

# **EVALUATION DE LA CAPACITE DE TRAVAIL EN FONCTION DE LA JURISPRUDENCE**

**Atelier D  
1<sup>er</sup> novembre 2018**

**Elisabeth MONOD, lic. jur., LL.M, titulaire du brevet fédéral de spécialiste en  
assurances sociales**

**Mathias SCHILD, lic. jur., titulaire du brevet d'avocat**

**Greffiers-juristes**

**Cour des assurances sociales / Tribunal cantonal vaudois  
Lausanne**

**Dr. méd. Isabelle Gabellon, spécialiste en rhumatologie**

**BEM Bureau d'expertises médicales**

**Vevey**

## RÈGLES LÉGALES

La définition de l'invalidité est constituée de 3 éléments :

- élément médical
- élément économique
- élément causal.

L'élément médical, qui comprend les atteintes à la santé diagnostiquées et l'appréciation de la capacité de travail, est du ressort du médecin.

### **Art. 6 LPGA**

Est réputée **incapacité de travail** toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Cette définition a trait exclusivement à l'élément médical. Elle implique que le médecin se prononce sur les points suivants :

- diagnostics et leurs répercussions ;
- limitations fonctionnelles ;
- capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ;
- exigibilité.

### **Art. 7 al. 1 LPGA**

Est réputée **incapacité de gain** toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

### **Art. 7 al. 2 LPGA**

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas **objectivement surmontable**.

Cette définition a trait à l'élément économique, qui n'est pas du ressort du médecin. Cela étant, elle fait mention de l'**exigibilité**, sur laquelle le médecin est appelé à fournir son appréciation.

### **Art. 8 al. 1 LPGA**

Est réputée **invalidité** l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Cette définition réunit les 3 éléments constitutifs de l'invalidité.

## RÈGLES JURISPRUDENTIELLES DE BASE

### Tâche du médecin / expert

« La tâche du médecin consiste à **évaluer l'état de santé de la personne assurée** et à **indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités** elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement **exigible** de la part de la personne assurée ».

ATF 132 V 93 consid. 4.

### Contenu du rapport médical / expertise

« C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical :

- que les **points litigieux** importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée,
- que le rapport se fonde sur des **examens complets**,
- qu'il prenne également en considération les **plaintes** de la personne examinée,
- qu'il ait été établi en pleine **connaissance du dossier (anamnèse)**,
- que la **description du contexte médical** et **l'appréciation de la situation médicale** soient claires et
- que les **conclusions** de l'expert soient bien motivées.

Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu ».

ATF 134 V 231 consid. 5.1.

Les exigences minimales quant au contenu d'un rapport médical ou d'une expertise, définies de longue date et demeurant valables, sont ainsi les suivantes :

- anamnèse (familiale, personnelle, médicale, socioprofessionnelle),
- plaintes de l'assuré,
- status clinique objectif et résultats des examens effectués,
- diagnostics avec et sans répercussions sur la capacité de travail (discutés et posés selon un système de classification reconnu, ainsi que diagnostics différentiels),
- limitations fonctionnelles,
- capacité de travail (dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, rendement, évolution chronologique),
- mesures thérapeutiques,
- mesures professionnelles,
- conclusions et pronostic.

## EVOLUTION DE LA JURISPRUDENCE FÉDÉRALE

Un changement de jurisprudence a eu lieu le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281) en lien avec les **troubles somatoformes douloureux** et les **troubles assimilés** (soit la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie, les troubles dissociatifs de la sensibilité et de la perception, les troubles moteurs dissociatifs, les traumatismes du type coup du lapin ou l'hypersomnie non organique).

Cette nouvelle jurisprudence a pris en compte les critiques soulevées par l'ancien système qui partait de la **règle** du caractère non invalidant des troubles somatoformes douloureux et des troubles assimilés, sous réserve **d'exception** (critères de Foerster).

Le but est désormais de procéder à une analyse globale des circonstances du cas individuel, en particulier des **limitations concrètes** et des **ressources spécifiques** de la personne assurée.

Cette nouvelle jurisprudence fonctionne sur la base d'une **grille d'évaluation normative et structurée à l'aide d'indicateurs**.

S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux **dépressions moyennes et légères** (ATF 143 V 409) puis à tous les **troubles psychiques** (ATF 143 V 418).

En l'état, le Tribunal fédéral a estimé qu'il n'y avait pas lieu de recourir à la nouvelle grille d'évaluation en cas d'**atteintes à la santé somatiques** (TF 8C\_350/2017 du 30 novembre 2017 consid. 5.4 : cas de céphalées en grappes ; TF 9C\_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2 : diagnostic de fibromyalgie non retenu).

L'OFAS a de son côté décidé d'appliquer la nouvelle jurisprudence à toutes les atteintes à la santé, mais sous une forme différente et abrégée dans le cas d'affections purement somatiques (cf. Nouvelle structure de l'expertise dans l'assurance-invalidité du 24 juillet 2018 sur AI-pro-medico).

On peut néanmoins actuellement citer la Haute Cour dans l'arrêt récent précité TF 9C\_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2 :

**« Il appartient au médecin de retenir – ou non – le diagnostic en fonction de critères médicaux et non jurisprudentiels et au juge d'en évaluer le caractère invalidant au regard des indicateurs développés par la jurisprudence. En l'absence de diagnostic psychiatrique, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée n'a pas à être effectué ».**

## EVALUATION DE LA CAPACITÉ DE TRAVAIL SELON LA NOUVELLE JURISPRUDENCE

### Diagnostic

Le diagnostic doit émaner d'un spécialiste du domaine concerné et reposer sur les critères d'un **système de classification reconnu**.

Il doit revêtir un **certain degré de gravité** et être accompagné d'une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ».

Il doit être mis en relation avec des **limitations dans les fonctions de la vie quotidienne**, soit des déficits fonctionnels qui en résultent directement.

Le diagnostic ne doit pas être accompagné de facteurs excluant sa valeur invalidante, tels qu'une **exagération des symptômes** ou d'une constellation semblable (discordances entre les douleurs décrites et le comportement observé / allégations d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues / absence de demande de soins / grandes divergences entre les informations fournies et celles ressortant de l'anamnèse / plaintes démonstratives laissant l'expert insensible / allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact).

### Grille d'évaluation

Lorsque les éléments du diagnostic sont établis, il y a lieu de se prononcer sur la capacité de travail en recourant à la nouvelle grille d'évaluation, avec une vision d'ensemble des circonstances du cas particulier.

Il s'agit de faire la balance entre les **déficits fonctionnels** et les **ressources** de la personne assurée.

Il est donc désormais exclu de partir de la présomption selon laquelle un trouble ne serait pas invalidant et d'examiner ensuite si l'on se trouve dans une situation exceptionnelle.

L'examen du cas particulier suit donc une logique différente, laquelle est désormais centrée sur l'approche globale de l'assuré.

L'évaluation doit néanmoins – comme par le passé – faire abstraction des facteurs psychosociaux et socioculturels étrangers à l'invalidité.

## **1. Degré de gravité fonctionnel**

### **1.1 Axe atteinte à la santé**

#### ***Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic***

Il convient d'évaluer les manifestations concrètes de l'atteinte à la santé, soit sa gravité et son ampleur, en tenant compte de facteurs étiologiques et de la pathogenèse.

On examinera ici dans quelle mesure l'atteinte à la santé se répercute sur les *ressources fonctionnelles* de l'assuré.

TF 9C\_195/2015 du 24 novembre 2015 consid. 4.1.1.1.

Cas d'un assuré d'origine turque victime de tortures, souffrant de trouble dépressif et de trouble anxieux généralisé, ainsi que des symptômes d'un syndrome de stress post-traumatique. Les ressources à disposition ont été considérées comme faibles vu les efforts que devaient consentir l'assuré au quotidien pour se défendre contre des réminiscences récidivantes, entraînant repli sur soi, terreurs, cauchemars.

TF 9C\_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.1.

Cas d'un assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux engendrant une souffrance quotidienne importante, une grande détresse depuis plusieurs années et la quête incessante de traitements. Des conséquences socioprofessionnelles et familiales étaient documentées, en particulier une perte d'emploi, une rupture affective et un isolement social.

TF 9C\_549/2015 du 29 janvier 2016 consid. 4.3.

Cas d'une assurée dont l'atteinte à la santé ne revêtait pas un degré de gravité suffisant, vu que les troubles présentés étaient rattachés essentiellement à des problèmes d'ordre familial et conjugal.

#### ***Succès/résistance lors du traitement***

On examinera le déroulement et l'issue des traitements, ainsi que la compliance de l'assuré aux mesures thérapeutiques mises en œuvre.

TF 9C\_195/2015 du 24 novembre 2015.

Cas de l'assuré turc, chez qui les soins mis en œuvre durant plusieurs années sont demeurés infructueux.

### ***Succès/résistance lors de la réadaptation***

On examinera si des mesures de réadaptation ont eu lieu et quelle a été leur issue.

TF 9C\_549/2015 du 29 janvier 2016 consid. 5.2.

Cas de l'assurée affectée par des problèmes familiaux et conjugaux, laquelle avait refusé toute mesure d'ordre professionnel.

### ***Comorbidités/affections corporelles concomitantes***

On examinera ici la situation globale de l'assuré, soit les interactions entre les troubles principaux et les troubles concomitants, qu'ils soient physiques ou psychiques.

TF 9C\_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.5.

Prise en compte d'un problème d'incontinence au titre de facteur de stress.

### **1.2Axe personnalité**

Il convient ici d'examiner les répercussions de l'atteinte à la santé de l'assuré sur ses *ressources personnelles* en fonction du développement et de la structure de sa personnalité, de son fonctionnement de base.

On évaluera les *ressources psychologiques et intellectuelles* de la personne assurée.

TF 9C\_366/2015 du 22 septembre 2015 consid. 2.

Prise en compte des efforts multiples et documentés pour trouver un emploi au titre de ressource personnelle.

### **1.3Axe contexte social**

Il convient ici d'examiner les répercussions de l'atteinte à la santé de la personne en fonction de son contexte de vie. On indiquera *les ressources dont dispose la personne assurée en fonction de son entourage*.

On prendra en compte les bénéfices qu'elle peut retirer de son cadre de vie en termes de ressources.

Comme par le passé, il y a lieu de faire abstraction des facteurs psychosociaux et socioculturels.

## **2. Cohérence**

### ***Limitations uniformes des niveaux d'activité dans tous les domaines de la vie***

En sus des impacts sur la vie professionnelle, on examinera aussi les autres domaines de la vie (vie privée, loisirs, etc.) afin de déterminer les impacts de l'atteinte à la santé, en particulier eu égard à la *cohérence du comportement* de la personne.

TF 9C\_549/2015 du 29 janvier 2016 consid. 4.4.

Cas de l'assurée présentant des troubles liés au contexte familial et conjugal, laquelle conservait néanmoins des capacités substantielles dans l'accomplissement des tâches ménagères et l'organisation de ses loisirs, alors qu'elle alléguait ne pas pouvoir reprendre une activité lucrative.

### ***Evaluation du poids effectif des souffrances au regard de la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés***

On examinera ici la *compliance* de la personne assurée en vue de mesurer le poids effectif des souffrances constatées ou alléguées. Il s'agit d'examiner s'il y a inadéquation entre le comportement de l'assuré et les traitements mis en œuvre.

\*\*\*\*\*

**Annexe** : Questionnaire de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (mandat d'expertise pluridisciplinaire).

**Références de jurisprudence vaudoise** :

**AI 237/16 – 370/2017 du 19 décembre 2017**

Renvoi pour expertise psychiatrique en l'absence de réponses aux indicateurs pertinents.

**AI 49/16 – 179/2018 du 14 juin 2018**

Recours admis sur la base d'une expertise judiciaire répondant aux exigences de la nouvelle grille d'évaluation.



## **Questionnaire de la Cour des assurances sociales :**

### **A. Appréciation médicale**

#### **1. Données anamnestiques**

- 1.1 Antécédents familiaux, antécédents personnels, antécédents médicaux, anamnèse socioprofessionnelle
- 1.2 Histoire et évolution de la ou des affection(s) actuelle(s)

#### **2. Plaintes de l'assuré(e)**

#### **3. Status (signes cliniques observés par le ou les examinateur[s])**

#### **4. Résultats des éventuels examens complémentaires réalisés (notamment imagerie médicale, examens de laboratoire, tests psychométriques, s'il y a lieu)**

#### **5. Appréciation diagnostique**

- 5.1 Diagnostic(s) et code(s) selon un système de classification reconnu
- 5.2 Argumentation du (des) diagnostic(s) retenu(s)
- 5.3 Diagnostic(s) différentiel(s) pour le (les) diagnostic(s) retenu(s)
- 5.4 Discussion des éventuels autres diagnostics résultant des pièces du dossier, s'il y a lieu

#### **6. Cohérence**

- 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
- 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de l'assuré(e), entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de l'assuré(e) ?
- 6.4 Est-ce que l'intéressé(e) s'est engagé(e) ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-il (elle) que peu ou pas de demande de soins ?

#### **7. Personnalité**

- 7.1 Est-ce que l'assuré(e) présente un trouble de personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel, quel code ?

- 7.2 Est-ce que l'assuré(e) présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?
- 7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne en cause ?
- 7.4 L'assuré(e) se montre-t-il (elle) authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

## **8. Ressources**

Quelles sont les ressources résiduelles de l'assuré sur les plans

- a) psychique
- b) mental
- c) social ?

(Pour répondre à ces questions, les experts peuvent se référer à la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et, pour les troubles psychiques, à la mini-CIF-APP dans la mesure où le médecin psychiatre l'aurait à disposition)

## ***B. Appréciation du point de vue de la médecine des assurances***

### **1. Caractère incapacitant ou non des diagnostics retenus**

- 1.1 Diagnostic(s) ayant une répercussion sur la capacité de travail
- 1.2 Diagnostic(s) sans répercussion sur la capacité de travail
- 1.3 Interactions des diagnostics : analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale du ou des expert(s).

### **2. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les atteintes constatées**

- 2.1 Au plan physique
- 2.2 Au plan psychique et mental
- 2.3 Au plan social

### **3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici**

- 3.1 Comment agissent ces atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici ?
- 3.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail (ressources résiduelles et limitations fonctionnelles).
- 3.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour), diminution de rendement incluse ?

- 3.4 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins, diminution de rendement comprise ?
- 3.5 Comment le degré d'incapacité de travail, y compris une éventuelle diminution de rendement, a-t-il évolué depuis lors ?

#### **4. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?**

**En d'autres termes, au cas où les atteintes présentées par l'assuré(e) engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession habituelle, peut-il (elle) exercer d'autres activités professionnelles adaptées à ses limitations fonctionnelles ?**

- 4.1 Si oui, à quels critères médicaux le poste de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
- 4.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par exemple heures par jour, pourcentage), diminution de rendement comprise ? Depuis quand ?
- 4.3 Quelle a été l'évolution de la capacité de travail de l'assuré(e) dans une activité adaptée ?
- 4.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

#### **5. Mesures thérapeutiques**

- 5.1 Description des traitements mis en œuvre, de leur déroulement et de leur résultat
- 5.2 Ces traitements étaient-ils adéquats au regard de la situation donnée ?
- 5.3 En cas d'échec de traitements adéquats, quelle(s) en serai(en)t la ou les cause(s) ?
- 5.4 Propositions thérapeutiques ? Sont-elles exigibles ?

#### **6. Appréciation du déroulement des mesures de réadaptation professionnelle au regard des atteintes diagnostiquées**

**7. Des mesures, notamment thérapeutiques ou de réadaptation professionnelle, sont-elles susceptibles d'améliorer la capacité de travail (ou le rendement) dans l'activité exercée jusqu'à présent ou dans l'activité adaptée, cas échéant, lesquelles ? Si non, pour quelles raisons ?**

#### ***C. Synthèse, pronostic et conclusions***

#### ***D. Remarques éventuelles***