

Zeitschrift: Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte = Société Suisse d'Histoire Economique et Sociale
Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte
Band: 24 (2010)

Artikel: La "condition de victime" au cœur des politiques de l'invalidité : la contribution de l'expertise médico-légale à la fabrication de nouvelles inégalités
Autor: Ferreira, Cristina
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-871855>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 13.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Cristina Ferreira

La «condition de victime» au cœur des politiques de l'invalidité

La contribution de l'expertise médico-légale à la fabrication de nouvelles inégalités

Dans le contexte suisse de ces dernières années, la mise à l'invalidité pour des raisons psychiques s'est constituée comme un problème politique et économique majeur.¹ Si l'assurance invalidité (AI) s'est trouvée dans une situation de déficit financier, c'est notamment parce qu'un changement de perception des maladies psychiques aurait eu lieu. En témoignerait, selon certaines interprétations, la sensibilité accrue des médecins traitants à l'égard de l'état psychique de leurs patients et leur tendance à signer de manière hâtive des certificats d'arrêt de travail. Comme l'explique un juriste, «les diagnostics tiennent de plus en plus compte des conditions psychiques et sociales, ainsi que de leurs effets. Ce phénomène est particulièrement net dans le cadre du diagnostic des maladies psychiques où le jugement du médecin se base sur les dires du patient, ce qui rend l'évaluation de l'incapacité de travail d'autant plus difficile. Les médecins et les assurés réagissent avec une plus grande sensibilité aux facteurs psychiques et sociaux, ce qui explique que les maladies psychiques ne soient plus un tabou dans notre société.»² C'est dans ce contexte que la nécessité s'est fait jour de perfectionner la médecine-conseil qui intervient lors de la procédure administrative des demandes de prestations AI.³ En outre, les expertises indépendantes, mandatées par les offices AI dans les cas cliniques complexes, sembleraient souffrir de problèmes imputés en partie aux lacunes de la formation des experts dans le domaine des assurances sociales.⁴

La multiplication de diagnostics psychiatriques d'un «genre nouveau» aurait tout particulièrement déstabilisé les pratiques de l'instruction administrative et médicale des dossiers. Dans le cadre d'une recherche que nous avons réalisée à Genève sur la pratique de l'expertise médicale au sein de l'assurance invalidité,⁵ nous nous sommes intéressées au trouble somatoforme douloureux.⁶ Cette catégorie diagnostique a été officialisée par l'Association américaine de psychiatrie en 1980, dans la troisième édition de son système de classification, traduit en français en 1983.⁷ Les critères permettant de poser ce diagnostic sont l'existence d'une douleur intense et persistante qui justifie des examens cliniques, mais sans qu'une explication organique puisse

être donnée. Les patients affectés de ce trouble chercheraient à éviter des activités néfastes (comme aller à l'école ou travailler) et à avoir fréquemment recours aux systèmes de soins.

De l'avis des juristes, des statisticiens, des médecins experts et des collaborateurs de l'Office fédéral des assurances sociales, ce diagnostic figurerait de plus en plus dans les dossiers des candidats aux prestations de l'assurance invalidité. Cette progression pose problème du point de vue de l'évaluation médico-légale: comment objectiver une douleur qui est par définition inobjectivable? Et comment distinguer avec précision les cas de majoration des symptômes en vue de l'obtention d'une rente des cas où la plainte de la douleur exprime une pathologie invalidante? Pour répondre à ces questions et pouvoir se déterminer sur la capacité de travail, l'investigation de l'état psychique de la personne est requise. En raison de controverses dans le milieu médical sur le statut à donner à ces diagnostics, les tribunaux ont été confrontés à des expertises contradictoires qui prolongeaient en quelque sorte les discordes qui avaient lieu dans le champ médical.⁸ Comme l'écrit un médecin psychiatre, «[...] lorsque les différents intervenants de santé, les assurances sociales et les milieux juridiques spécialisés ont commencé à se préoccuper de la place que prenait la douleur somatoforme en termes de coûts pour la société, il n'existait pas de véritable doctrine pour l'appréciation de ces cas. Les juges tranchaient au coup par coup et se ralliaient au rapport médical le plus convaincant. Leur pratique ne pouvait qu'être le reflet du questionnement et des controverses qui ont toujours cours chez les experts médicaux eux-mêmes.»⁹ Afin d'atténuer le risque de décisions arbitraires, les professionnels du droit vont intervenir pour définir des critères médico-légaux permettant une appréciation plus objective de ces cas d'assurance.¹⁰ Le droit ne pouvait en effet pas rester passif face à la montée massive des demandes de ceux qui souffrent de «douleurs somatoformes»; il fallait donc créer une place *sui generis* à ces cas de figure, sans pour autant leur reconnaître automatiquement des droits. Ainsi, nonobstant les douleurs que la personne ressent, il convient d'examiner le plus objectivement possible sa capacité à exercer une activité sur le marché du travail. Dans le cas d'assurés diagnostiqués d'un trouble somatoforme douloureux, le pronostic est défavorable si l'expert constate l'existence d'une comorbidité psychiatrique, des affections chroniques sans rémission, un état psychique cristallisé, une perte d'intégration sociale et l'échec des traitements conformes à la règle de l'art. Désormais, les acteurs chargés de l'instruction administrative, médicale et judiciaire des dossiers vont se référer à ces différents critères.

Pour mieux comprendre les enjeux médico-légaux du trouble somatoforme douloureux, nous avons constitué un corpus de 275 arrêts judiciaires du Tribunal des assurances sociales de Genève portant sur la période 2003–2007.¹¹ Ces arrêts judiciaires concernent des recours contre des décisions administratives négatives de l'Office AI de Genève.¹²

Les propriétés sociologiques des individus concernés par les 275 arrêts judiciaires que nous avons analysés indiquent que nous avons affaire à des catégories socio-économiques particulièrement précaires. Dans notre corpus d'arrêts, les femmes sont surreprésentées (155 contre 120 hommes) et c'est dans la tranche d'âge des 50–59 ans que nous retrouvons le plus d'individus. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de personnes d'origine étrangère (214 individus)¹³ qui vivent et travaillent en Suisse depuis environ vingt ans. Leur parcours scolaire n'est généralement pas allé au-delà du niveau élémentaire et, le plus souvent, ils n'ont pas de qualifications professionnelles. La plupart d'entre eux ont exercé des professions du nettoyage et d'entretien, de la restauration et de l'hôtellerie, du bâtiment, de l'industrie, du commerce et de l'administration.¹⁴

Ils ont fait une demande AI en raison de pathologies musculaires et squelettiques qui n'ont pas été estimées par les médecins de l'assurance et/ou par des experts comme suffisamment invalidantes.¹⁵ Le plus souvent, c'est dans le cadre des expertises mandatées par l'Office AI de Genève qu'on leur a diagnostiqué pour la première fois un «trouble somatoforme douloureux». Par leur recours, ces assurés tentent d'obtenir une deuxième chance auprès du tribunal.¹⁶ Le juge des assurances sociales réexamine le dossier, évalue la conformité procédurale de l'instruction médicale et administrative du dossier et confronte les rapports médicaux.

Sur 142 des 275 décisions analysées, le trouble somatoforme douloureux fait l'objet d'une discussion au tribunal. Pour les autres cas, ce diagnostic n'a pas été examiné pour différentes raisons: les expertises médicales ont été jugées insuffisantes ou imprécises; le taux de capacité de travail retenu par les médecins était suffisamment élevé et convaincant, ce qui autorise le juge à arrêter une décision; le diagnostic est mentionné, mais écarté au profit d'un autre; le litige portait sur une question de procédure. Pour revenir aux cas où la discussion a eu lieu, dans 45 cas, le trouble a été reconnu comme étant une pathologie invalidante au sens de la loi. De ce fait, les assurés concernés ont obtenu au tribunal le droit à des prestations de l'assurance invalidité. En revanche, dans 97 affaires, tel ne fut pas le cas. C'est à titre exceptionnel, comme le préconise la jurisprudence fédérale, que ces atteintes à la santé justifient l'octroi de rentes.

La souffrance expertisée: la victime vertueuse versus le candidat fautif

A la lecture des arrêts judiciaires, force est de constater que si les médecins doivent évaluer le trouble somatoforme douloureux à partir des mêmes critères jurisprudentiels, ils ne s'accordent pas pour autant sur l'interprétation donnée à ces critères. Certains constatent que les traitements médicamenteux ont échoué alors que d'autres estiment que la personne n'a pas encore épuisé toutes les possibilités thérapeutiques

existantes sur le marché. Certains mettent en évidence une perte d'intégration sociale, alors que d'autres relativisent l'état d'isolement en évoquant des balades quotidiennes. Certains diagnostiquent un état dépressif jugé grave plaidant en faveur d'une comorbidité psychiatrique, alors que d'autres contestent cette conclusion, n'ayant pas constaté chez la personne un état de détresse profonde.

Souvent, le juge est confronté à des conclusions médicales divergentes sinon contradictoires; dans ces cas, le dossier comporte deux visions des atteintes à la santé, mais aussi deux visions de la souffrance de la personne expertisée.¹⁷ Par-delà la diversité des cas présents dans notre corpus d'arrêts judiciaires, nous avons pu constater que l'évaluation médico-légale de la souffrance est structurée par une polarité morale: la souffrance vertueuse et la souffrance fautive. Cette polarité est incarnée par deux figures idéal-typiques qui servent en quelque sorte de référence implicite pour pouvoir interpréter la plainte de celui qui dit souffrir de manière insoutenable.¹⁸

Dans l'argumentaire médical, la figure de la «victime innocente» est représentée par des assurés qui ont subi, en dépit de leur volonté, une série d'épreuves existentielles permettant d'expliquer leur état d'épuisement psychique. Mais, malgré l'adversité, le médecin souligne que ces assurés s'acharnent à ne pas se donner pour vaincus. Parce que tous les efforts ont été menés pour ne pas succomber à l'autovictimisation, il est possible de reconnaître la grandeur morale et l'authenticité de la souffrance: ils ont continué à travailler malgré leurs douleurs et suivi tous les traitements préconisés par le corps médical. La personne fait indéniablement preuve d'une bonne volonté et ne cherche pas consciemment à susciter la compassion. Au sujet de la représentation faite de la plainte de ces assurés, le conflit oppose néanmoins les médecins. Deux avis contradictoires se manifestent de manière radicale pour ce qui est de qualifier ces situations. Les divergences entre les médecins sont fréquentes, mais, dans ces cas de figure précis, elles opposent une expertise convaincante et un avis mal fondé car trop appuyé sur des jugements de valeur.¹⁹ Le médecin qui relativise le malheur, qui occulte dans son rapport les dimensions tragiques de la biographie de l'assuré, inflige une double peine. Dès lors, aux yeux du juge, la victime l'est deux fois: des épreuves qu'elle a subies par le passé et des disqualifications formulées au présent par un médecin malveillant. Il revient au juge, dans ces cas, de réparer le tort subi en cours de procédure et de reconnaître «la victime».

Par contraste, le candidat «illégitime» aux prestations de l'assurance tend à se confondre avec le patient atteint de sinistrose. Dans leurs rapports, les médecins tendent à reconnaître cette figure à sa propension à l'exagération, à la majoration de symptômes en vue de l'obtention d'une réparation, à son ton revendicatif, voire accusateur. L'assuré attribue son état à l'impuissance du pouvoir médical, à l'immigration subie, aux conditions pénibles de travail. Il fait entendre son sentiment d'injustice et se place d'emblée et consciemment, aux dires des médecins, comme une victime. Dans les rapports médicaux, la disqualification du sinistrosique doit beaucoup à la

description d'une petitesse morale: loin d'accepter avec dignité son malheur, ces assurés l'instrumentalisent. Le sinistrosique heurte les normes de justice distributive en ceci qu'il ne semble agir que pour son intérêt personnel au détriment de la cause générale. Le drame de l'accident ou de la maladie est pour lui l'occasion d'un débordement égoïste qui l'autorise à s'apitoyer en permanence sur les moindres aspects de son malheur. S'il est disqualifié, c'est parce qu'il invoque une injustice supérieure l'épargnant alors de toute responsabilité. Preuve en est que, dans le jugement de l'expert médical, il est question d'une non-coopération inadmissible, d'une résistance volontaire à toute démarche visant sa réadaptation. Contrairement à la victime innocente qui «bénéficie» de la dispute entre les médecins, le sinistrosique se trouve relativement seul dans sa plainte; les médecins peinent à se montrer solidaires de son malheur, même si certains peuvent reconnaître que des épreuves réelles ont eu lieu. Il manque à cette figure le soutien d'un «traducteur autorisé», d'un expert qui convertit le malheur en diagnostics psychiatriques invalidants.

L'inégale lecture d'un vécu douloureux

Ces deux figures, présentées ici de manière quelque peu caricaturale, sont le fruit d'une catégorisation médicale et morale de ce qui est désigné par un «vécu douloureux». Pour la problématique de la fabrication des inégalités qui nous occupe, nous constatons que les vécus douloureux rapportés dans les arrêts judiciaires n'ont pas tous la même valeur. Exposons brièvement trois mécanismes qui participent à cette hiérarchisation normative des vécus douloureux.

Premièrement, nous ne saurions occulter l'influence décisive de l'affiliation institutionnelle et de la sensibilité épistémologique des médecins qui interviennent au cours de la procédure.²⁰ Les rapports établis par les médecins de l'assurance tendent majoritairement à relativiser la souffrance exprimée par les assurés, à considérer que des facteurs étrangers à la notion juridique de l'invalidité sont fortement présents. Ces médecins raisonnent essentiellement à partir de dispositions médico-administratives; surtout, les «vécus douloureux» qui figurent dans les dossiers relèvent de la routine et donc d'une certaine forme de normalité. Les arrêts judiciaires rendent compte du travail de désingularisation manifeste dans les formules standardisées; les rapports des médecins de l'assurance contribuent fortement à la déréalisation du malheur. Par ailleurs, comme l'autorise le règlement, souvent ces médecins se prononcent sur les cas sans avoir examiné eux-mêmes la personne. En revanche, les expertises pluridisciplinaires mandatées par l'Office AI et, le cas échéant, les expertises judiciaires ordonnées par le tribunal tendent à évaluer les cas à partir de critères clinico-scientifiques et à décrire en détail la situation globale de la personne qu'ils ont examinée. C'est tout particulièrement le cas des expertises judiciaires confiées à des cliniciens

qui n'interviennent que rarement dans ce genre de procédure. Ces médecins sont moins affectés dans leur pratique par les effets de banalisation et d'uniformisation des dossiers de l'AI; ils sont aussi plus éloignés de l'appareil administratif. De ce fait, les vécus douloureux tendent à être considérés par ces experts comme des singularités et non pas comme un dossier parmi tant d'autres. Or, rares sont les assurés qui bénéficient d'une évaluation faite par une expertise judiciaire. D'une part, le tribunal n'ordonne ces expertises que lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. C'est le cas d'avis médicaux très contradictoires ou d'expertises, mandatées par l'administration, jugées lacunaires ou contestables. D'autre part, le tribunal opte le plus souvent pour le renvoi du dossier à l'Office cantonal de l'AI pour que ce dernier mandate, à ses propres frais, une nouvelle expertise. Sans doute les coûts de l'expertise jouent ici un rôle.²¹

Deuxièmement, la hiérarchisation des vécus douloureux doit beaucoup à l'économie des échanges qui ont lieu entre le médecin et l'assuré dans le cadre d'une demande de prestations sociales. La qualification médicale de la souffrance de l'assuré est fortement dépendante de la capacité et de la volonté de ce dernier à exposer son intimité, à raconter son passé, à fournir en quelque sorte les données biographiques permettant à l'expert de se prononcer sur un éventuel vécu douloureux. Or, d'une part, les arrêts judiciaires rendent compte de situations de défiance à l'égard de l'expert psychiatre, de situations où la personne tait son passé. D'autre part, la majorité des assurés ne dispose pas d'un capital linguistique suffisant pour décrire avec précision les symptômes, pour «se raconter» avec suffisamment de détails. Dans la grande majorité des arrêts analysés, l'expertisé est un travailleur immigré aux connaissances linguistiques rudimentaires et qui n'a souvent que les gesticulations et un nombre réduit de vocables pour décrire les symptômes.²² C'est dire la pauvreté d'informations récoltées par l'expert qui est censé de surcroît investiguer l'état psychique de l'expertisé. Si certains experts signalent dans leurs rapports la difficulté qui a été la leur à approfondir certains sujets en raison des problèmes de langue, d'autres concluent à des «plaintes très démonstratives qui laissent insensible l'expert».

Troisièmement, au regard des propriétés sociologiques de la majorité des assurés concernés par les arrêts que nous avons analysés, les experts sont souvent amenés à interpréter les vécus douloureux à l'aune de l'expérience de l'immigration et du récit de cette expérience par l'assuré. Selon les expertises, deux manières différentes de qualifier l'état et la souffrance psychiques de l'immigré sont à l'œuvre. La première consiste à attribuer les peines aux conditions matérielles, sociales et économiques de l'existence. Il est question d'échec du projet de l'immigration, vécu par la personne comme une injustice. Les problèmes somatiques et les états dépressifs seraient entretenus par une situation marquée par la précarité socioéconomique. Du point de vue de la loi, l'assurance invalidité n'a pas à répondre à ces facteurs, considérés comme étrangers à la définition juridique de l'invalidité. Comme souvent répété,

l’immigration n’a pas valeur de maladie. La deuxième manière de qualifier le vécu douloureux de l’immigré met davantage l’accent sur la symptomatologie psychiatrique; la trajectoire de vie de l’immigré comporte des événements traumatisants – le décès d’un être proche laissé au pays, la torture infligée dans un contexte de guerre, la maltraitance infantile subie dans la famille et le pays d’origine – qui ont laissé des séquelles psychiques. C’est la singularité qui est mise en avant et non pas, comme le précise l’expert, les dimensions sociales, économiques ou culturelles de la condition de l’immigré.

En d’autres termes, l’expertisé immigré est dans ces contextes fortement dépendant de la lecture que l’expert fait de sa condition d’immigré. Il n’est pas rare de constater que ces deux lectures de l’immigration soient présentes dans le dossier de la personne. Au juge de déterminer laquelle lui paraît la plus convaincante.

Conclusion

Les catégories morales du jugement médico-légal rendent explicite une grammaire qui n’est pas franchement nouvelle; nous reconnaissons aisément le partage entre le «pauvre méritant» et l’usurpateur qui traverse l’histoire du gouvernement de la misère, des politiques de l’assistance et de l’administration rationalisée des usagers des politiques sociales.²³ Mais, elles ne révèlent pas moins la présence d’un régime de sensibilité historiquement récent où l’identification médicale du traumatisme et la reconnaissance morale de la victime sont des conditions possibles à l’obtention de droits. C’est cette thèse qui est défendue par Didier Fassin et Richard Rechtman lorsqu’ils affirment que le traumatisme psychique serait devenu, ces dernières décennies, le lieu de l’authentification de la parole des victimes.²⁴ Dans les contextes de demandes d’asile politique comme dans celui de la demande d’indemnisation à la suite d’un accident, ces auteurs montrent que la reconnaissance de la victime à laquelle des droits sont attribués suppose la mobilisation de spécialistes qui qualifient avec autorité le traumatisme. Sans l’intervention de ces acteurs et surtout en l’absence de leurs compétences à qualifier comme il se doit ce qui relève de l’épreuve traumatisante, nombre de situations sociales, économiques et sanitaires ne débouchent pas sur l’obtention de droits. En conséquence, cette manière de qualifier le malheur introduit de nouvelles inégalités de traitement: l’accès à la condition de victime est un accès conditionnel et conditionné par l’intervention d’un expert dont la sensibilité peut être heurtée, ou non, par le récit du malheur.

Pour conclure, revenons au contexte spécifique de l’assurance invalidité suisse: la hausse des rentiers atteints dans leur santé psychique est identifiée comme une évolution préoccupante qui exigerait une régulation plus stricte de ces cas d’assurance. Au fond, l’inquiétude serait celle d’une confusion possible entre des situations

caractérisées par une «souffrance psychique et sociale» et des situations que le droit reconnaît comme relevant de l'assurance sociale. Tout se passe comme s'il fallait réagir par un rétablissement des frontières qui séparent la souffrance de l'invalidité. C'est au regard de cette inquiétude que nous pouvons comprendre la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux. Mais, paradoxalement, cette jurisprudence nous donne à lire aussi autre chose: la problématique des droits formels à des prestations de l'assurance est traversée par l'enquête sur la légitimité morale de l'accès à ces droits. Dans l'instruction de demandes de secours comme dans celles de droits sociaux, les frontières entre la légalité et la légitimité des droits seraient de plus en plus ténues.²⁵ Dans le cas qui nous occupe, parce que les troubles somatoformes douloureux renvoient à des situations cliniques indéterminées et que la jurisprudence autorise une marge de manœuvre dans l'appréciation médico-légale de la qualité de la plainte, ces situations permettent dès lors à chaque fois de se poser la question «qu'est-ce qu'un invalide?». Dans le flot de dossiers où la misère relève de la routine, la réponse à cette question doit beaucoup à l'intervention d'un expert qui convertit le malheur ordinaire en tragédie humaine.

Notes

- 1 Les statistiques publiques relatives à l'assurance invalidité indiquent qu'à l'heure actuelle près de 40% des rentiers souffrent de troubles psychiques. Pour une analyse des silences de cette production statistique autour des caractéristiques sociales, économiques et professionnelles de ces rentiers, voir: Ferreira, Cristina; Lanza, Danièle; Dupanloup, Anne, «La contribution des statistiques publiques à l'invisibilité sociale: le cas de l'invalidité psychique en Suisse», *Revue Suisse de Sociologie* 34/01 (2008), pp. 9–29.
- 2 Schneider, Jacques-André, «Remarques sur l'invalidité due à la maladie et la réadaptation», *Cahiers genevois et romands de sécurité sociale* 31 (2003), pp. 67–96.
- 3 La 4^e révision de l'AI, entrée en vigueur en 2004, a prévu la création de Services médico-régionaux (SMR), devenus opérationnels en 2005. Ces services ont pour mission d'évaluer les conditions médicales de droit aux prestations, d'établir des rapports destinés aux Offices cantonaux de l'AI et de se tenir à la disposition des offices pour conseiller ceux qui se chargent de la procédure administrative.
- 4 Paychère, François, «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 2002, pp. 133–150.
- 5 «L'expertise médicale de l'invalidité psychique dans le domaine de l'A.I.: enjeux institutionnels et tensions professionnelles.» Financée par le fonds stratégique de recherche des Hautes Etudes spécialisées (HES), cette recherche a été soutenue par le *Réseau d'études appliquées des pratiques de santé, de réadaptation et de réinsertion* (RéSaR). L'équipe de recherche a été constituée par Danièle Lanza, Anne Dupanloup, David Perrenoud et moi-même.
- 6 Le syndrome somatoforme douloureux persistant est le diagnostic équivalent dans la classification de l'Organisation mondiale de la santé (*Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*, Paris 1993, p. 150).
- 7 Association américaine de psychiatrie, *DSM-III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3^e édition, Paris 1983.

- 8 Pour une discussion critique de ce diagnostic, voir notamment: Célis-Gennart, Michelle; Vannotti, Marco, «Le trouble somatoforme douloureux: une catégorie à réviser?» in: Darioli, Roger (sous la dir.), *L'invalidité en souffrance. Défis et enjeux de la crise*, Genève 1999, pp.55–64. Rosatti, Peter, «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 2002, pp.81–100.
- 9 Fauchère, Pierre-André, *Douleur somatoforme: syndrome douloureux somatoforme persistant: diagnostic, clinique, traitement et problématique de la prise en charge par les assurances sociales*, Genève 2007, p. 243.
- 10 Hans-Jakob Mosimann est le juge qui va s'intéresser tout particulièrement aux cas des assurés chez qui sont diagnostiqués des troubles somatoformes douloureux. En 1999, il publie une étude dans la *Revue suisse des Assurances sociales*, où il précise les critères qu'il convient d'adopter pour évaluer du point de vue médico-légal le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. Mosimann, Hans-Jakob, «Somatoforme Störungen: Gerichte und (psychiatrische) Gutachten», *Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge* 43 (1999), pp. 1–21 et 105–128.
- 11 Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, la Loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA, loi du 6 octobre 2000) a institué la création de tribunaux des assurances sociales. Le Tribunal cantonal des assurances sociales de Genève a commencé à fonctionner en août 2003. Les arrêts judiciaires sont disponibles sur le site officiel de l'Etat de Genève (<http://justice.geneve.ch/jurisprudence/TCAS/>).
- 12 Dans notre corpus d'arrêts judiciaires, les assurés sont majoritairement représentés au tribunal par un avocat (191 cas), par une organisation (46) et, plus rarement, ils assurent leur propre défense (36). Dans 2 affaires, c'est le médecin traitant qui fait office de représentant légal.
- 13 Sur les 275 arrêts judiciaires, la provenance n'est pas indiquée dans 51 cas. Les travailleurs immigrés sont issus pour la plupart des pays de l'Europe du Sud et, en deuxième lieu, viennent les pays de la région des Balkans (43). Pour ce qui est des autres provenances: 10 sont originaires de pays africains, 9 de pays asiatiques, 6 de pays d'Amérique latine et 2 d'Europe du Nord.
- 14 Concernant l'identité socioprofessionnelle de ces individus, un certain nombre de données ne figure pas sur les arrêts judiciaires: on ignore le plus souvent depuis combien d'années ces personnes travaillent et à quel âge elles ont fait leur entrée sur le marché du travail, l'évolution de leur rémunération et de leur taux d'activité. Les conditions salariales passées de ces travailleurs ne font pas l'objet d'un exposé systématique et détaillé.
- 15 Dans 149 arrêts, les problèmes musculaires et squelettiques (douleurs cervicales et lombaires, hernie discale, arthrose, douleurs polyarticulaires) sont la principale raison médicale de l'incapacité de travail et de demande de prestations. Dans les autres arrêts, figurent au premier plan la fibromyalgie (70), les suites d'un accident (47), la dépression (52), les troubles psychiatriques (10) et autres maladies (15), par exemple pulmonaires.
- 16 L'espoir d'une deuxième chance n'est pas complètement infondé. Sur l'ensemble des 275 arrêts, si dans 56% des cas les recours font l'objet d'un refus, dans 44% des cas le tribunal reconnaît des droits à des prestations et/ou renvoie le dossier à l'administration pour qu'une nouvelle expertise ait lieu.
- 17 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge doit choisir le rapport médical qui emporte sa conviction; il fonde son argumentaire à partir du rapport qui a, à ses yeux, pleine valeur probante, c'est-à-dire celui qui fournit des explications claires, détaillées et convaincantes.
- 18 Par-delà les singularités historiques et l'évolution des attitudes à l'égard de la pauvreté, la dualité entre la compassion et la répression est une constante anthropologique. Ce qui change en dernière instance, c'est l'état des rapports de force entre les groupes sociaux. Geremek, Boris, *La potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du moyen âge à nos jours*, Paris 1997.
- 19 Les controverses médicales tendent à compromettre la crédibilité des experts, surtout lorsqu'il s'agit de maladies psychiques où elles tendent particulièrement à se manifester. Meine, Jacques, «L'expertise médicale en Suisse: satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles?», *Revue Suisse d'Assurances* 67 (1999), pp. 37–45.

- 20 La qualité des expertises et le respect du droit procédural par l'administration jouent aussi un rôle important. Au tribunal, ce sont ces deux aspects qui sont le plus sévèrement évalués. Dans l'ensemble des 275 arrêts que nous avons analysés, 59 décisions du tribunal impliquent un renvoi du dossier à l'Office AI pour qu'une nouvelle expertise médicale du cas ait lieu et/ou pour reprendre des failles de la procédure relevées par le juge. Comme le montre une étude récente, les pratiques des tribunaux exercent une pression non négligeable sur le travail administratif, ce qui conduit à un ralentissement des procédures: Bolliger, Christian; Willisegger, Jonas; Rüefli, Christian, *Die Rechtsprechung und Gerichtspraxis in der Invalidenversicherung und ihre Wirkungen*, Rapport de recherche, N° 16/07, Aspects de la sécurité sociale, Département fédéral de l'intérieur, Berne 2007.
- 21 Dans notre corpus, 7 décisions concernent des ordonnances judiciaires alors que, dans 59 cas, le tribunal renvoie le dossier à l'administration pour qu'une nouvelle instruction ait lieu.
- 22 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 «frustrés, 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», que «les barrières linguistiques et culturelles constituaient des facteurs de difficulté supplémentaires à la compréhension de la complexité du cas».
- 23 En Suisse, à partir du XVI^e siècle émerge, avec les pratiques de l'assistance, la figure du «mauvais pauvre» incarnant l'oisiveté, le vagabondage et le danger. Head, Anne-Lise; Schnegg, Brigitte (dir.), *Armut in der Schweiz, 17.–20. Jh. / La pauvreté en Suisse, 17^e–20^e s.*, Zurich 1989.
- 24 Fassin, Didier; Rechtman, Richard, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris 2007.
- 25 Voir à ce propos: Fassin, Didier, «Le corps exposé. Essai d'économie morale de l'illégitimité», in: Fassin, Didier; Memmi Dominique (sous la dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris 2004, pp.237–266; Spire, Alexis, «L'asile au guichet. La dépolitisation du droit des étrangers par le travail bureaucratique», *Actes de la recherche en sciences sociales* 169 (2008), pp.4–21.