

# 6<sup>ème</sup> révision LAI: des conséquences délétères pour les patients psychiatriques?

Patrice Guex<sup>a</sup>,  
Panteleimon Giannakopoulos<sup>b</sup>,  
Pierre Bovet<sup>c</sup>,  
François Ansermet<sup>d\*</sup>

- a Prof., Chef du Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne  
b Prof., Chef du Département de psychiatrie, HUG, Genève  
c Prof., Lausanne  
d Prof., Genève

Les professeurs de psychiatrie des Universités de Lausanne et de Genève, dans le cadre de la procédure de consultation sur le projet de 6<sup>ème</sup> révision de la Loi sur l'Assurance-Invalidité, ont exprimé leurs préoccupations à propos des conséquences potentiellement délétères sur les personnes souffrant de troubles psychiatriques du premier train de mesures sur les personnes souffrant de troubles psychiatriques, qui devrait entrer en vigueur en 2012. Le paragraphe a) de ce premier train de mesures prévoit la révision des rentes axée sur la réadaptation, qui vise à réaliser en moyenne 230 millions de francs d'économie annuelle à partir de 2018 [1].

Nos préoccupations portent notamment sur les points suivants:

- la controverse entourant les rentes accordées pour des raisons psychiatriques,
- la question des troubles somatoformes douloureux,
- les procédures d'évaluation prévues pour les révisions de rente,
- le rôle des psychiatres traitants dans les évaluations, les décisions, et le processus de réadaptation,
- les risques encourus par les assurés devant se réadapter,
- l'efficacité des outils de réadaptation.

## Les rentes accordées pour des raisons psychiatriques

On sait que les rentes accordées pour raison d'invalidité psychique sont particulièrement visées par la 6<sup>ème</sup> révision, puisque elles sont à l'origine de la plus importante augmentation d'octroi de rente ces dernières années: la proportion des rentes accordées pour raisons psychiatriques par rapport au nombre total de rentes était de 31% en janvier 2000 et de 40% en janvier 2009 [2]. Cette proportion de 40% est pourtant cohérente avec les estimations de l'OMS qui juge qu'en Europe et en Amérique, 43% des années perdues pour cause d'invalidité (YLDs = Years Lost for Disability) le sont en raison de troubles mentaux [3]. L'augmentation de la proportion de rentes accordées pour troubles psychiques à laquelle on a assisté ces dernières années pourrait bien n'être ainsi qu'une mise à niveau, un rattrapage bienvenu pour des causes majeures d'invalidité jusqu'ici sous-estimées.

La légitimité des rentes accordées pour des raisons psychiques est souvent remise en question, notamment au motif que les troubles psychiatriques sont difficilement objectivables. L'OMS [4] recense pour-

tant, parmi les 20 troubles les plus invalidants dans le monde, 7 affections psychiatriques, le Trouble dépressif unipolaire occupant le premier rang. L'AI subdivise les infirmités psychiatriques en neuf catégories (codes 641-649); ce sont surtout les rentes attribuées en raison du code 646 qui se sont multipliées (par un facteur 9 entre 1986 et 2006), alors que les rentes pour les autres troubles psychiatriques sont restées relativement stables. En Suisse, l'étude de Baer et al. [5] relativise le caractère non objectif des troubles de la catégorie la plus controversée (code 646) [6] en soulignant que la majorité des rentiers relevant de ce code souffrent «de difficultés biographiques et psychosociales le plus souvent marquantes et de maladies diverses».

Dans leurs conclusions, ces auteurs relèvent la qualité insatisfaisante de la répartition des troubles dans les 9 catégories diagnostiques reconnues par l'AI: 25% des dossiers examinés par leur étude sur le code 646 «auraient pu ou dû se retrouver dans une autre catégorie diagnostique». Ils suggèrent donc «qu'il faudrait compléter la liste des codes d'infirmités par une classification bien standardisée et permettant des comparaisons internationales». On remarquera que les diagnostics entrant dans la définition de la catégorie 646 ne correspondent pas aux classifications nosographiques actuelles (DSM-IV et CIM-10). Ce manque de précision catégorielle alimente l'impression que les rentes psychiques sont accordées pour de mauvaises raisons. Nous partageons le souhait de Baer et al. qu'un gros effort soit consenti pour clarifier cette situation. Cette question est d'autant plus importante que la procédure de sélection des révisions de rentes n'est à notre connaissance pas encore définie. Va-t-on continuer à traiter les dossiers par ordre chronologique ou commencer par certaines catégories diagnostiques «douteuses» avec le propos de traquer les prétendus fraudeurs?

De nombreux rentiers AI pour raisons psychiatriques vivent difficilement la stigmatisation et la méfiance sociale dont ils font l'objet, qui s'ajoute à la perte d'une identité sociale valorisée et intégrée et aux souffrances induites par leurs difficultés psychiques. Le message de la 6<sup>ème</sup> révision sous-entend pour beaucoup d'entre eux qu'ils ont jusqu'à maintenant profité indûment des largesses de l'état social et qu'ils vont devoir se remettre à travailler à tout prix. Cette situation engendre d'ores et déjà beaucoup d'inquiétudes, lesquelles pourraient être réduites par une communication plus claire et plus ciblée. Certains milieux politiques alimentent d'ailleurs une stigmatisation non

\* Au nom de  
Prof. A. Andreoli, Genève;  
Prof. J. Besson, Lausanne;  
Prof. C. Bouras, Genève;  
Prof. J.-N. Despland, Lausanne;  
Prof. S. Eliez, Genève;  
Prof. F. Ferrero, Genève;  
Prof. J. Gasser, Lausanne;  
Prof. F. Grasset, Lausanne;  
Prof. B. Gravier, Lausanne;  
Prof. O. Halfon, Lausanne;  
Prof. P. Magistretti, Lausanne;  
Prof. A. Malafosse, Genève;  
Prof. M. Preisig, Lausanne;  
Prof. F. Stiefel, Lausanne;  
Prof. M. Vannotti, Lausanne

Correspondance:  
Prof. P. Bovet  
DP-CHUV,  
9, av. d'Echallens  
CH-1004 Lausanne  
pierre.bovet@chuv.ch

seulement des patients psychiatriques, mais également des professionnels de la santé mentale; dans une opinion publiée dans un quotidien romand [7] un ancien Conseiller national et membre de sa Commission sociale demande ainsi «Comment explique-t-on que, statistiquement, c'est dans les régions où pratiquent le plus de psychologues que le nombre de rentiers AI pour raisons psychiques est le plus élevé?» [8].

### Les troubles somatoformes douloureux

La 5<sup>ème</sup> révision a déjà interrompu l'attribution de nouvelles rentes pour les personnes souffrant de troubles somatoformes douloureux, de fibromyalgie ou de pathologies similaires. La 6<sup>ème</sup> révision doit créer la base légale nécessaire pour réduire ou supprimer environ 4500 rentes octroyées pour ces motifs. La feuille d'information mentionne que «les assurés concernés seront suivis individuellement et (qu') une réglementation est prévue pour les cas de rigueur» mais aucune précision n'est apportée sur la nature de ce suivi ou la définition des cas de rigueur. Le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux est débattu au sein de la communauté scientifique médicale; il existe passablement d'indices qu'une prise en charge thérapeutique et de réadaptation précoce des patients atteints de tels troubles permettrait d'éviter l'invalidité; en revanche, il apparaît aussi clairement qu'après quelques mois d'incapacité de travail, il est extrêmement difficile de procéder à une réintégration professionnelle des patients souffrant de troubles somatoformes douloureux, qui se sont «figés» dans ce statut. La suppression de rentes accordées dans de tels cas ne pourra que très rarement aboutir à une reprise d'activité professionnelle, mais entraînera une aggravation de la souffrance de ces patients, et de leurs proches. Pour réduire l'impact de ces troubles, il conviendrait d'en améliorer la détection et le traitement précoces afin d'interrompre le processus d'invalidation; la collaboration avec les médecins traitants sera déterminante. Supprimer les rentes à des personnes qui souffrent depuis de longues années – après avoir été reconnues par la médecine et la société comme invalides – ne va probablement avoir comme effet que d'augmenter la charge des services sociaux cantonaux, et les coûts médicaux liés au désarroi provoqué par cette décision.

### Les procédures d'évaluation prévues pour les révisions de rente

Les révisions effectuées jusqu'à maintenant ne correspondent selon l'OFAS qu'à une «procédure d'ordre plutôt administratif» ne permettant de réduire ou de supprimer des rentes en raison d'une «meilleure aptitude à la réadaptation» que dans moins de 1% des cas. L'ambition de la 6<sup>ème</sup> révision est de diminuer le nombre de rentes de 12 500 (5%) en l'espace de six ans, dont probablement une proportion non négligeable bien que non déterminée de rentes accordées pour des raisons psychiatriques. Compte tenu des pressions politiques et des enjeux financiers autour de l'assainissement de l'AI, nous craignons que, la fin justifiant les

moyens, cet objectif ne soit atteint au détriment de la qualité des procédures d'évaluation. Or les troubles psychiatriques sont particulièrement complexes et devraient faire l'objet d'une évaluation très complète pour déceler chez un assuré l'amélioration de son aptitude à la réadaptation et pour déterminer son «potentiel de réinsertion». Nous nous demandons en quoi exactement va consister l'«assessment pour évaluer la situation personnelle, médicale, sociale, professionnelle et financière de la personne assurée», qui procédera à cette évaluation, avec quelle indépendance par rapport aux OAI, et quel rôle sera dévolu aux médecins traitants.

### Le rôle des psychiatres traitants dans les évaluations, les décisions, et le processus de réadaptation

L'expérience montre que l'avis des médecins traitants, et notamment des psychiatres, n'est souvent pas suffisamment pris en compte lors de l'instruction du dossier ou de la décision de l'AI, et nous craignons que les choses n'empirent avec la 6<sup>ème</sup> révision. Les conclusions de la recherche de Baer et al. insistent pourtant sur «le rôle central des médecins dans l'instruction AI» et sur l'importance de leur implication dans la réadaptation. Nous souhaitons que la collaboration avec les psychiatres soit désormais placée au centre de la procédure d'évaluation, et que leur avis soit respecté lors de la décision. Or dans la réalité nous constatons que certaines décisions de l'AI ordonnent par exemple un changement de thérapie, privilégiant certaines approches (comme les TCC ou certains traitements médicamenteux) qui passent pour plus efficaces, ceci en négligeant totalement les données essentielles et démontrées scientifiquement que sont la relation de confiance et l'alliance thérapeutique instaurées avec le psychiatre traitant [9]. Ce type de pratique jette le discrédit sur la qualité des soins prodigués par les psychiatres traitants, dont il sous-entend l'inefficacité thérapeutique. Une collaboration plus intensive permettrait d'améliorer l'évaluation des situations, l'adéquation des décisions et la collaboration durant le processus de réadaptation, en dépassant le clivage et la méfiance qui existent trop souvent entre médecins (privés ou institutionnels) et AI. Une telle collaboration permettrait probablement de diminuer le nombre de recours contre des décisions de l'AI – et par conséquent des frais de recours et d'expertise.

### Les risques encourus par les assurés devant se réadapter

Si l'assuré collabore au plan de réadaptation, nous nous préoccupons cependant du risque de décompensation induit par la pression de cette réinsertion obligatoire. Ces risques sont d'autant plus importants s'il existe un clivage entre le réseau de soins et les conseillers et médecins de l'AI.

D'autre part, étant donné le contexte actuel de l'emploi, il est illusoire de tableer sur un accès facile à la première économie. A notre connaissance, il n'est

pas prévu d'instaurer des incitations aux employeurs pour favoriser l'embauche de personnes en réadaptation. Or une précédente étude de N. Baer [10] menée en 2007 auprès des employeurs de Bâle-Campagne a révélé que «faire appel à la coopération de PME pour le recrutement de malades psychiques ne semble pas être une option envisageable à moins de proposer les stimuli adéquats» [11]: dans ce cas, 30% des sociétés se prononcent «assez certainement» à «très certainement» en faveur du recrutement de personnes souffrant de maladies psychiques». Ce problème est déjà dénoncé dans le cadre de la 5<sup>ème</sup> révision, qui concerne essentiellement des personnes n'ayant jamais cessé de travailler ou n'ayant interrompu leur activité professionnelle que depuis un temps limité. Il ne fera que s'amplifier avec la 6<sup>ème</sup> révision, qui touchera des personnes n'ayant plus travaillé depuis de longues périodes et au CV éloquentement vide. Le risque est donc important que les personnes en réadaptation se trouvent confrontées à des refus et à des échecs de réinsertion, susceptibles de les fragiliser encore davantage.

### L'efficacité des outils de réadaptation

La 6<sup>ème</sup> révision prévoit d'utiliser pour la réadaptation les outils introduits par la 5<sup>ème</sup> révision, dont la preuve de l'efficacité et de l'économicité n'a pas encore été faite. Pour mesurer l'efficacité de ces outils les statistiques de réinsertion de l'AI ne sont pas satisfaisantes, dans la mesure où elles considèrent comme réinsérées les personnes ayant suivi avec succès des mesures d'ordre professionnel, que ces personnes aient ou non obtenu ensuite une place de travail.

Les mesures de réadaptation socioprofessionnelle proposées par la 5<sup>ème</sup> révision sont inspirées de deux modèles de réhabilitation professionnelle: d'une part le modèle traditionnel «train then place» [12], avec les mesures d'entraînement à l'endurance et d'entraînement progressif, qui sont le plus souvent exercées dans des cadres protégés. Le problème de cette approche qui répond aux besoins des personnes ayant cessé depuis longtemps leur activité professionnelle, est qu'elle peut par sa durée engendrer une perte de motivation et ne débouche que rarement sur de réelles chances d'intégrer ou de réintégrer un emploi du premier marché. D'autre part le modèle «place then train» [13], directement inspiré du «supported employment», qui obtient de bons résultats en Amérique du Nord, et qui est représenté par les mesures REST [14]. Celles-ci prévoient un coaching sur le lieu de travail assuré par des conseillers AI. De nombreuses études ont montré que le soutien à la réinsertion professionnelle est mieux adapté aux besoins spécifiques des patients psychiatriques (et donc plus efficace) lorsqu'il est intégré au milieu de soins [15, 16, 17]. Les conseillers AI ne disposent généralement pas d'une formation clinique, ont une charge de dossier conséquente et connaissent les assurés qu'ils sont chargés de coacher essentiellement sur dossier.

### Références

- 1 Les données sur la 6<sup>ème</sup> révision sont tirées de la feuille d'information sur la 6<sup>ème</sup> révision de l'AI éditée par l'OFAS et datée du 17 juin 2009.
- 2 Selon les statistiques publiées sur le site internet de l'OFAS.
- 3 The world health report 2001 – Mental health: New Understanding, New Hope. OMS. Genève: 2001.
- 4 The Global Burden of Diseases: 2004. Update. OMS, Genève: 2008.
- 5 Baer N et al. Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. OFAS. Bern: 2009.
- 6 Le code 646 comprend par exemple les troubles réactifs du milieu ou psychogènes, les névroses et les états limites (borderline), les anomalies psychiques simples (par exemple tendance dépressive, hypochondriaque ou délirante), les troubles fonctionnels du système nerveux et les troubles du langage qui en découlent, les troubles psychosomatiques qui n'ont pas été codifiés comme troubles physiques.
- 7 Fattebert J. Gonfler un pneu percé? Inutile! 24 Heures du 16 septembre 2009.
- 8 L'auteur non seulement semble confondre le rôle des psychologues et celui des psychiatres, mais fait passer pour une corrélation statistique éclairante ce qui n'est qu'une tautologie: plus une région est peuplée, plus on y trouvera d'invalides et de psychologues, mais aussi plus de boulangers, de mères de famille, de marchands de meubles ... et de politiciens; si l'on veut faire une corrélation qui a du sens, il faut la faire sur la proportion de rentiers, et non pas sur leur nombre.
- 9 Horvath O et al. The alliance. In: Psychotherapy Relationship that Work. New York: Oxford University Press; 2002. 37–70.  
Martin D et al. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2000;68:438–450.
- 10 [www.skos.ch/store/pdf\\_f/zeso/2007/Nummer1/Psychische\\_Behinderung](http://www.skos.ch/store/pdf_f/zeso/2007/Nummer1/Psychische_Behinderung)
- 11 Selon cette étude: minimisation des risques (période d'essai; semaines de test, prise en charge des cotisations de sécurité sociale, remplacement pour cause de maladie, sécurités financières) et un soutien professionnel approprié (conseil et information sur le handicap, coaching à long terme, Help Line).
- 12 «Train then place»: approche qui consiste à rétablir progressivement les compétences nécessaires au travail (endurance puis productivité) avant la réinsertion dans le milieu du travail.
- 13 «Place then train»: approche qui privilégie le placement rapide puis le soutien en emploi à l'acquisition des compétences manquantes.
- 14 REST, pour Réinsertion proche de l'économie et soutien sur le lieu de travail.
- 15 Crowther R et al. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;2:73.
- 16 Drake RE et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*. 1999;56:627–633.
- 17 Killackey E et al. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *British Journal of Psychiatry*. 2008; 93:114–120.