

L'expert psychiatre et le travailleur immigré

Dispositif central des procédures d'octroi de rentes d'invalidité, l'expertise psychiatrique légale est une épreuve à laquelle sont confrontés les requérants de droits sociaux. Le travailleur immigré fait partie des assurés soumis à ces enquêtes de l'intime par lesquelles sont examinés avec minutie « les efforts de bonne volonté » et « les obstacles objectivement surmontables pour vaincre ses douleurs ». Les barrières sociales et linguistiques cristallisent des rapports de force dans un cadre largement structuré par des enjeux politiques d'une distribution restrictive des droits.

Dans l'histoire des assurances sociales la rencontre qui a lieu entre la psychiatrie légale et le travailleur de force est étroitement liée aux névroses traumatiques diagnostiquées chez ceux qui demandaient réparation. L'expertise médicale a été appelée à élucider les « réels motifs » des revendications, à objectiver les séquelles physiques et psychiques, à produire des preuves d'une inaptitude à accomplir les tâches productives. En Suisse, dès l'entrée en vigueur en 1911 de la Loi sur l'Assurance-accidents, il est question d'une distinction essentielle : les névroses dites d'appétence (déclenchées par un accident et de ce fait exclues du régime d'assurance) et les névroses traumatiques (causées par l'accident et pouvant faire l'objet d'une indemnisation). Jusqu'au milieu du XX^e siècle, rapporte Martin Lengwiller (2006), les soupçons de névroses de rente relevaient surtout d'une inquiétude assurantielle plus spéculative que véritablement démontrée. Un énorme fossé existait (déjà) entre la rhétorique alarmiste et le nombre effectif de cas qualifiés de la sorte, au sujet duquel aucune donnée statistique n'a jamais été publiée. Pour ce qui est des névroses traumatiques, d'emblée la loi a prévu un dédommagement unique pour éviter l'installation du lésé dans une position durable de rentier. Le nombre de cas enregistré par la statistique est dérisoire. Ainsi, en 1929, les névroses traumatiques représentaient 1 cas sur 1000 des prestations versées par l'assurance. Plus importante que la comptabilité était la *prévention* d'un phénomène que l'on craignait se propager par « contagion ». L'attitude du médecin consulté par l'accidenté était alors cruciale pour éviter que la démoralisation de la victime s'achemine vers un état irrécupérable¹. L'idée d'une identification précoce des signes d'affaiblissement moral et des risques de basculement dans l'inactivité et dans la revendication pécuniaire vient de loin. Elle est constitutive de la gestion assurantielle des blessés du travail et de la qualification socio-morale de leurs requêtes. La sinistrose s'est sédimentée au fil du temps dans les catégories de la pensée et dans les pratiques des agents de l'Etat chargés d'identifier les revendications jugées illégitimes et abusives. On la retrouve dans le régime de l'Assurance-invalidité entré en vigueur en 1960 ; elle fait encore et toujours l'objet d'une jurisprudence fédérale où il est précisé qu'une telle névrose n'est pas assurée².

Comme on va le voir, la nouveauté réside aujourd'hui dans le répertoire étendu des pathologies psychiques

1. Les salles d'attentes devaient être égayées par des fleurs, recommande en 1917 Daniel Pometta, médecin-chef de la Caisse Nationale de l'assurance-accidents (Lengwiller, 2006).

2. Pour une analyse des débats contemporains suscités par les usages médicaux de cette notion voir Ferreira (2007).

diagnostiquées chez les demandeurs de prestations de l'assurance. Lorsque ces demandeurs sont aussi des immigrés, ce sont des représentations savantes de leur souffrance qui entrent en concurrence parmi les médecins experts³. Bien que leur corps soit atteint et qu'*a priori* un examen pratiqué par un rhumatologue ou un orthopédiste serait le seul qui se justifierait aux yeux de ces individus, c'est leur état psychique qui est de plus en plus la cible des expertises mandatées par l'assurance. Manœuvres dans le bâtiment, concierges, nettoyeuses d'entreprises, femmes de ménage, chauffeurs, ouvrières dans l'industrie horlogère, chauffagistes, carreleurs : lorsqu'ils et elles se trouvent dans une procédure administrative de reconnaissance d'invalidité, ils et elles ont de fortes chances de faire leur entrée dans le cabinet de l'expert psychiatre. Parce que l'origine sociale ou médicale de leurs plaintes est considérée comme incertaine, et parce qu'à force de souffrances corporelles ils manifestent des symptômes anxio-dépressifs, dès lors se justifie un examen qui ne porte pas uniquement sur la capacité bio-mécanique de travail.

Vraisemblablement plus que les assurés nationaux, lorsqu'ils ne sont plus en mesure de participer au monde productif du pays d'accueil – principal motif de leur arrivée et de leur présence – ils doivent apporter des preuves supplémentaires justifiant la légitimité de leur prétention à obtenir des droits. Ces exigences sont particulièrement mises en scène lorsqu'ils sont diagnostiqués de maladies controversées. A l'incertitude de la légitimité de leurs demandes se superpose, non sans violence, l'incertitude de la qualification médico-légale de leurs maux et de leur capacité de travail.

Pour analyser les conditions sociales de l'expertise médicale des «maux» corporels et psychiques de l'immigré je vais m'attarder dans les pages qui suivent sur une pathologie en particulier : le trouble somatoforme douloureux⁴. Comme pour toutes les catégories répertoriées dans la nosographie psychiatrique contemporaine, des indications épidémiologiques sont fournies pour caractériser le type de patients qui présentent plus que d'autres le trouble en question. « *Certaines données assez probantes semblent indiquer que, parmi les sujets ayant un trouble somatoforme douloureux, une proportion plus importante qu'on ne l'attendrait, a commencé à travailler à un âge inhabituellement jeune, a effectué des travaux soit physiquement éprouvants, soit excessivement routiniers, a été «toxicomane*

3. En France, les conflits d'interprétation de la santé mentale de l'immigré sont l'héritage de la psychiatrie de l'immigration inaugurée dans les années 1950. Aux préjugés culturalistes et raciaux qui ont marqué la psychiatrie coloniale, se sont succédés les courants de l'ethnopsychiatrie et plus récemment ce que Fassin et Rechtman (2007) désignent par « psychotraumatologie de l'exil ». Ces courants théoriques récents sont également présents en Suisse dans les

dispositifs de la clinique psychiatrique destinés aux immigrés, aux requérants d'asile et aux réfugiés politiques.

4. Ce trouble a été officialisé pour la première fois en 1980 lors de la publication de la troisième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (connu sous le terme de DSM-III). Ces cas cliniques sont également répertoriés par la Clas-

au travail » et a rarement lâché son travail pour prendre des vacances » (DSM-III-R, 1989 : 299).

Ainsi caractérisés, les patients atteints de ce trouble sont plus ou moins explicitement associés à des profils précis du monde du travail. Nous pouvons y reconnaître des ouvriers de l'industrie qui ont fait leur entrée sur le marché de l'emploi au moment où d'autres étaient encore sur les bancs de l'école. Nous pouvons aussi y reconnaître toute la palette de métiers du salariat peu qualifié impliquant des tâches répétitives ainsi que de nombreux salariés qualifiés exposés aux exigences d'un rendement élevé. Evidemment, pour l'épidémiologie statistique psychiatrique la localisation précise des ancrages socioprofessionnels de ces patients n'est pas une démarche pertinente. Les attributs décrits servent de signes d'un rapport pathologique individuel au travail. Dans la description taxinomique du trouble somatoforme douloureux les risques de basculements dans l'invalidité sont du reste explicitement mentionnés. Ils sont la conséquence d'une attitude d'évitement des activités sociales jugés nocives par le sujet qui les identifie à des sources de désagrément physique et psychique.

Cette catégorie diagnostique réactualise un vieux débat médico-légal dans le cercle des juristes et des experts médicaux : face à la plainte insistante d'une douleur corporelle rebelle aux traitements, comment distinguer avec précision ce qui relève de la production consciente ou non des symptômes et ce qui relève d'un état pathologique au sens clinique ? Cette indétermination s'installe lorsque les examens médicaux ne parviennent pas à démontrer une lésion organique permettant d'expliquer la douleur exprimée.

La médecine psychiatrique incorporée à l'appareil bureaucratique de l'assurance se montre particulièrement défiante sinon hostile lorsqu'elle a à évaluer ce genre de cas. La piste qui est spontanément suivie est celle d'un individu qui amplifie volontairement les symptômes voire les simule pour échapper aux contraintes du travail et pour obtenir un «revenu de substitution». Ici, nous n'avons pas affaire à une pathologie au sens médical du terme, mais à des comportements sociaux qualifiés de «dysfonctionnels» emblématiques d'un rapport utilitariste aux biens collectifs. Le refus de coopération et de collaboration lors des épreuves d'évaluation des efforts physiques servent de preuve irréfutable d'une mauvaise volonté et d'une maladie feinte (Oliveri et al., 2006).

sification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'Organisation Mondiale de la Santé qui les désigne par « syndrome somatoforme douloureux persistant ».

Dans le champ de l'expertise médico-psychiatrique la qualification de ces cas est plus élaborée. Mais elle divise les médecins selon leurs obédiences théoriques. Pour les tenants d'une psychiatrie scientifique dite « pharmacologique », ces cas cliniques traduisent des déficits de compétences à s'adapter aux situations d'échec, déficits que l'on retrouve en particulier chez des patients migrants faiblement scolarisés (Rosatti, 2002). Le statut d'invalidité revendiqué par ces patients leur sert de refuge identitaire et de stratégie plus ou moins consciente de compensation aux déboires ordinaires. Vivant le retrait du monde économique suite à un accident ou à une maladie comme une destitution, le patient s'appuie sur la douleur pour obtenir du réconfort auprès de son entourage et du corps médical. Ces médecins experts estiment qu'une attitude médicale trop empathique est jugée néfaste, car elle entretient un rapport complaisant à la souffrance et contribue à confirmer aux yeux de l'individu sa conviction d'être un inutile. En tant qu'experts ils se prononcent à partir de la distinction « normalité / pathologie ». Lorsqu'ils ont affaire à des patients provenant d'une autre culture, ils estiment devoir prendre en compte la notion de « normalité sociale ». Ils confrontent alors les « croyances » culturelles du patient aux normes institutionnelles en vigueur en Suisse. Voici ce qu'écrit un psychiatre : « Les experts sont de plus en plus confrontés à des assurés polysymptomatiques qui, en fonction de leurs origines culturelles, peuvent avoir la conviction que leur vie faite de labeur depuis l'enfance doit être suivie d'une retraite précoce entre 40 et 50 ans. Leur modèle de référence ne correspond pas à celui du pays d'accueil, ils sont ainsi souvent en décalage par rapport à leur nouveau milieu culturel » (Schroeter, 2005 : 81).

Toute autre est l'interprétation privilégiée par les experts qui s'inscrivent dans une approche psychanalytique de la somatisation. Ces derniers accordent davantage de crédit aux doléances de ces patients à la réputation difficile⁵. Pour eux, derrière la plainte insistante se cachent potentiellement des épreuves, des blessures, des traumatismes non résolus car non verbalisés. Dans les publications consacrées à ces cas, il est particulièrement question du « patient migrant » et de la souffrance traduite dans et par le corps (Célib-Gennart et Vannotti, 1999). « Dans le cas d'événements paraissant objectivement triviaux, la non-reconnaissance de l'importance subjective du traumatisme pour le patient peut réveiller un violent sentiment d'injustice. L'impression que la gravité de l'événement n'a pas été reconnue à sa juste valeur peut contribuer à l'expression de symptômes dont l'intensité est apparemment non justifiée par l'atteinte somatique constatée. Ces manifestations symptomatiques, qui prennent parfois une tonalité de revendication, peuvent être entendues comme un besoin de reconnaissance par le corps médico-social d'un statut de victime, et plus encore comme un besoin de réparation d'une blessure narcissique chez les patients souvent immigrés, dont les attentes idéales, le « rêve » semblent avoir été brisés par cette atteinte à leur invulnérabilité » (Allaz et Celik-Mallas, 1997 : 76).

En somme, saisi à partir des douleurs qui résistent à des explications objectives, la figure du patient « migrant » est différemment catégorisé selon les écoles de pensée psychiatriques. Nous avons affaire à trois corps : le corps fourbe du sinistrosique, le corps déficitaire de l'incompétent culturel et le corps blessé de la victime traumatisée. Transposés dans le champ des assurances sociales, ces désaccords entre médecins retardent les procédures et complexifient le travail des juristes. C'est dans ce contexte que l'histoire récente des assurances sociales helvétiques a vu naître une jurisprudence spécifique consacrée au trouble somatoforme douloureux⁶. Il fallait mettre de l'ordre là où régnait une certaine confusion. Juge au tribunal des assurances sociales de Zürich et inquiet par ces controverses, Hans-Jakob Mosimann publie en 1999 une étude visant à définir les critères à partir desquels il convient d'évaluer cette pathologie. Conscient que ces cas d'assurance sont une épreuve de qualification pour les médecins, il leur recommande de maintenir la bonne distance qui sied aux experts ; à l'égard d'assurés qui suscitent l'empathie chez les uns et l'aversion chez les autres, il faut faire preuve d'impartialité dans le jugement. L'anamnèse et l'examen doivent porter sur une pluralité de dimensions permettant de mettre à jour la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Ainsi, le pronostic du médecin est défavorable s'il constate une comorbidité psychiatrique, un état psychique cristallisé, une perte d'intégration sociale dans toutes les dimensions de l'existence, un échec des traitements conformes aux règles de l'art et des affections chroniques sans rémission durable. Ces critères sont des repères communs à tous ceux qui doivent évaluer la capacité de travail des assurés. Se trouve ainsi théoriquement résolue la difficulté posée par les dissensions médicales.

Or, l'existence même d'une jurisprudence est révélatrice de tensions et de relances continues d'épreuves de qualification autour de la capacité de travail. Les cas singuliers qui se présentent aux guichets de l'Assurance-invalidité déclenchent encore et toujours des procédures complexes. Ces dernières années, la raison administrative se fait plus restrictive, oppose de plus en plus aux demandes des refus de prestations ; le dossier se déplace alors dans certains cas vers le champ judiciaire. Les litiges examinés au tribunal des assurances sociales laissent transparaître le montage juridique, médical et social sur lequel repose la notion d'invalidité. Par le recours, l'assuré met à l'épreuve ce montage, contraint

5. La réputation de ces patients est due entre autres à leur « nomadisme médical ». Ils consultent à répétition dans l'espoir de voir leurs maux soulagés, mais sans que le corps médical parvienne toujours à poser un diagnostic clair et à répondre à leurs attentes (Allaz, 2003).

6. Selon Ian Hacking (2002) pour qu'une maladie mentale puisse exister et proliférer c'est parce que dans un contexte donné, elle apporte une grille d'interprétation à des conduites ou à des phénomènes qui suscitent des inquiétudes. Le trouble somatoforme douloureux n'échappe pas à cette logique ; il a trouvé dans une assurance sociale soumise à des réformes l'occasion historique et politique de se répandre.

les agents à expliciter les règles juridiques et le raisonnement médical; les pièces du dossier sont reprises par le juge des assurances sociales et synthétisées par le greffier lors de la rédaction des arrêts du tribunal⁷. Ce sont ces documents qui servent ici de matériau d'enquête et d'accès aux pratiques de l'expertise médico-légale⁸.

Faire recours au tribunal des assurances sociales

Conséquence d'une politique publique plus austère en matière d'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, le taux de refus aux demandes a progressivement augmenté tout comme les litiges portés devant le tribunal. Dans toute la Suisse, en 2003, quelque 12 000 oppositions ont été formées contre des décisions des offices cantonaux de l'assurance-invalidité, la plupart relatives à des rentes. Cette même année, les tribunaux cantonaux des assurances ont statué sur près de 3 000 recours et le Tribunal fédéral des assurances (TFA) sur plus de 600 recours. A l'office cantonal de l'AI de Genève, en 2006, 39% des demandes ont fait l'objet d'un refus. Et cette année-là, 46% de l'ensemble des décisions ont débouché sur un recours en justice. De 2004 à 2006, le nombre de recours introduits au tribunal des assurances sociales de Genève a connu une hausse de 110% dans le seul domaine de l'assurance-invalidité. Hélas, aucune étude n'existe sur les objets précis du litige, sur les profils socio-économiques des assurés concernés par ces recours, sur leurs parcours institutionnels depuis la première demande adressée à l'office de l'assurance jusqu'au tribunal.

Pour la période 2003-2007 nous avons analysé 275 arrêts judiciaires du tribunal genevois. Ce corpus fait partie des 1492 recours et de demandes dans le domaine de l'AI traités par ce tribunal au cours de la même période. Nous avons retenu toutes les décisions où il était question des règles jurisprudentielles relatives au trouble somatoforme douloureux. Les assurés

concernés par le contentieux analysé ont reçu de la part de l'administration cantonale des réponses négatives à leurs demandes de prestations. Le plus souvent représentés par un avocat, ils tentent une deuxième chance auprès du juge des assurances sociales, contestant l'acte administratif⁹. Qui sont-ils? Sur les 155 femmes et 120 hommes concernés par ces recours, la nationalité est précisée dans 238 arrêts: 83,6% sont de nationalité étrangère, 10,5% sont suisses et 5,9% sont des étrangers qui ont acquis la nationalité suisse. Du point de vue de leur provenance, sur les 224 arrêts où une telle donnée figure, les pays d'Europe du Sud (Portugal, Espagne et Italie) arrivent en tête¹⁰. Dans l'ensemble il ressort que près de 80% des personnes n'est pas allée au-delà du niveau scolaire élémentaire et n'a aucune qualification professionnelle. Seuls huit assurés ont une formation universitaire ou d'une haute école.

Avant de se trouver en incapacité médicale de travail, ces assurés ont dans leur grande majorité exercé des emplois dans des branches économiques réputés pour les risques de chômage conjoncturel, d'accidents et de maladies. Le secteur de l'hôtellerie-restauration concerne 38% des assurés, suivi de la construction (19,3%), de l'industrie (14,9%), du commerce et des transports (8,9%), de l'administration et la banque (8,9%), de la santé (4,8%), de l'agriculture (2,6%), de la technique et de l'informatique (0,4%)¹¹. A titre d'exemples des emplois les plus récurrents, on peut mentionner: femmes de chambre d'hôtel, nettoyeuses, manœuvres dans le bâtiment, ouvriers d'industrie, chauffeurs-livreurs, femmes de ménage, serveurs, vendeuses-caissières, concierges. Pour les uns et pour les autres, la sortie du marché du travail en raison de problèmes de santé arrive relativement tôt dans leurs vies. En moyenne, ces assurés avaient 41 ans lorsque leur médecin traitant certifie une incapacité les conduisant à solliciter l'assurance-invalidité. En moyenne aussi, depuis ce moment d'arrêt de travail jusqu'à la décision du tribunal, près de 7 années s'écoulent¹².

L'inventaire des diagnostics posés par les médecins traitants atteste, dans la grande majorité des cas, d'un appareil locomoteur atteint: arthrose à l'épaule, hygroma du genou, épicondylite, lombalgie chronique, tendinites, douleurs diffuses musculaires et cervico-dorso-lombaires. Aux maux physiques viennent s'ajouter souvent des états anxio-dépressifs et des «anomalies

7. Ce tribunal est entré en fonction en août 2003. Les arrêts judiciaires sont disponibles sur le site officiel de l'Etat de Genève (<http://justice.geneve.ch/jurisprudence/TCAS/>).

8. Je me base ici sur une recherche financée par le Fonds stratégique de la HES-SO qui visait plus largement à analyser la constitution d'un problème politique autour de l'invalidité psychique. Par-delà les arrêts judiciaires, le matériel empirique est composé de données statistiques officielles, d'écrits des professionnels impliqués dans le champ de l'assurance-invalidité (juristes, médecins, hauts fonctionnaires de l'administration, économistes), de rapports d'audits parlementaires, d'articles parus dans la presse. Ont collaboré à cette étude Danièle Lanza, Anne Dupanloup et David Perrenoud.

9. Si sur 275 recours, 150 ont fait l'objet d'un rejet au tribunal, dans 61 cas, les assurés ont obtenu gain de cause, dans 57 leur recours a été partiellement admis et 7 décisions concernent l'ordonnance d'une expertise judiciaire. Dans l'ensemble du corpus, 59 décisions impliquent un renvoi du dossier à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour qu'une nouvelle instruction ait lieu.

10. Plus en détail, 118 assurés sont originaires de pays de l'Europe du sud, 43 des pays des Balkans, 10 de pays africains, 6 proviennent d'Amérique du Sud, 9 d'Asie et 2 de l'Europe du Nord.

11. Les ménagères constituent 1,5% des assurés. Seuls 6 arrêts ne comportent pas de données sur le secteur d'activité.

12. Dans leur étude basée sur un échantillon de 442 personnes immigrées âgées de 55 à 64 ans, de nationalité espagnole et italienne, Fibbi et al. (1999) montrent qu'entre 55 et 59 ans, un homme sur cinq a quitté définitivement le marché du travail et, parmi eux, plus des trois quarts touchent une rente d'invalidité. Des résultats de cette étude, il ressort que les migrants âgés courent des risques importants d'indigence du fait des salaires bas liés aux emplois exercés, aux coti-

sations incomplètes dues à leur entrée tardive dans le système de protection sociale suisse, à l'ignorance de leurs droits et à leur prise en charge inadéquate.

psychiques»; 62% des assurés suivent un traitement anti-dépresseur. La condition sanitaire de ces assurés va dans le sens des constats répétés par les spécialistes de la santé au travail: les problèmes les plus fréquents qui sont actuellement à l'origine des arrêts de travail sont les troubles musculo-squelettiques et les affections psychiques (Conne-Perreard et al., 2001). Néanmoins, ces atteintes à la santé ne sont que très rarement reconnues comme des maladies professionnelles dans la plupart des législations sociales, la Suisse y compris¹³. Ce déficit de reconnaissance – fruit d'une normalisation de la pénibilité physique associée à certains métiers – est l'arrière-plan caché de ces recours en justice.

Partant de là, le corps abîmé et l'esprit affligé produisent d'autres discours qui tiennent et maintiennent à l'écart l'origine professionnelle de l'invalidité¹⁴. Au fond, quelles propriétés individuelles peuvent expliquer que certains, et pas d'autres, basculent dans une condition d'invalidité? Cette espèce d'intrigue est au fondement des manières contemporaines de gouverner et d'administrer la question sociale; elle requiert et légitime l'intervention des spécialistes de la psyché humaine au sein du dispositif assurantiel chargé de distribuer des biens sociaux (Fassin, 2004).

Madame A: le poids d'un secret non partagé

Espagnole d'origine, Madame A a exercé pendant dix-huits ans différents métiers subalternes: caissière, lingère, femme de ménage, manœuvre. En 1998, elle dépose une demande de rente AI «en raison de migraines, de douleurs à la nuque et aux membres, aux cervicales et au dos, un manque de force même pour l'accomplissement des tâches ménagères». Son médecin traitant diagnostique un trouble somatoforme douloureux, tout comme le rhumatologue et le psychiatre du Centre d'expertise médicale de l'AI qui l'ont examiné à la demande de l'administration. «Lors de la consultation de psychiatrie, l'expert relève que la recourante est collaborante mais que l'entretien reste relativement pauvre et se fait sur un plan de questions et réponses. Elle ne présente pas de troubles francs de la lignée psychotique, ni perte de poids ni troubles de l'appétit. Elle n'a pas de troubles de l'endormissement mais de fréquents réveils en raison des douleurs». L'importance des douleurs augmente au cours des années et les divers traitements entrepris n'apportent pas de soulagement. Au cours de l'expertise, les médecins constatent «une certaine irritabilité, une nervosité, une dévalorisation d'elle-même et une tristesse». Ils diagnostiquent un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique et concluent à une capacité résiduelle de travail de 60%. Sur la base de ce rapport, l'Office cantonal de l'AI rejette sa demande d'une rente.

Contre cette décision, Madame A fait recours au tribunal. Son représentant – le Forum Santé – conteste la valeur de l'expertise car «un élément traumatisant important dans sa vie» n'avait pas été pris en compte. Le 22 mai 2003, son psychiatre traitant adresse à l'administration des

certificats détaillés complémentaires basés sur quatre consultations. Ce médecin relève «[...] qu'après une grossesse refusée par le père de l'enfant, à l'âge de 20 ans, et qui s'est interrompue spontanément par une fausse couche, la recourante a plongé dans une dépression dont elle n'est ressortie que plusieurs années plus tard». Cette dépression n'est pas mentionnée dans le rapport d'expertise. Le médecin indique qu'entre 1989 et 1997, Madame A a été à plusieurs reprises en arrêt de travail en raison de ses douleurs, jusqu'à se trouver en incapacité définitive en 1997. Il revient en arrière: en 1992, elle est enceinte, «[...] accouche d'un enfant qui meurt quelques jours plus tard, hospitalisé en pédiatrie sans qu'elle ait pu le revoir». Pour le psychiatre, «ce nouveau drame réactive l'angoisse éprouvée à la perte de son premier enfant avec d'autant plus de force qu'il s'agit d'un secret qu'elle s'interdit de partager avec son mari».

Madame A a obtenu un score de 45 points sur l'échelle de dépression dite de Hamilton, indice d'une dépression sévère. Le médecin lui a fait passer un test de personnalité «[...] dans lequel le calcul de la pondération des échecs est faite par ordinateur» et qui a donc «l'avantage d'être automatisé sans l'intervention du psychiatre examinateur». Ce test a révélé que Madame A a répondu «de façon sincère, cohérente et pertinente»; le profil évoque des troubles graves de la personnalité et de comportement. «Le sujet apparaît coupé de la réalité, replié sur lui-même»: le tableau va bien au-delà d'une personnalité dépendante à traits immatures, comme l'ont diagnostiqué les experts. Madame A présente «une personnalité émotionnellement labile de type borderline», souffre d'une «dépression récurrente sévère avec des menaces suicidaires exprimées et récemment un passage à l'acte minimum», ainsi que d'un trouble somatoforme indifférencié voire un trouble de conversion. Le psychiatre traitant conclut qu'aucun de ses confrères n'a relevé de troubles factices ou de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Madame A n'est pas une simulatrice. Selon lui, le tableau clinique justifie une capacité de travail nulle, y compris pour les tâches ménagères et il s'étonne que les experts aient pu constater une capacité de travail de 60%.

Le médecin-conseil de l'Office cantonal de l'AI réagit à ce certificat soupçonnant Madame A de simuler, contre quoi le psychiatre traitant s'insurge: «[...] il exclut totalement que sa patiente ait pu manipuler ses réponses et considère qu'il s'agit là de la marque d'une méconnaissance du test

13. Pour une analyse des usages conflictuels de l'expertise pour faire reconnaître les troubles musculo-squelettiques comme maladies professionnelles dans le contexte français voir Déplaud (2003) et Hatzfeld (2006).

14. En Suisse, la statistique publique relative aux bénéficiaires de prestations de l'Assurance-invalidité ne tient pas compte de variables comme le niveau de formation scolaire, la position professionnelle, le secteur d'activité économique, le revenu avant l'invalidité. En conséquence de quoi, il est impossible d'examiner la distribution sociale des risques et les liens avec le monde du travail (Ferreira, Lanza et Dupanloup, 2008).

en question. Il rappelle qu'aucun des médecins qui l'ont examinée n'ont envisagé cette situation. Quant à «l'échelle Hamilton», il s'agit d'un instrument destiné à évaluer la gravité d'un épisode dépressif qui a fait ses preuves depuis longtemps». Il conclut qu'il n'est pas imaginable de voir la recourante reprendre une activité quelle qu'elle soit. Au tribunal, le juge doit trancher sur la base de trois positions médicales contradictoires : celle de l'administration pour qui il n'y a aucune invalidité, celle des médecins experts qui concluent à une capacité de travail résiduelle de 60% et celle du psychiatre traitant pour lequel l'incapacité de travail est totale en raison d'un cumul de diagnostics. Le tribunal écarte la première qui ne se fonde que sur l'avis du médecin-conseil allant contre les constats des experts. Il en va de même pour le rapport des experts qui a manifestement omis des éléments importants de la vie de Madame A ; de ce fait, ils n'ont pas pu se prononcer sur leurs conséquences et faire une analyse juste de la situation. C'est donc sur les rapports du psychiatre traitant que le juge argumentera sa décision. Ce dernier a su montrer que la recourante n'était pas une simulatrice, qu'elle souffrait d'une série de troubles plaçant en faveur d'une comorbidité psychiatrique, que les traitements échouent à apaiser ses douleurs chroniques. Il a par ailleurs démontré que la période occultée lors de l'expertise «[...] correspond à un événement traumatisant gardé secret par la recourante et que plusieurs séances ont été nécessaires pour permettre à celle-ci de l'exprimer». En raison de la gravité de ses troubles, «le pronostic est très négatif, sans appel». Le tribunal constate une incapacité totale de travail, l'impossibilité de toute réadaptation et une invalidité totale. En conséquence de quoi, Madame A a droit à une rente entière.

La question sociale rapportée par l'intime

A différents titres, ce cas est exemplaire des enjeux et des usages de l'expertise psychiatrique. En premier lieu, les atteintes à la santé physique passent au second plan au profit d'une lecture psychiatrique de la douleur somatique. La question qui se pose alors est la suivante : dans quelle mesure et à quelles conditions, certains diagnostics psychiatriques – comme ceux dont semble souffrir Madame A – peuvent conduire à une situation d'invalidité ? Trouble de la personnalité labile de type borderline, trouble de la personnalité immature, trouble somatoforme douloureux, état dépressif : le dossier clinique de cette assurée laisse transparaître les effets d'une

15. Depuis la première édition du DSM, publiée en 1952, où figuraient 60 diagnostics, leur nombre n'a cessé de croître dans les versions suivantes : dans le DSM-II (1968) en sont inscrits 145, dans le DSM-III (1980) 280, et dans le DSM-IV (1994) il est question de 410 diagnostics psychiatriques.

16. L'invalidité juridique n'est pas le fruit de conditions matérielles d'existence ou de la pénibilité du travail ; elle résulte d'une « situation d'incapacité de gain » provoquée par la maladie, l'accident ou l'infirmité congénitale.

large diffusion de la nosologie psychiatrique actuelle¹⁵. Le nombre croissant et diversifié des catégories diagnostiques déstabilise les pratiques administratives dans le domaine de l'invalidité.

En deuxième lieu, lié au point précédent, les besoins institutionnels d'experts qualifiés sont devenus pressants. La profusion de nouveaux cas d'assurance relevant de la santé mentale, et qui posent des difficultés d'évaluation médico-légale, crée les conditions propices au développement d'un marché d'expertise psychiatrique. Néanmoins, les médecins à qui sont confiés des mandats d'expertise ne maîtrisent pas toujours les règles de rédaction des rapports, ne répondent pas avec suffisamment de précision aux questions des mandataires, peinent à se départir de leurs dispositions de cliniciens habités par la volonté de soigner (Meine, 2002). Juristes et médecins plaident en faveur de la mise sur pied de formations visant à perfectionner une pratique encore embryonnaire et sujette aux critiques (Paychère, 2002). Au sujet des troubles psychiques, comme dans le cas exposé ci-dessus, les avis médicaux tendent à diverger. L'administration de la preuve médicale déclenche la discorde. Il n'est donc guère surprenant que le psychiatre traitant de Madame A insiste sur la valeur des tests réalisés qui visent à éradiquer la suspicion d'un excès d'empathie pour sa patiente. Car, selon la jurisprudence, les rapports des médecins traitants ont par principe une valeur probante inférieure en vertu des liens de proximité qui les lient aux assurés. Le régime de sollicitude qui est le leur est considéré par le droit comme incompatible avec l'impartialité attendue chez un expert. Dans le cas exposé, c'est à titre exceptionnel que le tribunal s'appuie sur les rapports du psychiatre traitant : il est parvenu à emporter la conviction du juge en déployant un argumentaire d'expert, en produisant des preuves détaillées et précises qui faisaient défaut aux autres rapports.

En troisième lieu, Madame A souffre de douleurs dans le corps dont l'explication n'est pas à trouver dans l'exercice des métiers subalternes sur une période professionnelle relativement longue. Comme le précise un juriste «[...] les troubles psychiques dus principalement à des circonstances extérieures telles que le surmenage causé par l'exercice de plusieurs professions (par exemple, l'accomplissement de tâches ménagères parallèlement à l'activité lucrative) ou d'un milieu défavorable, n'ont pas en soi de valeur d'invalidité» (Pirrotta, 2005 : 8)¹⁶. La catégorisation psychiatrique fait alors voir *un autre corps abîmé*, celui de l'enfantement tragique et traumatisant, qui rend incapable de travailler. Pour accroître les chances d'être reconnu comme invalide, les causes sociales et économiques de l'incapacité de travail doivent être couvertes par une plainte où il est question de souffrances dont les causes sont à trouver dans la sphère privée et dans une biographie malheureuse. L'exposé de la vie intime n'est pas qu'une contrepartie exigée et obligée pour obtenir une reconnaissance de droits ; c'est une véritable ressource à mobiliser pour pouvoir être entendu. Mais

la plainte en tant que telle est loin de suffire. Elle doit faire l'objet d'une *traduction* par des spécialistes attitrés. Enfin, le recours de Madame A illustre la complexité de l'instruction médicale des dossiers, complexité qui doit beaucoup à la multitude d'acteurs qui interviennent pour évaluer la capacité de travail du demandeur de prestations. Le médecin traitant est celui qui fournit le premier rapport justifiant l'incapacité de travail; le médecin-conseil salarié de l'office cantonal de l'AI donne un avis uniquement sur le dossier et n'a pas un statut d'expert; les services médicaux de l'assurance dépendants de l'autorité fédérale ont le droit d'examiner l'assuré et leurs rapports peuvent avoir valeur d'expertise¹⁷; les médecins affiliés aux Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité font des expertises pluridisciplinaires dont les conclusions finales sont le fruit d'un consensus collégial; les médecins experts dits indépendants peuvent également être mandatés à titre individuel; et, dans certains cas, interviennent au terme du processus des expertises judiciaires ordonnées par le tribunal. Cette polyphonie des voix médicales est à l'origine de bien de discordes. Ce sont les avis contradictoires sur la « condition souffrante » qui rendent le recours recevable en justice. Sans avoir les moyens économiques pour pouvoir mandater des contre-expertises médicales, ceux qui font recours portent à la connaissance des juges les divergences entre les médecins, les lacunes des rapports et les problèmes liés aux conditions de réalisation des examens. Chemin faisant, c'est l'expertise médicale qui se trouve soumise à l'épreuve du jugement judiciaire.

La traduction: un enjeu de luttes

L'expertise est fortement structurée par une série de propriétés qui ne sont pas sans influencer le jugement médical; elle s'inscrit dans le cadre d'une instruction administrative où il s'agit de se déterminer sur l'octroi de prestations et de moyens de survie. Ce ne sont pas les critères explicites et formels d'acceptabilité des demandes qui justifient le mandat confié au médecin expert. En revanche, ce dernier dispose d'outils qui permettent d'investiguer sous l'angle de la clinique les motivations moralement et socialement acceptables des demandes¹⁸. Le médecin expert n'a pas devant lui un patient à soigner et à accompagner du point de vue clinique; il doit faire abstraction d'une logique thérapeutique pour raisonner en termes de capacités productives. Il n'est pas non plus un médecin du travail, même s'il doit expertiser

la capacité de travail. En l'occurrence, il ne suffit pas de mesurer la force musculaire, le taux de rendement, la mémorisation ou la vitesse des déplacements. Parce que les assurés sont diagnostiqués de troubles psychiques, des règles juridiques spécifiques indiquent ce qui est essentiel à expertiser.

« Pour tracer la limite entre les atteintes à la santé mentale qui sont assurées et celles qui ne le sont pas, on se fonde sur les notions d'effort raisonnablement exigible (art. 28 al.2 LAI) et de permanence et de longue durée (art. 4 al. 1 LAI). On doit dès lors admettre l'existence d'une anomalie psychique ouvrant droit à des prestations, lorsque l'affection est d'une gravité telle que l'on ne peut pratiquement plus exiger de l'assuré qu'il utilise sa capacité de travail et qu'un tel usage serait même intolérable pour la société. La mesure de ce qui est raisonnablement exigible doit être déterminée de manière objective. On ne saurait donc considérer comme conséquence d'un état psychique malade, la diminution de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté » (Valterio, 1985: 53).

Ces précisions viennent rappeler que l'invalidité n'est pas une notion médicale mais juridique: ce sont les professionnels du droit qui établissent les critères qui orientent l'examen et l'observation de l'assuré. Le diagnostic clinique occupe une place relative; l'essentiel se trouve, comme le veut la loi, dans l'objectivation des « efforts raisonnablement exigibles » et dans l'identification de la bonne volonté. Devant se conformer au raisonnement juridique, le médecin experts doit en outre compter sur les propriétés sociales des assurés qu'il examine dans son cabinet, en l'occurrence, un travailleur immigré peu doté en capitaux scolaires, culturels et linguistiques. La lecture des arrêts judiciaires rend compte d'une série d'obstacles à l'examen telles qu'une attitude de défiance qui se traduit par des réponses laconiques aux questions ou encore une incompréhension linguistique rarement compensée par la présence d'un traducteur. Dans ce contexte, les données récoltées sont pauvres et limitées à des récits lacunaires d'expériences ordinaires. Il n'est pas rare de lire dans les arrêts judiciaires que les assurés « comprennent à peine le français et ne savent pas le parler », qu'ils sont « frustes, probablement d'intelligence limitée et peu scolarisés », qu'ils disposent de « ressources faibles du point de vue psychique et intellectuel », qu'ils ne semblent « pas comprendre toutes les questions posées ». Ces obstacles

17. Les Services médicaux régionaux (SMR) ont été officiellement créés en 2005. Ils sont mis à la disposition des administrations cantonales pour évaluer d'une manière plus rigoureuse les dossiers médicaux des assurés. Composés d'équipes pluridisciplinaires, ils sont le fruit d'une volonté politique de rénover la pratique de la médecine d'assurances et d'accélérer les procédures (Kurth, 2005).

18. Voir à ce propos le travail de Dominique Memmi consacré aux pratiques de procréation assistée, d'avortement et de soins palliatifs. « Au minimum, formalités destinées à encadrer la délivrance de la prestation et, au plus, exigence véritable imposée au patient de produire un discours légitime sur son rapport au corps, ces échanges pourraient bien représenter une caractéristique de la biopolitique aujourd'hui: il s'agit d'énoncer, à la demande les

« bonnes raisons » de la pratique » (2003: 33).

linguistiques sont mentionnés dans les rapports médicaux sans qu'ils influencent le plus souvent le regard porté par les instances sur les conclusions de l'expert.

Or, dans certaines affaires les barrières de la langue occasionnent des disputes et mettent en scène la fabrique conflictuelle des jugements. Les désaccords entre les médecins s'expriment, comme dans le cas d'une ouvrière originaire du Laos. Son psychiatre traitant a déclaré par écrit que « [...] sa patiente réaffirmait sa souffrance et que sa capacité d'exprimer ses troubles en termes rendant leur sévérité plausible est limitée en raison de sa scolarité rudimentaire, sa culture d'origine et son vocabulaire très limité ». A son avis, « ses troubles psychiques ne pouvaient être équitablement évaluées que par un spécialiste connaissant sa langue maternelle ou par un médecin connaissant les principes de la psychiatrie transculturelle et assisté par un interprète capable de l'aider à transcender les différences culturelles ». L'expert psychiatre mandaté par l'Office cantonal de l'AI relève également dans son rapport que l'expertisée a des lacunes scolaires, ne sait ni lire ni écrire, s'exprime dans un langage pauvre et présente un manque de maîtrise de la langue française. Néanmoins, l'expert rhumatologue mandaté par le tribunal formule un avis différent. Pour lui, « [...] l'expertisée comprenait très bien le français et s'exprimait correctement dans cette langue, permettant ainsi à l'expert de bien la comprendre. Dès lors, le neveu de la recourante qui l'avait accompagnée afin de servir d'interprète, n'était intervenu que très peu durant l'entretien ». Le tribunal suivra cet avis en ajoutant que la difficulté linguistique n'avait visiblement pas empêché l'assurée de communiquer ni avec son psychiatre traitant, lequel avait fait état des maltraitements subies par elle dans son enfance, ni avec son avocat. Le tribunal « suppose » qu'elle n'était pas à chaque fois accompagnée lors des consultations ou des rendez-vous avec son avocat par une personne pouvant traduire ses propos (ATAS/869/2005).

Dans l'exercice courant de la médecine, comme dans celui des expertises, le problème posé par les patients d'origine étrangère et qui ne maîtrisent guère la langue du « pays d'accueil », fait l'objet de réflexions. Ces dernières années, le recours aux traducteurs et aux interprètes est devenu un enjeu défendu par certaines associations investies dans l'encadrement sanitaire et psychiatrique des immigrés et des réfugiés politiques (Graz, Vader et Raynault, 2002). Dans la pratique de l'expertise médico-légale relative aux demandes AI, force est de constater que ce recours est loin d'être systématique. Nombre d'expertises sont effectuées en l'absence d'un traducteur qu'il soit attitré ou officieux. Dans certains cas, la traduction et l'interprétation sont assumées par un proche. Or, le recours à un membre de la famille – et notamment un enfant – lors d'une expertise psychiatrique peut se révéler problématique et reconnu comme tel au tribunal, comme dans le cas d'une femme au foyer d'origine turque qui avait dans son recours contesté la validité d'une telle démarche. Le tribunal a estimé qu'il était « [...] critiquable de se servir de l'enfant de la personne expertisée comme interprète dans

le cadre d'une expertise psychiatrique, dans la mesure où il s'agit d'un domaine éminemment intime que l'on peut avoir de la peine à partager avec quiconque et notamment avec ses enfants » (ATAS/822/2007).

Cela étant le recours aux services d'un interprète professionnel n'est pas sans poser des difficultés, comme dans le cas d'une autre assurée, de nationalité turque et nettoyeuse de profession. Le premier entretien avec l'expert s'est déroulé sans l'interprète. Elle lui avait téléphoné « pour dire qu'elle se débrouillait très bien elle-même », mais au cours de cet entretien, l'expert a constaté qu'elle montrait « [...] une capacité de compréhension et d'expression dans la moyenne inférieure pour le français ». En raison des renseignements très superficiels obtenus, un deuxième entretien a eu lieu en présence d'un interprète. Cependant, relève l'expert, « [...] l'interprète a dû souvent intervenir, corriger, reprendre et demander à l'assurée de revenir sur la question, de donner des précisions ; l'entretien a pris une allure compliquée et à la limite du pénible » (ATAS/811/2007).

C'est à titre exceptionnel que la question des problèmes linguistiques et de leurs effets sur l'expertise fait l'objet d'une discussion et d'une reconnaissance au tribunal. L'absence d'un traducteur apparaît dans certains litiges comme un argument de défense et de contestation de la validité de l'expertise réalisée dans de telles conditions. Ce fut le cas d'une autre assurée de nationalité turque. Elle s'est vue refuser le droit à des prestations AI sur la base d'expertises qui se sont déroulées en français alors qu'elle ne maîtrise pas la langue. Elle demande, par l'intermédiaire de son avocat, à ce que ces expertises se déroulent en présence d'un traducteur. Dans le rapport d'expertise psychiatrique, l'anamnèse a été complétée grâce à l'aide son fils qui est « parfaitement bilingue ». Mais lors de l'examen, elle s'est trouvée seule et le tribunal peine à comprendre pour quel motif l'expert a renoncé à faire appel au fils à ce moment-là. Dans son rapport, l'expert s'est borné à constater que « [...] son évaluation est légèrement limitée par le fait que l'expertisée ne s'exprime que dans un français rudimentaire ». Cela étant, il déclare ne pas avoir retrouvé chez l'assurée de symptômes dépressifs caractéristiques, ni de symptômes valant pour un trouble spécifique concernant la lignée anxieuse, ni d'obsessions, ni de phobies, ni de troubles perceptifs, ni d'idées délirantes, ni de troubles formels de la pensée. Le tribunal écarte ce rapport. « Sachant les difficultés de la recourante à s'exprimer en français, force est de s'interroger sur la façon dont l'expert a pu arriver à de telles conclusions. Il ajoute un peu plus loin qu'il n'a pas d'arguments pour un autre trouble psychiatrique en particulier pour un trouble thymique et « n'avoir pas d'éléments suffisants pour retenir une pathologie psychiatrique ». En d'autres termes, il raisonne par la négative ». Cette assurée a 52 ans lorsque le tribunal admet son recours, renvoie le dossier à l'administration pour une nouvelle instruction qui consistera en une expertise psychiatrique établie par un médecin parlant le turc (ATAS/289/2004).

Sanctions médicales de la pauvreté linguistique

Dans leurs publications, certains médecins n'ignorent pas ce qu'ils désignent par « malentendus interculturels » qui ont lieu entre des patients de nationalité étrangère et les praticiens. Ils sont prêts à admettre que les désaccords qui peuvent survenir au cabinet sont tributaires d'origines sociales et culturelles fort différentes. Dans d'autres termes, ils peuvent reconnaître que le fait de ne pas provenir du même monde social peut complexifier la relation – ce qu'ils qualifient par « présupposés culturels de base » qui ne seraient pas partagés par les deux partenaires – et qui peuvent déboucher sur des « représentations stéréotypiques mutuelles ». Cela étant, certains rejettent l'importance qui pourrait être donnée au déterminisme social et aux inégalités de position des interlocuteurs. Le médecin et le patient sont avant tout deux individualités dont la relation prend la forme d'un *accord négocié* (Allaz, 2003). Mais pour négocier encore faut-il le pouvoir et vouloir se comprendre.

Abdelmalek Sayad (1999), se référant aux expériences institutionnelles des immigrés algériens malades lorsqu'ils ont affaire aux médecins de la Sécurité sociale, voit dans cette scène d'expertise des droits l'actualisation de la lutte entre deux langues socialement structurées et déterminées. L'une, dominante, répond aux exigences de rationalité et de capacité d'abstraction ; l'autre, dominée, exprime l'expérience directe et immédiate, rapporte le concret sans passer par l'exercice de la mise à distance réflexive. L'affrontement entre les deux débouche dans certains avis médicaux sous la forme de la sanction : le sujet fait preuve d'indigence conceptuelle et d'un déficit d'introspection. La pauvreté du champ sémantique trahirait pour une certaine opinion médicale une incapacité personnelle à prendre du recul sur sa propre condition quotidienne et plus généralement face aux choses de ce monde. Et au langage simple et répétitif s'ajoute parfois une profusion désordonnée du lexique, une agitation corporelle visant à mimer les douleurs et les souffrances, une gestulation perçue par des médecins comme « excessive »¹⁹.

Accompagnant les démarches administratives et judiciaires, certains professionnels s'affligent à la lecture des rapports qui gardent les traces de la disqualification. « Notre pratique [dans le cadre du Centre de contact Suisse-Immigrés de Genève] nous a souvent amené à lire des commentaires, d'origine médicale ou administrative, très durs à l'égard de nos consultants ; parfois même taxés de personnes rustres et incultes, ils n'ont pas réussi à mettre en lumière leurs qualités intellectuelles, professionnelles et humaines. S'insinue alors une dynamique imperceptible de rejet de la part de nombre d'intervenants, lesquels s'engagent dans le suivi des intéressés avec des objectifs d'ores et déjà modestes. De ce fait au handicap initial, dû à la complexité de notre système et à la méconnaissance de notre langue, s'ajoute celui de la difficulté à recevoir une aide adéquate » (Bulliard, 1999 : 71-72).

Les rapports de force autour de la traduction rendent manifestes les conditions sociales de l'expertise et les contraintes linguistiques auxquelles les assurés sont soumis. L'économie linguistique des échanges est une économie tronquée ; elle est structurée par l'incompétence proprement sociale de l'un à comprendre les usages que l'autre fait de son récit. Les subtilités du langage de la confession, constitutif de l'examen psychiatrique, échappent à ceux qui ne constituent pas une clientèle des thérapies par la parole. « La compétence suffisante pour produire des phrases susceptibles d'être comprises peut être tout à fait insuffisante pour produire des phrases susceptibles d'être *écoutées*, des phrases propres à être *recevables* dans toutes les situations où il y a lieu de parler. Ici encore l'acceptabilité sociale de ne se réduire pas à la seule grammaticalité. Les locuteurs dépourvus de compétence légitime se trouvent exclus en fait des univers sociaux où elle est exigée, ou condamnés au silence » (Bourdieu, 1982 : 42). Ou alors ils sont au contraire sommés de parler surtout lorsqu'ils adressent une demande à la puissance publique. L'expertise psychiatrique est le cadre aménagé pour *devoir* se raconter, relater son quotidien et son passé dans les moindres détails. Mais ici *l'écoute* ne vise pas à soigner ou à traiter, mais à recueillir toute l'information nécessaire pour se prononcer sur la capacité productive.

L'examen médical fait partie des scènes ordinaires sur lesquelles Goffman (1991) prend appui pour rendre compte des conditions favorables à l'humiliation. Cet examen a pour effet de mettre la personne toujours en position de répondre à des questions embarrassantes sous couvert de questions anodines. L'interprétation correcte d'un énoncé permet d'éviter les malentendus, à condition qu'il soit exprimé de manière claire et compréhensible. Or, devoir répondre à des questions dont ils ne saisissent ni sens ni l'intention, condamne les « expertisés » à répondre « à côté », à bafouiller, à répéter inlassablement la même plainte. C'est dire les risques qu'ils subissent d'être décrits comme des personnalités présentant un niveau inférieur à la normale d'intelligence, comme c'est fréquemment le cas dans les avis des médecins salariés de l'assurance. Ce sont ces figures, qui incarnent tout particulièrement la « police médicale » de l'assurance, qui mobilisent encore et toujours la sinistrose pour clore définitivement un dossier. Dans leurs rapports ils aiment rendre saillants les « particularismes culturels » et les indices de la fourberie.

19. Le tribunal fédéral rappelle que « des éléments biographiques difficiles » – comme un traumatisme sexuel, un divorce ou un conflit professionnel – plaident en faveur d'un état psychique cristallisé à condition que l'assuré « ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI ».

« Une majoration des symptômes pouvait être présente, inconsciente, comme c'était le cas lors de syndromes somatoformes dont l'origine serait surtout liée à des séparations familiales mal vécues, en particulier en 1996 lors du retour de sa famille au Portugal. L'état dépressif était survenu en 1998 au terme de la période de chômage et avec l'échec de ses recherches. Le Dr K (médecin-conseil de l'AI) notait *qu'il était cependant curieux que l'assuré expliquait ne pouvoir rester qu'une heure assis alors qu'il pouvait se rendre au Portugal en voiture, soit effectuer 2'000 km*. Le syndrome douloureux de l'assuré paraissait intimement lié à ses difficultés d'émigration. Selon lui, le trouble somatoforme n'avait pas valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité » (maçon portugais, ATAS/925/2004).

La « nouvelle génération » de la médecine-conseil – représentée par les services médicaux régionaux de l'AI mis en place en 2005 – déploie une rhétorique plus « taxinomique » pour argumenter médicalement les refus administratifs de prestations. Les psychiatres de ces services font de longs inventaires de toute une série de troubles de la personnalité et du comportement qui signalent les écarts à la norme, mais sans qu'ils aient une « valeur de maladie au sens de la loi ». C'est donc une espèce de double peine qui est infligée et qui consiste à psychiatriser le sujet sans que ce dernier n'en tire un quelconque bénéfice de ce travail de catégorisation (bien au contraire les troubles généralement choisis ont un pouvoir disqualifiant).

« L'assurée souffre d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif non décompensé, sans indice sur la capacité de travail, qui explique la labilité émotionnelle, l'instabilité de l'humeur, les accès de violence, les menaces suicidaires et même les gestes auto-agressifs. L'instabilité de l'humeur fait partie du trouble de la personnalité et ne représente pas un trouble dépressif récurrent. La symptomatologie dépressive réactionnelle ne représente pas une maladie psychiatrique invalidante. L'état dépressif léger n'a pas d'influence sur la capacité de travail. La fibromyalgie n'est pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique. L'absence de formation professionnelle, de défaut de résilience, les difficultés liées à la migration, les difficultés financières, les problèmes de couple, l'âge, le manque de motivations, les facteurs psychosociaux et socioculturels, etc. sont des

20. Voir à ce propos l'étude consacrée par Alexis Spire (2008) aux procédures administratives relatives aux demandes d'asile politique. L'état d'insécurité juridique, qui contraint à une posture de docilité, doit beaucoup aux largesses interprétatives des règlements dont font preuve les agents au guichet.

21. Comme souvent rappelé par le tribunal « (...) là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant » (ATAS/880/2004).

éléments étrangers à l'invalidité » (nettoyeuse et repasseuse d'origine portugaise, ATAS/523/2006).

Formellement détenteurs de droits à la protection sociale, les travailleurs immigrés qui se trouvent en incapacité de travail et qui sollicitent l'Assurance-invalidité, ne sont pas moins soumis à des procédures strictes et complexes favorisant un état d'insécurité juridique²⁰. Les maux de santé dont ils se plaignent font l'objet d'une attention singulière tant l'incertitude est entretenue quant au substrat médical de leurs plaintes. Parce qu'ils parlent de leur parcours d'immigrés, le risque existe toujours que leurs maladies soient interprétées et relativisées à l'aune de facteurs sociaux, économiques et ethniques²¹.

La jurisprudence du trouble somatoforme douloureux peut leur faire accéder à la reconnaissance d'une invalidité, mais à condition exceptionnelle et sans aucune espèce de garantie, qu'une expertise médicale parvienne à : localiser l'origine de la souffrance psychique en dehors des conditions de travail et à partir d'épreuves biographiques relatives par le sujet mais sans ce que dernier soit conscient de leur impact sur sa propre économie psychique ; fournir des preuves objectives et documentées qui écartent la misère socio-économique comme explication des maladies ; certifier des pathologies mentales sévères et des plaintes authentiques qui contredisent toute idée de simulation ; se montrer convaincus de la bonne volonté médicamenteuse et des limites des apports thérapeutiques. C'est dire l'exigence des conditions qui s'impose à ceux pour qui faire un récit de vie détaillé et parler de sa vie intime (onirique, sexuelle) ne relève ni de dispositions socialement spontanées ni de la facilité linguistique. Or, pour nombre d'assurés, parler du malheur qui les accable revient surtout à parler des problèmes d'argent après le licenciement, des mutilations des accidents de travail, de la famille laissée au pays, des disputes quotidiennes avec le conjoint, des insomnies, des douleurs diffuses dans le corps usé. Trop de souffrances ordinaires et largement normalisées lorsqu'on appartient aux fractions sociales dominées ; difficile alors de les traduire systématiquement en « pathologies psychiatriques invalidantes au sens de la loi ».

Comme l'analysent Fassin et Rechtman (2007) au sujet des usages institutionnels du syndrome du stress post-traumatique dans la reconnaissance du statut de réfugié politique, pour reconnaître une victime de traumatisme et les droits de réparation auxquelles elle peut prétendre, encore faut-il que des spécialistes inscrivent ce diagnostic dans leur rapport et l'argumentent avec persuasion. Or, remarquent-ils, si les acteurs (juges, avocats, médecins) sont convaincus que la torture et la violence provoquent des traumatismes, ils se montrent peu enclins dans la pratique à statuer en se servant de cet argument. En dépit du succès de la notion de traumatisme, la défiance à l'égard des preuves est toujours de mise, d'autant plus dans un contexte politique de fermeture à l'égard des demandeurs d'asile. On peut faire un constat

semblable dans les usages assurantiels et politiques du « trouble somatoforme douloureux » : pour reconnaître un invalide dans ces cas sont exigées des preuves et des épreuves qui attestent indéniablement un état avancé d'épuisement des ressources psychiques et une condition sanitaire objectivement insurmontable. Il s'agissait avec ce cadage jurisprudentiel de répondre aux objectifs d'une politique publique qui cherche à lutter contre la « banalisation » de la souffrance médicalisée. Cette politique requiert une connaissance fine des obstacles à l'adhésion des demandeurs aux exigences légales qui s'imposent à eux pour « surmonter leurs douleurs » et pour retrouver leur autonomie économique. Tel est l'un des apports essentiels de l'intervention de l'expertise dont le rôle depuis longue date est de rationaliser les destins assurantiels, de légitimer médicalement et au gré des conjonctures une réduction des droits sociaux.

En conclusion : les enjeux politiques de l'expertise médicale

La demande d'une rente d'invalidité ne saurait pas se limiter à la simple instruction d'un dossier ; elle est l'occasion pour une série de professionnels de mener l'enquête sur les épreuves de l'existence qui affaiblissent les personnes, de fixer les seuils de l'acceptabilité des demandes et de circonscrire de manière stricte la population des ayant droits. Ces enquêtes, ordonnées par l'Etat et mises en œuvre par ses agents, s'inscrivent dans un programme de réformes des politiques sociales où le devoir d'autonomisation des individus est le fer de lance. C'est ce contexte politique de la pratique de l'expertise et de la vigilance accrue à l'égard de l'invalidité psychique qu'il convient de rappeler en guise de conclusion.

Depuis 1960, date de l'entrée en vigueur de la loi sur l'Assurance-invalidité, les atteintes à la santé mentale sont admises au même titre que les atteintes physiques. En soi, l'invalide psychique n'est pas une figure sociale nouvelle, mais jusqu'à une date récente elle était une figure *discrète*. Et des restrictions juridiques ont été prévues dans les décennies précédentes pour les « troubles psychogènes » (névroses d'angoisse, névroses obsessionnelles, névroses hypocondriaques, névroses hystériques, etc.), pour les « psychopathies » (névroses de caractère), les toxicomanies, l'alcoolisme ou encore la dépression (Valterio, 1985). Or, depuis le milieu des années 1990, les troubles psychiques des rentiers de l'Assurance-invalidité cristallisent une série d'inquiétudes politiques d'ordre gestionnaire et moral. Comme l'attestent les soupçons d'abus réitérés par l'Union Démocratique du Centre. Pour la droite populiste, la principale cause du déficit financier de l'AI serait à trouver dans les rentes octroyées aux « faux invalides psychiques » associés à la population de nationalité étrangère et notamment « balkanique ». Cette rhétorique nourrit et se nourrit des dispositifs institutionnels développés récemment de lutte contre la fraude.

Au fil des ans, la proportion de rentiers atteints dans leur santé psychique ne cesse de croître pour s'établir à

l'heure actuelle à près de 40%. Dans les discours des promoteurs de réformes des politiques publiques, le poids statistique des invalides se traduit en charge financière insoutenable pour la collectivité. En conséquence de quoi, le déficit de l'assurance sociale s'est constitué en problème public urgent à résoudre. La solution prend la forme d'une cinquième révision de la loi visant à assainir les finances publiques. Depuis le 1^{er} janvier 2008, les agents administratifs disposent d'un nouveau cadre légal qui les autorise à instruire des dossiers à partir de critères plus stricts. Révisée, la loi vise à réduire de manière substantielle l'octroi de nouvelles rentes et inscrit avec insistance dans le texte le devoir pour les assurés de « se réadapter ».

Le gouvernement privilégie deux politiques destinées à deux catégories d'usagers. La première est *coercitive* sinon *punitive* et se donne pour objectif de dissuader en amont les demandes de prestations, de revoir les droits de rente de ceux qui en ont bénéficié en raison dit-on « d'erreurs de décision » ou de failles dans l'instruction, de contraindre à la reprise du travail par des stages d'observation des capacités productives, d'accoutumance au rythmes quotidiens du travail. Cette catégorie d'assurés a pour dénominateur commun d'être considérée comme apte au travail, mais de ne pas disposer de suffisamment de motivation et de qualifications pour bénéficier des mesures onéreuses de reconversions professionnelles. Ce sont ces mesures de réhabilitation (au sens plein du terme) qui sont au cœur de la seconde politique. Celle-ci investit dans la reconversion des travailleurs malades *passifs* en travailleurs malades *actifs*. Ce sont les usagers identifiés comme présentant un « potentiel » intéressant en raison de leur volontarisme, de leur esprit de coopération, de leur résistance à l'effort, de leur seuil élevé de tolérance aux douleurs. L'attention institutionnelle se focalise ici sur le suivi *personnalisé* et sur l'encouragement à l'initiative.

L'opérationnalisation de ces politiques requiert la constitution de savoirs sur la population des demandeurs pour pouvoir affiner les procédures de sélection à partir de leur capital corporel et psychique, de leur profil psychologique et socio-culturel. Ces procédures ne sont pas nouvelles en soi, mais elles suivaient les critères d'une taxinomie statique et bureaucratique des infirmités. Peu de choses étaient connues, au sein d'une population de « gens normaux », sur le potentiel de gestion autonome de sa propre douleur corporelle et de ses anomalies psychiques. D'où une série d'enquêtes significatives mandatées ces dernières années par l'Office fédéral des assurances sociales. En cours de réalisation, l'une d'entre elles s'intéresse à « l'utilisation des tests de validation des symptômes » permettant au personnel médical de « repérer le manque de coopération des patients » souffrant de fatigue chronique, de fibromyalgie ou encore du « coup du lapin ». Dans le même esprit, une enquête achevée a été consacrée aux cas d'assurance qualifiés de « prestations indûment perçues », c'est-à-dire des octrois qui ne correspondent pas à la politique plus restrictive de l'assurance (Ott,

Bade et Wapf, 2007). Ces cas, que les auteurs du rapport distinguent des « mises à contribution illégitime de l'AI » (fraudes commises par les assurés), se caractérisent par des taux d'invalidité trop élevés au regard des atteintes à la santé diagnostiquées par les médecins. En d'autres termes, certains assurés bénéficieraient de rentes d'invalidité alors même qu'ils souffrent de maladies « difficilement objectivables et sans étiologie claire ». Dans ce rapport, quelles catégories d'assurés constituent des groupes qui présentent le risque de percevoir de manière induite des prestations de l'assurance ? En font partie ceux qui ont peu de perspectives sur le marché du travail, et en particulier les personnes sans qualifications professionnelles, de formation élémentaire, souvent immigrées, ne maîtrisant guère l'une des langues officielles du pays. Parce que leur problématique relève davantage de déficiences socio-économiques que de maladies pouvant être considérées comme invalidantes selon la loi, ces groupes menaceraient la survie financière de l'assurance. En conséquence de quoi, ils doivent dorénavant faire l'objet d'une vigilance administrative.

C'est à la lumière de ces orientations que l'expertise médicale et psychiatrique est appelée à jouer un rôle dans l'identification rigoureuse des ayant droit légitimes. Car du point de vue politique il ne s'agit pas d'exclure d'emblée les candidats aux prestations de l'assurance en raison de leur précarité sociale et économique. Il s'agit davantage de sélectionner, à l'aide des appréciations psychiatriques, des travailleurs certes malades, mais pouvant être identifiés comme *récupérables* par le marché du travail. Par l'expertise, l'Etat se donne les moyens de connaître finement à partir de quel seuil il n'est ni raisonnable ni tolérable d'exiger de leur part des efforts. Cette connaissance est devenue indispensable dans le cadre d'une politique promue par des instances transnationales comme l'OCDE et qui consiste à retenir les maladies psychiques sur le circuit économique²². Pour mieux connaître ce potentiel productif il convient d'investiguer les propriétés de ces populations et, en particulier, celles qui présentent des troubles psychiques. Sous la caution et l'impulsion de l'Etat, les mandats d'expertise médicale visent à connaître et à juger du potentiel d'autonomisation des requérants de droits sociaux. Si les médecins traitants des assurés attestent une incapacité de travail, à l'administration cantonale chargée d'octroyer des prestations il revient de se déterminer s'il s'agit d'une condition d'invalidité telle qu'elle est définie par la loi. Aux

22. Le rapport de l'OCDE – « *Maladie, invalidité et travail: surmonter les obstacles. Norvège, Pologne et Suisse* » – préconise en matière de politiques de l'invalidité, « l'adoption d'une nouvelle approche axée sur l'activation, des interventions précoces ciblées, le renforcement des incitations au travail et une logique d'obligations mutuelles. Un grand nombre de personnes qui ont des problèmes de santé peuvent et veulent travailler. C'est donc une erreur

fondamentale que de partir du principe que ces personnes sont inaptes à l'emploi » (2006 : 3).

médecins de l'assurance et aux experts, est confiée cette mission qui n'est pas celle de soigner, mais d'investiguer un capital productif résiduel. Les enjeux sont ceux de l'octroi de prestations et ils font entrer la société dans le cabinet médical. Cette entrée, constate Nicolas Dodier (1993 : 330), « [...] peut entraîner un durcissement de la médecine vers une expertise clinique attentive à débusquer les doléances illégitimes, quitte à passer par une exploration fouillée des histoires dans lesquelles sont plongés les individus querulents. On peut parler à ce propos d'une véritable clinique des droits sociaux ».

Cristina Ferreira
Cristina.Ferreira@hesge.ch

Bibliographie

Allaz A.-F. (2003), *Le messenger boiteux : approche pratique des douleurs chroniques*, Genève, Editions Médecine & Hygiène.

Allaz A.-F. et Celik-Massas Y. (1997), « « Sinistrose » ou « syndrome somatoforme douloureux persistant ? » », *Cahiers psychiatriques*, n°23, 73-78.

Association Américaine de Psychiatrie (1983), *DSM-III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3^e édition, Paris, Masson.

Association Américaine de Psychiatrie (1989), *DSM-III – R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3^e édition révisée Paris, Masson.

Graz B., Vader J.-P., Raynault M.-F. (2002), « Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction », *Santé Publique*, vol. 14, 75-81.

Bourdieu P. (1982), *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard.

Bulliard, C. (1999), « Les migrants âgés, retraités ou invalides : quelques facteurs de précarisation chez les immigrés de longue durée ». In: Bolzman, C., Tabin, J.-P. (dir), *Populations immigrées : quelle réinsertion ? Quel travail social ?*, Genève, Editions IES, 69-74.

Célis-Gennart M. et Vannotti M. (1999), « 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, 65-78.

Conne-Perréard E., Glardon M.-J., Parrat J., Usel M., (2001), *Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques*. Conférence romande et tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs, Genève.

Contrôle Parlementaire de l'Administration (2005), « Facteurs conduisant à l'augmentation du nombre de rentes versées par l'assurance-invalidité. Rapport à l'attention de la Commission de gestion du Conseil des Etats », Berne.

Déplade M.-O. (2003) « Codifier les maladies professionnelles. Les usages conflictuels de l'expertise médicale », *Revue française de Science politique*, volume 53, N°5, 707-735.

Dodier N. (1993), *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.

Fassin D. et Rechtman R. (2007), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion.

Fassin D. (2004), « Le corps exposé. Essai d'économie morale de l'illégitimité » in Fassin D. et Memmi Dominique (sous la dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales, 237-266.

Ferreira C., (2007) « Retour sur la sinistrose, dite névrose de revendication », *Carnets de bord en sciences humaines*, n°13, 78-87.

Ferreira, C., Lanza D. et Dupanloup A. (2008), « La contribution des statistiques publiques à l'invisibilité sociale : le cas de l'invalidité psychique en Suisse », *Revue suisse de sociologie*, n° 34 (01), 9-29.

Fibbi R., Bolzman C. et Vial M. (1999), « La précarité : un aller-retour pour les migrants âgés ? ». In : Bolzman, C., Tabin, J.-P. (dir), *Populations immigrées : quelle réinsertion ? Quel travail social ?*, Genève, Editions IES, 57-76.

Goffman E. (1991), *Les cadres de l'expérience*, Paris, Les Editions de Minuit (édition originale : 1974).

Hacking I. (2002), *Les fous voyageurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.

Hatzfeld N. (2006) « L'émergence des troubles musculo-squelettiques (1982-1996). Sensibilités de terrain, définitions d'experts et débats scientifiques », *Histoire & Mesure*, Volume XXI, n°1, 111-140.

Kurth H. (2005), « Les tâches des médecins des SMR », *Sécurité sociale CHSS*, n°5, OFAS, pp. 298-299.

Lengwiller, M. (2006), *Risikopolitik im Sozialstaat. Die schweizerische Unfallversicherung 1870-1970*, Köln, Böhlau.

Meine J. (2002), « L'expert et l'expertise – critères de validité de l'expertise médicale » in Rosatti Peter (sous la dir.), *L'expertise médicale. De la décision à propos de quelques diagnostics difficiles, vol I*, Genève, Editions Médecine et Hygiène, 1-36.

Memmi D. (2003), *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte.

Mosimann H.-J., (1999), « Somatoforme Störungen: Gerichte und (psychiatrische) Gutachten », *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und Berufliche Vorsorge (SZS)*, Bern, Stämpfli, n°43, 1-21 (1. Teil) et 105-128 (2. Teil).

OCDE (Organisation de Coopération et de Développement économiques), 2006, « *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles. Norvège, Pologne et Suisse* », Paris, OCDE.

Oliveri M., Kopp H. G., Stuz K., Klipstein A. et Zollikofer J. (2006), « Principes fondamentaux de l'appréciation médicale de l'exigibilité et de la capacité de travail. 2^e partie », *Forum Med Suisse*, 448-454.

Ott W., Bade S., Wapf B. (2007), *Nicht zielkonforme Leistungen in der Invalidenversicherung: Bedeutung und Grössenordnung*, Rapport de recherche n° 4/07, Aspects de la sécurité sociale, Département Fédéral de l'Intérieur, Berne.

Paychère F. (2002), « Le juge et l'expert – Plaidoyer pour une meilleure compréhension » in Rosatti Peter (sous la dir.), *L'expertise médicale. De la décision à propos de quelques diagnostics difficiles vol I*, Genève, Editions Médecine et Hygiène, 133-150.

Pirrotta J. (2005), « L'assurance-invalidité. Définitions, organisation, prestations et procédure » in Rosatti Peter (sous la dir.), *L'expertise médicale. De la décision à propos de quelques diagnostics difficiles vol II*, Genève, Editions Médecine et Hygiène, 1-46.

Rosatti P. (2002), « De la sinistrose aux troubles somatoformes douloureux. Le processus d'invalidation » in Rosatti Peter (sous la dir.), *L'expertise médicale. De la décision à propos de quelques diagnostics difficiles vol I*, Genève, Editions Médecine et Hygiène, 81-100.

Sayad A. (1999), *La double absence : des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Seuil.

Schroeter U. (2005), « Problèmes d'objectivité en expertises psychiatriques et utilisation du système AMDP », in Rosatti Peter (sous la dir.), *L'expertise médicale. De la décision à propos de quelques diagnostics difficiles vol II*, Genève, Editions Médecine et Hygiène, 71-85.

Spire, A. (2008), « L'asile au guichet. La dépolitisation du droit des étrangers par le travail bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 169, 4-21.

Valterio M. (1985), *Droit et pratique de l'Assurance-invalidité. Les prestations. Commentaire systématique et jurisprudentiel*, Lausanne, Réalités sociales.