties en présence» (Meine, 2002 : 15, c'est nous qui soulignons).

Ces rappels du devoir de l'expert se font particulièrement entendre ces dernières années dans le domaine de l'Assurance-invalidité. L'adoption de mesures plus strictes pour ce qui est de l'accès aux prestations de cette assurance, suppose pouvoir compter sur des agents moins habités par le doute et moins perméables aux plaintes des assurés. L'enjeu est de taille dans un contexte où la prise en charge d'assurés atteints de *certain*s troubles psychiques est remise en question.

Les avatars de la sinistrose et le climat de soupçons

L'histoire des nosologies psychiatriques est ainsi faite que d'anciennes catégories tombent en désuétude et réapparaissent pratiquement inchangées mais avec de nouvelles désignations. La sinistrose n'échappe pas à ce processus de reconversion – ou à des effets de mode diraient certains - et connaît des avatars¹⁰. Comme précisé plus haut, la sinistrose ne figure pas en tant que telle dans les ouvrages de classification des maladies. Néanmoins, dans ces ouvrages figurent des troubles dont la définition est assez similaire à celle de sinistrose. Il s'agit du «trouble somatoforme douloureux» proposé pour la première fois en 1983 dans le DSM-III (la troisième version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'American Psychiatric Association) et qui aura pour équivalent dans la classification de l'OMS de 1993, le «syndrome somatoforme douloureux persistant». La définition de ce dernier laisse transparaître clairement la parenté avec la sinistrose :

10. «La médecine a finalement aussi ses modes en fonction de l'idéologie dominante du moment, celle-ci privilégie certains diagnostics : hystéro-traumatisme, névrose traumatique, sinistrose, névrose de compensation, trouble somatoforme, celui-ci est l'ultime de cette liste qui ne représente probablement qu'une seule entité, ou processus, celui de l'invalidation, au sens premier du terme, c'est-à-dire du devenir invalide où l'invalidité n'est pas un choix mais la seule porte de sortie honorable possible» (Rosatti, 2002 : 86).

11. Les troubles somatoformes douloureux, ou syndromes somatoformes douloureux, ne sont reconnus comme invalidants par l'Assurance-invalidité que s'ils s'accompagnent d'une comorbidité psychiatrique d'une certaine gravité.

«En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas en règle générale une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'AI; une exception à ce principe n'est admise que si, selon le psychiatre, ces troubles se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut pratiquement plus raisonnablement être exigée de l'assuré ou qu'elle serait insupportable pour la société» (Pirrota, 2005 : 7).

12. En 1985 la part des rentiers souffrant de maladies psychiques représentait 24% de l'ensemble des rentes; dix ans plus tard cette part s'élève à 30% (Schneider, 2003) et en 2006 il est question de 38% de bénéficiaires de prestations AI pour des raisons psychiques.

«La plainte essentielle concerne une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de l'entourage et des médecins. (...) Les patients qui se plaignent d'une douleur de nature organique, pour laquelle la cause physique n'ayant pas encore pu être identifiée, peuvent s'affoler ou devenir revendicateurs et chercher ainsi à attirer l'attention d'autrui» (Organisation Mondiale de la Santé, 1993 : 150).

Ainsi, la désignation a changé, mais le problème demeure : ce genre de patients déclare éprouver une douleur qui résiste aux traitements et qui reste sans explication organique ou physiopathologique claire. Et comme dans le cas de la sinistrose, les attitudes revendicatrices semblent caractériser ces patients. La différence fondamentale étant que, dans le contexte suisse, ces catégories psychiatriques récentes se sont imposées ces dernières années dans la pratique médicale et psychiatrique courante. En témoigne le fait que dans les dossiers déposés ces dernières années auprès des Offices cantonaux de l'Assurance-invalidité, ces diagnostics psychiatriques figurent de plus en plus souvent (Rosatti, 2002; Célis-Gennart M., Vannotti M., 1999a et 1999b; Meine, 2002; Allaz, 2003). Et, élément essentiel également, ces troubles psychiques font partie, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral administratif, des «atteintes psychiques à la santé» considérées comme invalidantes¹¹.

Ainsi, contrairement à la sinistrose, ces diagnostics sont à la fois reconnus par les classifications officielles des maladies, par la doctrine médicale et par la jurisprudence. Néanmoins, cette «reconnaissance» n'est pas sans poser des problèmes, notamment en matière d'une ouverture plus étendue de droits à des patients qui présentent des similitudes avec les patients atteints de «sinistrose». Ce sont ces «problèmes» qui font l'objet de discussions à l'heure où le déficit financier de l'Assurance-invalidité est largement débattu. Plus précisément, l'état des finances de cette assurance sociale est relié à un autre phénomène : la hausse statistique – jugée préoccupante – des rentes d'invalidité attribuées pour des raisons psychiques¹².

En effet, depuis le début des années 1990, une nouvelle catégorie d'assurés aurait fait irruption dans le champ

Ainsi, en l'espace de vingt ans on peut constater que cette population a presque doublé dans les statistiques de l'Assurance-invalidité. C'est surtout entre 1997 (28%) et 2006 (38%) que les statisticiens de l'Office fédéral des assurances sociales observent une forte hausse (Buri, Härtner et Sottas, 2006).

politico-institutionnel de l'Assurance-invalidité, à savoir des assurés atteints par des pathologies psychiques – telles que des troubles de la personnalité, des troubles d'anxiété, des troubles somatoformes – récemment officialisées dans les classifications internationales des maladies. Cette nouvelle population d'assurés atteints dans leur santé psychique bouleverse les catégories de jugement administratif, jurisprudentiel, médical¹³. Pendant des décennies, les personnes handicapées présentaient des infirmités mentales relativement connues (comme la schizophrénie) et, progressivement, des droits leur ont été reconnus. Mais voici que ces dernières années arrivent en masse aux guichets de l'AI, des assurés qui ne relèvent pas de la maladie mentale telle qu'elle était envisagée jusqu'ici. Ces individus relèvent de tableaux cliniques récents que certains jugent «flous», «difficiles» à diagnostiquer et à évaluer; ce sont des tableaux où s'entremêlent des atteintes à la santé physique et à la santé psychique mais sans que l'on parvienne à objectiver du point de vue médical les douleurs éprouvées et décrites¹⁴. Les «troubles somatoformes douloureux» ou encore «le syndrome somatoforme persistant» font partie de cette constellation des diagnostics nouveaux.

L'émergence et la banalisation des diagnostics psychiques dans les dossiers de l'AI auraient perverti la vocation politique originelle de l'assurance sociale. Désarmés face à des diagnostics méconnus jusqu'à une période récente, les gestionnaires des Offices cantonaux de l'AI chargés d'instruire les dossiers, auraient tendance à octroyer plus facilement des rentes plutôt qu'à miser sur les programmes de reclassement professionnel (Murer et Cardinaux, 2003). Ces figures de travailleurs affaiblis dans leur corps et dans leur tête perturbent la frontière entre le normal et le pathologique qui prévalait jusqu'à récemment. S'ils sont atteints dans leur santé et s'ils présentent un rendement faible, ils ne font pas partie pour autant du référentiel «invalides» qui a servi de base à la fabrication de lois, de programmes éducatifs, de critères d'octroi de prestations. Se pose dès lors en termes politiques et institutionnels la question du *gouvernement* de ces populations nouvelles, qui sont par ailleurs de plus en plus jeunes et que l'on peine à réinsérer avec efficacité sur le marché du travail. La réponse politico-juridique à ce «problème» a été donnée par le Conseil Fédéral à travers la proposition de la 5^e révision législative de l'AI. Cette révision a été votée par le Parlement suisse à l'automne 2006, a fait l'objet d'un référendum et a été soumise à

la votation du peuple le 17 juin 2007. Elle a été acceptée par 59,1% des voix, seuls quatre cantons l'ont refusée (Genève, Fribourg, Neuchâtel et le Jura). Rappelons que la 5^e révision de l'AI révision vise à restreindre l'accès aux prestations l'AI, à reconsidérer la notion d'invalidité sous une forme nettement plus sévère au regard précisément des assurés présentant des diagnostics de maladies psychiques¹⁵.

Dans les années qui ont précédé cette votation, et tout au long de la campagne politique, une interrogation a animé les débats. Comment expliquer qu'une telle hausse numérique des invalides pour des raisons psychiques ait pu se produire? Parmi les causes avancées régulièrement dans les débats publics et dans la littérature professionnelle, se trouve d'une part, la responsabilité des médecins traitants et, d'autre part, les défaillances de l'expertise. Les médecins traitants seraient devenus «plus sensibles» à la détresse psychique de leurs patients et auraient tendance à diagnostiquer un peu trop rapidement des troubles psychiatriques. Tel est l'avis entre autres de deux juristes suisses qui dénoncent la multiplication des certificats d'incapacité de travail. «La confiance aveugle et en réalité forcée dans les certificats d'incapacité de travail est inversement proportionnelle à leur qualité réelle» (Murer et Cardinaux, 2003 : 338). Selon ces auteurs, si les facteurs non médicaux étaient pris en considération il y aurait plus de chances d'acheminer les patients non pas vers l'assurance sociale mais vers le maintien au poste de travail au sein de l'entreprise. L'attitude des médecins, de l'avis de ces juristes, s'oppose alors à celle des employeurs qui «gèrent avec intelligence les absences de travail» en cherchant à sortir les travailleurs des «rails médicaux» et à les maintenir sur leur lieu de travail.

Pour ce qui est de la pratique de l'expertise, on accuse l'absence de consensus entre les experts, leur manque de professionnalisme patent dans la qualité douteuse des rapports qu'ils rédigent (Meine, 2002). Pour contrarier ces «déficiences», la pratique de l'expertise médicale dans le domaine de l'Assurance-invalidité a fait l'objet ces dernières années d'une professionnalisation croissante et d'une mise sous contrôle plus stricte. Cette initiative est particulièrement exprimée dès la 4^e révision de l'AI entrée en vigueur en janvier 2003. L'une des mesures importantes prises par cette 4^e révision a été la création des *Services médicaux régionaux* (SMR) affiliés aux offices cantonaux de l'AI et devenus opérationnels depuis le 1^{er} janvier 2005. La

13. Comme le constate un médecin psychiatre : «La nouvelle conception des maladies psychiques produit des attentes à l'égard de l'AI que celle-ci ne peut satisfaire. Devant certaines pathologies (par exemple, dépendance, syndromes douloureux) ou des diagnostics nouveaux comme le trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention (ADHD/THADA), un mélange de perplexité, d'impuissance et de résistance s'est répandu ces dernières années dans les offices AI» (Hoffman, 2005 : 38).

14. Dans le cadre d'un programme de recherche lancé en 2006 par l'Office Fédéral des Assurances Sociales («Programme pluriannuel de recherche sur l'invalidité et le handicap et sur la mise en œuvre de la loi sur l'Assurance-invalidité (2006-2009)»), un bloc thématique est consacré à l'«Analyse de la mise en invalidité pour des raisons psychiques (étude de faisabilité)». Partant du constat de l'augmentation des cas d'invalidité psychique au cours des dix dernières années et du fait que «dia-

gnostic de maladie psychique est très souvent difficile à étayer du point de vue médical», les auteurs du programme souhaitent mieux connaître «les causes profondes de la mise en invalidité pour causes psychiques». Leur questionnement porte tout particulièrement sur, selon leur expression, les «tableaux cliniques diffus, difficilement objectivables» tels que la fibromyalgie et les maladies somatoformes.

15. Au lendemain de l'acceptation populaire de la 5^e révision de l'AI, l'Union démocratique du centre propose une 6^e révision, estimant qu'il faut aller encore plus loin dans la lutte contre les abus, contre la «balkanisation de l'AI».

création des SMR répond à une volonté de mieux contrôler la formation et l'activité des médecins experts.

Ainsi, le corps médical et les experts auraient une part de responsabilité dans cette hausse statistique des « invalides psychiques »¹⁶. Dans cette configuration, le « soupçon d'abus » ne se limite pas à des assurés diagnostiqués de certains troubles psychiques. Une partie du corps médical et des experts seraient également dans le collimateur de ceux qui prônent des réformes législatives et institutionnelles plus strictes. Confrontés à ces soupçons d'un « abus de diagnostics psychiatriques » et aux critiques portant sur leur manque de professionnalisme, certains médecins experts sont amenés à prendre position et à trouver des solutions.

La « bienveillance médicale » comme solution

Informés de ce contexte, nous pouvons mieux apprécier la teneur des discussions actuelles menées par des experts sur les patients réputés « sinistrosiques » ou diagnostiqués de « troubles somatoformes douloureux ». Nous avons vu qu'en l'absence d'une explication médicale satisfaisante, ces patients tendent à adopter des attitudes revendicatrices. Face à un médecin qui laisse transparaître des doutes concernant l'authenticité et l'importance de la douleur, le patient aura pour réaction d'amplifier ses plaintes. C'est donc au médecin de changer d'attitude face à ces patients problématiques.

Nous allons voir que les solutions préconisées ne sont pas sans être influencées par les enjeux économiques tels que posés par ceux qui débattent de l'endettement de l'Assurance-invalidité : freiner la hausse des demandes de prestations et contribuer ainsi à l'objectif fixé par la 5^e révision de l'AI (la diminution de 30% le nombre de nouvelles rentes). Elles ne sont pas non plus étrangères aux pressions exercées sur les experts qui se doivent de faire leurs intérêts de l'assurance sociale. Le compromis est donc à trouver entre la volonté *médicale* de reconnaître l'authenticité de la plainte et la nécessité *expertale* de restreindre les cas considérés par la jurisprudence comme invalidants. L'enjeu consiste à considérer *autrement* les patients expertisés : ils sont certes malades, mais ils ne sont pas pour autant invalides et incapables de travailler. Encore faut-il pour le médecin convaincre les concernés de la pertinence d'une telle distinction, en évitant des réactions hostiles qui peuvent déboucher sur

16. Cette question est au cœur d'une recherche en cours : « L'expertise médicale de l'invalidité psychique dans le domaine de l'AI : enjeux institutionnels et tensions professionnelles » (Danièle Lanza, Anne Dupanloup, Cristina Ferreira). Cette étude prend appui sur des données documentaires : d'une part, la littérature produite depuis le début des années 1990 par les agents impliqués dans le champ de l'AI (notamment les médecins et les juristes), d'autre part, un corpus de

250 arrêts judiciaires du Tribunal cantonal des assurances sociales de Genève. Financée par le fonds stratégique de recherche des Hautes études spécialisées (HES) cette recherche est soutenue par le Réseau d'études appliquées des pratiques de santé, de réadaptation et de réinsertion (RéSaR).

des litiges. Pour ce faire, la prise en charge précoce de ces patients est hautement recommandée pour contenir les éventuels basculements dans le rôle d'invalides. De l'avis d'un certain nombre de médecins familiarisés avec la pratique de l'expertise, c'est sur le processus mental même qui mène à la revendication qu'il faut intervenir (Rosatti, 2002 ; Célis-Gennart M., Vannotti M., 1999a et 1999b ; Allaz et Celik-Mallas, 1997 ; Allaz, 2003 ; Raix, 1999). Ils retracent alors ce processus pour le rendre intelligible et pour intervenir avec efficacité. Résumons ici les voies thérapeutiques qu'ils défendent de manière relativement consensuelle.

Dans le cadre de la consultation, il convient tout d'abord d'identifier et de distinguer clairement les objets de la revendication. Ainsi, la revendication peut concerner la reconnaissance de la douleur, l'incapacité de travail ou encore la revendication d'une juste réparation. Par cette distinction, le médecin peut mieux analyser l'attitude revendicatrice et mieux comprendre ce qu'il y a derrière « l'aspect matériel de la revendication ». Comme le soulignent les médecins, la difficulté étant que le plus souvent, pour le patient, ces objets de revendication sont liés : faire reconnaître la douleur est liée à la revendication du droit à une prestation. C'est sur cette association d'idées qu'il faut agir en quittant avec le patient l'instant présent. Dès la première consultation, la problématique de la douleur demande à être intégrée dans « le vécu plus large du patient » en tenant compte du contexte affectif, professionnel et culturel. Retracer le parcours biographique du patient permet de localiser *ailleurs* l'origine de la douleur. Car, aux yeux des praticiens, le problème fondamental de ces patients – malmenés par la vie et se trouvant dans un état de frustration – est celui d'un « besoin de reconnaissance ». Les manifestations symptomatiques seraient en dernier ressort un appel au secours, une demande adressée par ces patients au médecin de reconnaître leur statut de victimes. Le « besoin de réparation d'une blessure narcissique » est d'autant plus manifeste, écrivent Allaz et Celik-Mallas, « chez les patients souvent immigrés, dont les attentes idéales, le « rêve » semblent avoir été brisés par cette atteinte à leur invulnérabilité » (1997 : 76).

La seule prise en compte des variables cliniques ne permettront pas au médecin d'identifier le processus d'invalidation, estime Rosatti (2002). C'est pourquoi il doit être attentif aux « variables contextuelles et historiques » qui sont à l'origine de tout le comportement observé pour la première fois au cabinet. Armé de ce regard, le médecin peut être en mesure d'approcher la notion d'invalidité sous l'angle social et pas exclusivement clinique. Cette « invalidité sociale » correspond à une situation où le patient vit « une crise de compétences » et se trouve, suite à un accident, dans une identité inacceptable qu'il cherche à convertir en une invalidité acceptable, ni déshonorante ni honteuse. L'invalidité devient ainsi « un nouveau mode de fonctionnement » pour ceux qui ont perdu leur consistance dans d'autres sphères de l'exis-

tence, notamment professionnelles. Ainsi, ce n'est pas la recherche de compensation financière¹⁷ qui justifie le processus d'invalidation mais la recherche d'un « statut d'invalidé autour duquel le système familial et social du patient va pouvoir s'organiser » (Rosatti, 2002 : 92). L'existence des assurances sociales ne crée pas ce phénomène, mais elle permet que celui-ci se développe de cette manière.

En somme, concluent ces auteurs, la plainte de la douleur ne serait que l'expression d'un problème plus grave qui est celui des déficits de reconnaissance sociale chez ceux qui *pensent* avoir perdu leur capacité de travail. La tentation est dès lors grande, estiment-ils, de se réfugier dans un statut honorable, celui de malade et d'invalidé. Suivant ce raisonnement, le médecin empathique est disposé à comprendre ce qui peut amener les patients à adopter une telle attitude, mais il peut difficilement cautionner de telles fuites qu'il juge néfastes pour les principaux intéressés. Le statut d'invalidé est une « fausse solution », il vaut mieux mener un travail thérapeutique susceptible de retrouver des compétences valorisantes et surtout susceptible de reconduire le patient vers le monde du travail.

Par ce genre de considérations, et tout particulièrement la focalisation sur la biographie des assurés, les experts autorisent – indirectement – une justification qui se veut moralement acceptable aux refus de prestations sociales. Au fond, si le problème est celui d'un déficit de reconnaissance sociale et de la quête d'une identité compensatoire, dès lors l'octroi de rentes se présente, dans de multiples cas, comme une mauvaise solution.

Conclusion

En son temps, Edouard Brissaud avait proposée la *sinistrose* comme catégorie psychiatrique susceptible de rendre intelligibles des revendications d'ouvriers blessés tout en permettant de limiter légalement l'octroi d'indemnités. Le rapport pathologique développé par ces ouvriers aux assurances sociales permettait, selon lui, de comprendre le caractère excessif de leurs demandes.

A l'heure actuelle, ses héritiers – les médecins experts – font preuve d'une inquiétude et d'un questionnement similaires : quelle attitude adopter à l'égard de patients qui se plaignent de douleurs médicalement non expliquées et comment contrarier leur tentation à se réfugier dans le statut d'invalides ? A la différence de Brissaud, il s'agit moins pour eux de proposer de nouveaux diagnostics que de faire en quelque sorte machine arrière et « dépsychiatriser » ces situations cliniques. L'enjeu consiste à considérer les plaintes à la lumière des parcours biographiques des patients, à reconnaître leur détresse, à proposer de manière précoce des voies thérapeutiques réparatrices et à éviter ainsi la hausse statistique des cas d'invalidité pour des raisons psychi-

ques. Il en va ainsi non seulement de la préservation de leur conscience médicale mais aussi de leur crédibilité publique d'experts.

Néanmoins, parce que cette double inquiétude peut animer les plus hésitants, les pouvoirs politiques entendent contrôler davantage la pratique de l'expertise dans le domaine de l'Assurance-invalidité. Les experts qui se montrent les plus convaincus par la nécessité d'appliquer des mesures restrictives, se saisissent à l'heure actuelle d'une occasion privilégiée pour déployer leur art. Ce processus n'est pas historiquement nouveau. La valorisation du rôle des experts et la définition de leur mission, dépendent non seulement des besoins politiques du moment mais également de la conformité de leur savoir aux attentes des groupes sociaux dominants.

Cristina Ferreira
crferreira@bluewin.ch

Bibliographie

Allaz Anne-Françoise (2003), *Le messager boiteux : approche pratique des douleurs chroniques*, Genève, Editions Médecine & Hygiène.

Allaz Anne-Françoise et Celik-Massas Yasemine (1997), « Sinistrose » ou « syndrome somatoforme douloureux persistant » ? *Cahiers psychiatriques*, n°23, pp. 73-78.

American Psychiatric Association (1996), *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition (Version Internationale, Washington DC, 1995). Trad. française par J.-D. Guelfi et al., Paris, Masson.

Brissaud Edouard (1908), « La sinistrose », *Le concours médical*, n°30, pp. 114-117.

Buri Markus, Härter Andrea, Sottas Gabriel (2006), *Statistique de l'AI 2006*, Berne, Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

Cathébras Pascal (2006), *Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués*, Paris, Masson.

Célis-Gennart M. et Vannotti M., (1999a), « Le trouble somatoforme douloureux : une catégorie à réviser ? »

17. « L'idée que la compensation financière favorise la guérison et permette la reprise du travail à moyen terme a souvent été avancée, elle est probablement une légende et n'a jamais vraiment pu être démontrée. Il n'en reste pas moins que cette question est régulièrement posée par les assureurs ou les tribunaux. Plusieurs auteurs ont montré que la compensation financière ne provoquait pas une diminution de la symptomatologie ou une augmentation de l'efficacité de la thé-

rapeutique, que les patients pouvaient même parfois aller plus mal alors que quelques études semblent en effet montrer que les patients ne recevant pas de compensation financière récupèrent plus rapidement que les autres » (Rosatti, 2002 : 96).

- in Darioli Roger (sous la dir.), 1999a, *L'invalidité en souffrance. Défis et enjeux de la crise*, Genève, Editions Médecine et Hygiène, pp. 55-64.
- Célis-Gennart M. et Vannotti M., (1999b), «Le trouble somatoforme douloureux peut-il engendrer une vraie incapacité de travail?» in Darioli Roger (sous la dir.), 1999, *L'invalidité en souffrance. Défis et enjeux de la crise*, Genève, Editions Médecine et Hygiène, pp. 65-78.
- Ey Henri, Bernard P., Brisset Ch. (1963), *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson et Editeurs.
- Fassin D. et Rechtman R. (2007), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion.
- Hoffmann Holger (2005), «Intégrer au lieu de marginaliser: l'emploi assisté et la 5^e révision de l'AI», *Sécurité sociale CHSS*, n° 1, OFAS, pp. 37-40.
- Meine Jacques (2002), «L'expert et l'expertise – critères de validité de l'expertise médicale» in Rosatti Peter (sous la dir.) 2002, *L'expertise médicale. De la décision à propos de quelques diagnostics difficiles, vol I*, Genève, Editions Médecine et Hygiène, pp. 1-36.
- Murer Erwin et Basile Cardinaux (2003), «Nouvel aiguillage de l'AI: une nécessité», *Sécurité sociale CHSS/6*, pp. 337-339.
- Organisation Mondiale de la Santé (1993), *CIM-10/ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Traduction française par C.P. Bull et al., Paris, Masson.
- Pastore Alessandro (1999), «Maladies vraies et maladies simulées. Les opinions des juristes et des médecins (XVIe-XVIIe siècles)», *Equinoxe*, n° 22, pp. 11-26.
- Pirrotta Jean (2005), «L'expertise médicale dans l'assurance-invalidité suisse», *Cahiers genevois et romands de sécurité sociale*, n° 35, pp. 38-55.
- Raix Alain (1994), «Réflexions sur la sinistrose», *Revue française de psychosomatique*, 5, Paris, PUF, pp.121-128.
- Rosatti Peter (2002), «De la sinistrose aux troubles somatoformes douloureux. Le processus d'invalidation» in Rosatti Peter (sous la dir.) 2002, *L'expertise médicale. De la décision à propos de quelques diagnostics difficiles vol I*, Genève, Editions Médecine et Hygiène, pp. 81-100.
- Saurer Andreas, Davoine G.-A., Godinat G., Petite D. (2000), «Crise socio-économique et évaluation de l'incapacité de travail de longue durée» *Revue Suisse des Assurances sociales*, n° 44, pp. 1-13.
- Sayad Abdelmalek (1999), *La double absence: des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Seuil.
- Schneider Jacques-André, Saurer Andreas, Davoine Georges-A., Godinat Gilles, Petite Dominique (1998), «La sinistrose: un diagnostic médicale? Réflexions sur l'atteinte à la santé dans l'assurance-invalidité fédérale» *Revue suisse des assurances sociales*, 42^e année, pp 19-38
- Schneider Jacques-André (2003), «Remarques sur l'invalidité due à la maladie et la réadaptation» *Cahiers genevois et romands de sécurité sociale*, n° 31, pp. 67-96.
- Steinauer Jean (1980), *Le saisonnier inexistant*, Genève, Editions «Que faire?»