



Fibromyalgie, comment évaluer la capacité de travail ?

La fibromyalgie est un syndrome douloureux chronique dont il reste difficile d'évaluer le retentissement fonctionnel. Comme dans d'autres affections sans ou à faible substrat organique démontré, l'évaluation de la capacité de travail nécessite une approche rigoureuse, qui adopte un modèle intégratif global de type bio-psycho-social. La classification diagnostique pose des problèmes dans la mesure où les a priori médicaux dans l'appréciation d'une entité syndromique peuvent conduire à retenir des diagnostics différents. L'objet de cet article est de mettre en évidence quelques difficultés liées à la coexistence des logiques médicales et juridiques qui peuvent parfois être divergentes. La généralisation, du côté juridique et administratif, de règles de type binaire, ne doit en aucune manière conduire le médecin à faire l'économie d'une prise en compte de la complexité.

INTRODUCTION

La fibromyalgie est un syndrome douloureux chronique dont l'étiologie reste largement indéterminée en dépit d'une abondante recherche sur le sujet (4250 publications répertoriées par *Medline* au cours des deux dernières années). Bien qu'il ne soit pas exclu que le futur nous pousse à modifier notre appréciation, il convient actuellement de considérer cette entité comme un syndrome douloureux sans base organique démontrée, analogue en cela aux autres affections du spectre psychosomatique, dont le syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans ce type de situation, l'évaluation de la capacité de travail est une tâche particulièrement délicate. Le médecin, à qui le législateur a jusqu'alors confié cette tâche, doit situer sa position au confluent, parfois turbulent, des différents principes éthiques qui régissent son activité. Outre les principes de bienfaisance (ou non-malfaisance) et d'autonomie, qui régissent la relation duelle médecin-malade, le médecin doit obligatoirement intégrer le principe d'équité sociale, au moins lors de la signature d'un acte officiel aussi courant qu'un arrêt de travail.

CHOC DES LOGIQUES

Si la relation habituelle établie entre le médecin et son patient est réglée par les usages de la déontologie, du « bon sens » et de la science médicale, celles qui sont établies avec le tiers social sont réglées par les usages législatifs et juridiques avec lesquels nous sommes beaucoup moins familiers. Une part importante des difficultés et des incompréhensions rencontrées dans l'exercice délicat de l'évaluation de la capacité de travail dans les syndromes de type fibromyalgie est liée à cette confrontation de deux pensées, formées en réponse à des besoins différents. Le médecin est familier avec une pensée inductive, centrée sur un sujet particulier pour tenter d'établir des règles générales, habitué à apprécier les situations de manière « analogique », en nuances de gris plutôt qu'en noir ou blanc. A l'opposé, le juriste adopte un mode de pensée plutôt de type déductif, partant de règles établies de manière générale. Corollairement, il aura besoin

Rev Med Suisse 2007; 3: 1585-7

J. Perdrix

Dr Jean Perdrix
Centre d'expertises médicales
PMU, 1011 Lausanne
jean.perdrix@hospvd.ch

Fibromyalgia : how to appreciate work capacity ?

Fibromyalgia is a chronic pain syndrome of which there remains difficult to evaluate the functional repercussion. As in other affections without, or with weak shown organic substrate, the evaluation of the work capacity requires a rigorous approach, which adopts an integrative bio-psycho-social model. Diagnostic classification poses problems insofar as the same syndromic association can result in different diagnoses. The object of this article is to highlight some difficulties related to the coexistence of medical and legal logics which can sometimes be divergent. Generalization, on the legal and administrative side, of simple dichotomic rules, must in no manner lead the physician to make the saving of taking into account the complexity.



pour les appliquer à un individu de réponses claires et tranchées. La coexistence de ces deux modes de pensée n'est pas nouvelle et ne représente pas en soi un problème majeur, tant que chacun des partenaires reste conscient de cette pluralité de discours et, surtout, ne tente pas d'influencer l'autre pour qu'il adopte son point de vue, ceci malgré le fait que ceux-ci peuvent parfois être divergents.

«UN DIAGNOSTIC PRÉCIS SELON UNE CLASSIFICATION RECONNUE»

Pour le Tribunal fédéral des assurances sociales (TFA), la fibromyalgie est assimilée aux syndromes douloureux somatoformes¹ et des problèmes peuvent surgir à différents niveaux en relation avec les éléments mentionnés ci-dessus. Dans sa jurisprudence, le TFA considère qu'un rapport médical est de qualité lorsqu'il prend en compte les éléments anamnestiques de manière complète, que son argumentation est convaincante, qu'il répond adéquatement aux questions posées et, surtout, qu'il apporte un «diagnostic précis établi selon une classification reconnue».² Cette dernière notion est bien évidemment capitale d'un point de vue médical également, dans la mesure où la rigueur de notre travail nécessite le recours à une terminologie standardisée. Ce qui est contestable en l'occurrence est le poids accordé à cette notion de diagnostic dans le cas de syndromes de type psychosomatique, sans substrat organique mis en évidence. Dans ces situations, l'importance relative attribuée aux différentes composantes de l'association syndromique peut conduire, en toute rigueur scientifique, à retenir des diagnostics différents (figure 1). En l'occurrence, les patients fibromyalgiques présentent habituellement, à des degrés divers, une association de douleurs diffuses, de fatigue, d'anhédonie, associées à un dysfonctionnement socio-professionnel variable. Le poids relatif concédé à ces différentes facettes, en fonction de sa propre sensibilité ou de sa spécialisation, peut conduire à retenir un diagnostic de «fibromyalgie», de «syndrome douloureux somatoforme persistant» ou de «syndrome de fatigue chronique». A noter que 70% des patients dits fibromyalgiques remplissent les critères du syndrome de fatigue chronique, et réciproquement.^{3,4} La reconnaissance d'une thymie dépressive, souvent occultée si on ne la recherche

pas activement, pourra conduire à considérer le diagnostic de «trouble dépressif», éventuellement avec somatisations pour reconnaître l'importance des douleurs. Le diagnostic de «neurasthénie» pourrait souvent être légitimement retenu. La même situation clinique peut donc a priori faire l'objet de lectures différentes, chacune parfaitement fondée en termes d'adhérence à une classification reconnue, en l'occurrence la dixième Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10), conduisant à des diagnostics distincts. Le dogme du «diagnostic précis selon une classification médicale reconnue» montre donc ici certaines faiblesses dans la mesure où l'attitude juridique risque de se fonder sur les termes choisis.

MODÈLE UTILISÉ

L'assurance sociale en Suisse est basée sur un modèle biomédical, caricaturé dans la procédure conduisant à évaluer l'atteinte à l'intégrité dans la loi sur l'assurance accident (LAA). Chacun connaît le principe des tables permettant de lier de manière univoque la perte de telle ou telle partie d'un membre à une somme d'indemnisation égale pour tout assuré.⁵ Il est clair que ce modèle est inopérant lorsqu'on a affaire à des affections pour lesquelles le substrat organique est faible. Dans ce type de situations, il convient d'adopter un modèle intégratif, tel par exemple celui défini par l'OMS dans la Classification du fonctionnement (figure 2).⁶ Dans ce modèle, une affection médicale, définie par un diagnostic, aura des répercussions non seulement en termes de lésion organique (modèle biomédical), mais également en termes de limitations éventuelles des activités de la personne et de son insertion sociale. L'évaluation de ces différentes composantes se base sur une démarche médicale somatique et psychiatrique qui consiste, à l'issue d'une anamnèse complète et d'un examen clinique adéquat, y compris psychiatrique, à poser des diagnostics rigoureux. C'est seulement sur cette base, et en fonction de l'appréciation des ressources du patient, que l'on peut estimer quelles vont être les limitations fonctionnelles dans les différentes sphères de fonctionnement, et, partant, quelle sera l'estimation de la capacité de travail. Il convient de relever que ce modèle intègre de surcroît en toile de fond une liste de facteurs environne-

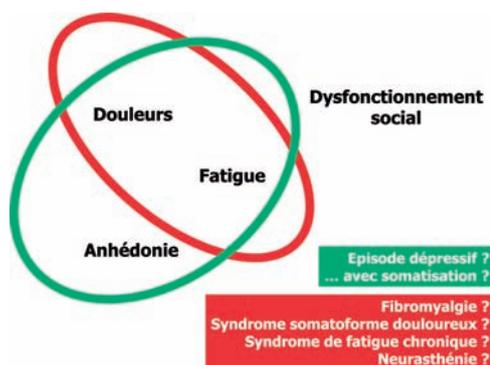


Figure 1. Différentes lectures diagnostiques possibles d'une association syndromique

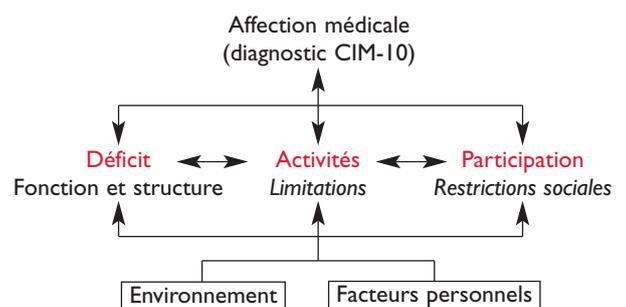


Figure 2. Modèle intégratif de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé OMS, 2001.



mentaux et personnels qui sont explicitement définis comme des facteurs «étrangers à l'invalidité» dans la jurisprudence. Là encore, les concepts divergent selon que l'on se place du point de vue médical ou juridique.

QUI FAIT QUOI ?

Le TFA a défini un certain nombre de règles de jurisprudence concernant le trouble somatoforme, incluant donc la fibromyalgie et ces règles ont été rendues plus restrictives depuis avril 2004.⁷ Elles introduisent notamment la notion qu'un trouble somatoforme n'entraîne aucune incapacité de travail de longue durée s'il n'est pas associé à certains critères, dont la présence d'une comorbidité psychiatrique sévère et durable. On retrouve ici en toile de fond le modèle biomédical liant de manière binaire un diagnostic à la reconnaissance d'une incapacité de travail. Dans la situation d'un(e) patient(e) fibromyalgique, même sans comorbidité psychiatrique sévère avérée, la démarche médicale bio-psycho-sociale discutée plus haut peut tout aussi légitimement conduire à considérer une incapacité de travail, totale ou partielle, qu'une pleine capacité de travail, en fonction des ressources personnelles du patient et des répercussions du syndrome douloureux sur son vécu quotidien. Il est vraisemblable que la lecture nuancée de la situation médicale sera, dans cette situation, passée au crible jurisprudentiel avec une décision de non-entrée en matière faisant fi de toute argumentation médicale, même sensible, rigoureuse et documentée. Dans la même ligne, la jurisprudence du TFA a introduit la notion qu'un diagnostic d'épisode dépressif (qu'il soit par ailleurs récurrent ou unique) ne saurait être retenu parallèlement à un trouble somatoforme douloureux.⁸ Il s'agit là d'une interprétation partielle, sinon partielle de la CIM-10, mais qui représente néanmoins la vérité juridique actuelle et «la doctrine médicale sur laquelle se fonde le TFA». Là encore, notre rôle est de décrire la situation clinique de la manière la plus rigoureuse possible, en argumentant au besoin spécifiquement les raisons médicales qui nous ont conduit à retenir la coexistence des deux diagnostics lorsque ceux-ci étaient justifiés.

CONCLUSION

Dans ce terrain difficile qu'est l'évaluation de la capacité de travail des patients fibromyalgiques, la tentation peut

être forte de se raccrocher à des concepts simples et limpides (du type «la fibromyalgie sans comorbidité psychiatrique n'entraîne pas d'incapacité de travail»), mais purement juridiques et médicalement réducteurs, voire erronés. Même si le législateur a confié au médecin la certification de l'incapacité de travail, souvenons-nous que les facteurs modulant la mise en valeur de la capacité de travail ne sont pas tous de nature médicale et que notre estimation peut être entachée d'une marge d'erreur. Nous devons absolument rester dans notre champ de compétence, à savoir l'évaluation médicale de la capacité de travail résultant d'une démarche rigoureuse depuis l'évaluation de la situation sur le plan diagnostique jusqu'à l'estimation des ressources et des limitations fonctionnelles en découlant. Cette démarche, qui révèle les limites du rôle et du pouvoir du médecin dans l'évaluation de la capacité de travail, est parfois mal connue par le corps médical et peut favoriser l'émergence de conflits. Une difficulté majeure supplémentaire apparaît lorsque les milieux administratifs et juridiques tendent à faire pression sur le médecin, qu'il soit médecin traitant ou médecin-expert, pour qu'il adopte leurs concepts, rappelons-le purement juridiques et parfois sans fondement médical. En définitive, le médecin ne pourra faire l'économie d'une prise en compte de la complexité. ■

Implications pratiques

- > L'évaluation de la capacité de travail dans la fibromyalgie implique de la part du praticien une démarche médicale rigoureuse nécessitant un diagnostic précis, tant somatique que psychiatrique
- > Il convient d'utiliser un modèle intégratif bio-psycho-social pour estimer les ressources du patient
- > Les logiques médicales et juridiques peuvent être parfois divergentes
- > Le médecin ne peut pas faire l'économie d'une prise en compte de la complexité
- > Le médecin doit rester dans son champ de compétence et ne pas adopter les concepts juridiques même si ceux-ci semblent a priori simples et rassurants

Bibliographie

- 1 Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 336/04 du 8.2.2006.
 - 2 Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 25V 352.
 - 3 Goldenberg DL, Simms RW, Geiger A, et al. High frequency of fibromyalgia in patients with chronic fatigue seen in a primary care practice. *Arthritis Rheum* 1990;33:381-7.
 - 4 Buchwald D, Garrity D. Comparison of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities. *Arch Intern Med* 1994;154:2049-53.
 - 5 http://www.admin.ch/ch/fr/rs/832_202/app3.html
 - 6 <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
 - 7 * Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 870/02, du 21.4.2004.
 - 8 Notamment Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 16/05.
- * à lire
** à lire absolument