

Lignes directrices pour l'expertise en médecine d'assurance

Sociétés de discipline leaders

Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie (swiss orthopaedics)

Société Suisse de Médecine Physique et Réadaptation (SSMPR)

Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP)

Société Suisse de Rhumatologie (SSR)

Société Suisse de Psychiatrie d'Assurance (SSPA)

Société Suisse de Neurologie (SSN)

Société coéditrice

Swiss Insurance Medicine

1^{er} juillet 2020

Principaux auteurs :

Ebner Gerhard (SGPP, SSPA) ; Bosshard Christoph (swiss orthopaedics) ; Jeger Jörg (SSR); Klipstein Andreas (SSMPR) ; Stöckli Hans Rudolf (SSN)

Autres auteurs¹ :

Gantenbein Andreas ; Koch Marc Oliver ; Mühl Andreas ; Schmidt Holger ; Stöckli Hans Rudolf

Conseil juridique et révision :

Bollag Yvonne ; Bollinger Susanne

¹ Auteurs d'un premier projet de la Société Suisse de Neurologie (SSN)

I. Partie générale

1. Introduction

1.1. Définition du concept de lignes directrices

Les lignes directrices sont des outils spécialement conçus pour aider les médecins à prendre des décisions dans des situations spécifiques. Elles sont basées sur les connaissances scientifiques actuelles et les pratiques éprouvées.

Il convient d'examiner régulièrement leur actualité afin de les mettre à jour si nécessaire.

Contrairement aux « directives », les lignes directrices ne sont pas juridiquement contraignantes pour les médecins et n'ont donc pas pour effet d'établir ou de dégager la responsabilité.

L'applicabilité d'une recommandation de lignes directrices particulières doit être examinée au cas par cas et à la lumière des circonstances. Il peut y être dérogé dans des cas justifiés.

1.2. Objectif et champ d'application des lignes directrices

Les présentes lignes directrices régissent les aspects interdisciplinaires de l'expertise dans le domaine de la médecine d'assurance. Leur exhaustivité repose sur des expertises complexes dans tous les domaines des assurances sociales (notamment l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents, l'assurance militaire) et des assurances privées (notamment l'assurance responsabilité civile, l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, les droits en cas de dommages corporels). Elles complètent les lignes directrices existantes pour la Suisse en matière d'expertise psychiatrique, rhumatologique, orthopédique et, prochainement, également neurologique en médecine d'assurance². La préparation des parties propres à chaque discipline relève toujours de la responsabilité des sociétés de discipline compétentes.

1.3. Genèse

La présente partie générale a été élaborée consensuellement par un groupe d'experts délégués par les principales sociétés de disciplines médicales avec la participation de Swiss Insurance Medicine SIM et approuvée par les comités directeurs de chacune d'entre elles.

2. L'expertise médicale

2.1. Définition et objectif des expertises médicales

Le terme « expertise médicale » n'est pas défini dans la loi³, mais il a été clarifié dans la jurisprudence et la littérature juridique⁴. Les avis d'expert sont utilisés à des fins décisionnelles lorsque les données

² Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie SSPP 2016, Lignes directrices pour l'expertise rhumatologique de la Société Suisse de Rhumatologie 2016, Lignes directrices pour l'expertise orthopédique de swiss orthopaedics 2017.

³ Cf. art. 44 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1).

⁴ P. ex. ATF 132 V 376 E. 6 et 136 V 117 E. 3.3.1.2 : Le terme « expertise » doit être compris dans un sens fonctionnel ; une expertise doit être établie par un expert indépendant. Pour la littérature, cf. p. ex. Gabriela Riemer-Kafka, *Versicherungsmedizinische Gutachten*, 2017, p. 25 ss : Une expertise est une déclaration fondée du point de vue médical qui doit répondre aux critères suivants : la déclaration fondée du point de vue médical est basée sur l'état actuel des connaissances, utilise une méthodologie claire et commente les questions présentées dans le cas individuel concerné. La méthodologie doit répondre à des critères scientifiques. Cela implique une distinction claire entre les connaissances générales, leur application à des cas individuels et l'expérience et le jugement cliniques personnels.

médicales ne sont pas claires pour les assureurs ou les tribunaux, sur la base des documents disponibles. En règle générale, une expertise en médecine d'assurance se compose d'une description de l'état de santé (examen, diagnostic, description de l'évolution de la maladie) et de ses effets fonctionnels, d'une évaluation de la capacité de travail et, selon la catégorie d'assurance, d'une évaluation des liens de cause à effet. Les expertises médicales sont établies à des fins de preuves juridiques par des experts indépendants qui s'engagent à être neutres, objectifs et diligents. Selon les disciplines considérées, une distinction est faite entre les examens monodisciplinaires et les examens bi-, poly- ou interdisciplinaires. Les disciplines intervenantes sont généralement définies dans le mandat d'expertise. Si, de l'avis du ou des experts médicaux, une discipline manque, celle-ci doit être désignée et, le cas échéant, sollicitée. Une évaluation globale intégrative dans une perspective consensuelle des disciplines concernées est une composante décisive des avis d'experts poly-/interdisciplinaires.

2.2. Conditions de qualification des experts

Les exigences requises pour la préparation d'une expertise en médecine d'assurance probante sont les suivantes :

- Titre de spécialiste (pour les médecins en formation post-graduée, supervision par un spécialiste) dans la spécialité concernée
- Expérience clinique approfondie de plusieurs années
- Indépendance et absence de toute partialité
- Connaissance approfondie de l'état actuel de la science médicale (en matière par exemple de médecine fondée sur les preuves et de doctrine médicale)
- Connaissances et compétences en matière de médecine d'assurance grâce à une formation post-graduée traitant :
 - des modes de pensée différents entre la médecine et le droit
 - de la classification systématique des questions en fonction des domaines d'assurance
 - de l'aptitude à mesurer la variance de l'appréciation
 - de l'aptitude à réfléchir à ses propres actions, en particulier dans le domaine de la relation et des interactions spécifiques entre l'expert et la personne examinée.

2.3. Exigences jurisprudentielles relatives à l'expertise médicale

Le Tribunal fédéral a formulé comme suit les conditions d'une expertise médicale pour les assurances sociales (ATF 125 V 351, 134 V 231 E. 5.1) :

« S'agissant de la valeur probante d'un rapport médical, il est essentiel de savoir si le rapport est complet au regard des points litigieux, s'il est fondé sur des examens complets, s'il tient compte des plaintes formulées, s'il a été présenté en connaissance des dossiers antérieurs (anamnèse), s'il est clair dans l'appréciation du contexte médical et dans l'évaluation de la situation médicale et si les conclusions de l'expert sont fondées⁵. »

⁵ Les méthodes de diagnostic doivent être scientifiquement reconnues, c'est-à-dire par les chercheurs et les praticiens des

3. Fondements juridiques et conditions-cadres

3.1. Généralités

Les questions et les conditions-cadres des expertises en médecine d'assurance diffèrent selon le domaine juridique concerné et l'état d'avancement de la procédure. Les expertises médicales sont commandées par les assurances sociales (expertises administratives), par les tribunaux (expertises judiciaires), par les assureurs privés ou par l'assuré ou ses représentants légaux (expertises mandatées par une partie).

Les mandats d'expertise dans le domaine des assurances sociales concernent principalement les branches suivantes :

- Assurance-invalidité (AI)
- Assurance-accidents (AA)
- Assurance militaire (AM)
- Assurance de caisse de retraite/prévoyance professionnelle (PP)

Plus rarement :

- Assurance-maladie (AMal)
- Assurance-chômage (AC) ou assurance-vieillesse (AVS)

Dans le domaine du droit privé, les expertises sont principalement établies dans le :

- Domaine de la responsabilité civile (notamment responsabilité civile automobile, responsabilité civile médicale),
- Domaine des assurances privées (indemnités journalières en cas de maladie, assurance vie, accident ou invalidité privée selon la LCA).

En droit des assurances sociales, la maxime inquisitoire s'applique, c'est-à-dire que l'assureur social prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 LPGA). En droit privé, par contre, la maxime des débats s'applique, selon laquelle les parties doivent présenter un fait juridiquement pertinent et prouver les faits allégués. Contrairement au droit des assurances sociales (art. 44 f. LPGA), en droit privé, il n'existe pas de procédure réglementée pour la commande d'une expertise.

En cas d'examen complémentaire, de demande de consultation, d'anamnèse externe ou de compilation d'autres documents, ce contexte juridique différent de l'expertise doit être pris en compte.

En cas d'incertitude, il est conseillé d'obtenir l'accord du mandant ou des parties.

3.2. Terminologie juridique et niveau de preuve

L'expertise médicale sert de base à l'application de la terminologie juridique définie par la loi et par l'évolution du droit dans la jurisprudence et la littérature juridique. Des termes juridiques tels que « invalidité », « incapacité de travail », « caractère raisonnablement exigible » déterminent les questions

auxquelles l'expert doit répondre. Ils ne doivent être ni commentés ni appréciés dans l'expertise d'un point de vue médical. L'appréciation à cet égard relève de la responsabilité de l'instance chargée de l'application de la loi⁶. Toutefois, les aspects médicaux d'un caractère raisonnablement exigible doivent être démontrés par l'expert afin de servir de base au caractère raisonnablement exigible que doit apprécier l'instance chargée de l'application de la loi. La prise de position de l'expert sur des termes juridiques réduit la valeur probante de son appréciation.

La notion d'incapacité de travail, centrale dans les expertises médicales, est définie pour les assurances sociales à l'art. 6 LPGA comme suit : « 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 sa 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. » L'évaluation médicale de la capacité de travail comprend l'estimation du temps de présence médicalement justifié (performance quantitative, par exemple en heures par jour) et l'estimation de la performance qualitative donnée durant ce temps de présence (limites de stress, restrictions qualitatives, ralentissement par rapport à une personne en bonne santé). En règle générale, les deux composantes sont ensuite condensées en une estimation globale en pourcentage de la capacité de travail. Celle-ci doit être compréhensible et sa répartition en pourcentage doit indiquer clairement si elle se réfère à une charge de travail à temps plein ou partiel.

La capacité de travail en tant que concept juridique est finalement déterminée par l'instance chargée de l'application de la loi. L'évaluation médicale de la capacité/des limitations est une base importante, mais pas la seule, pour la décision de l'instance chargée de l'application de la loi dans la détermination de l'incapacité de travail (cf. ATF 140 V 193 E. 3.2).

En ce qui concerne le niveau de preuve en droit des assurances sociales ainsi qu'en droit des assurances privées lors de dommages corporels, le degré de preuve de l'atteinte à la santé, ses effets sur les performances et l'évaluation des relations de cause à effet sont basés sur la « vraisemblance prépondérante »⁷. En médecine d'assurance, les expertises ne visent pas à établir des preuves « scientifiques », mais à étayer la discussion et l'évaluation des interactions médicales et à parvenir aux meilleures conclusions possibles.

3.3. Expertises dans divers domaines juridiques

3.3.1. Assurance-invalidité (AI)

Dans le domaine de l'AI, l'expertise vise principalement à évaluer la capacité de travail, c'est-à-dire la perte de performance médicalement justifiée pour l'activité ou les tâches exercées jusqu'à présent (cf. art. 8 LPGA).

Le concept « d'atteinte durable à la santé » joue ici un rôle central. Trois conditions doivent être remplies pour qu'une invalidité soit reconnue au sens juridique : 1) une altération de longue durée de la santé physique ou mentale (atteinte à la santé à long terme), 2) l'incapacité totale ou partielle à

⁶ ATF 141 V 281 E. 5.2.

⁷ Cela signifie que les faits qui semblent être les plus probables de tous les événements possibles sont déterminants (ATF 138 V 218 E. 6).

effectuer un travail raisonnablement exigible et 3) la causalité entre l'altération de la santé et l'incapacité d'effectuer un travail raisonnablement exigible (art. 7 et 8 LPGa; art. 4 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 [LAI, RS 831.20]). L'invalidité est également un terme central pour l'assurance-accidents, l'assurance militaire et la prévoyance professionnelle.

La délimitation correcte des prestations de l'AI, de l'AA, de la PP et de l'AM et des prestations de l'assurance-chômage ou de l'aide sociale passe par une présentation ainsi qu'une évaluation optimale des facteurs sociaux et médicaux. Une incapacité de travail résultant principalement de facteurs de stress social tels que le manque de ressources linguistiques et éducatives, les charges sociales multiples, les conditions de vie difficiles ou d'autres facteurs comparables ne répond pas aux exigences de causalité juridique. Une atteinte à la santé de longue durée assimilable à une maladie et imputable à un stress social doit toutefois être prise en compte ATF 127 V 294, ATF 141 V 281 E. 3.4.2.1).

3.3.2. Assurance-accidents (AA)

La loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA, RS 832.20) régit les conséquences des accidents (art. 4 LPGa), des lésions corporelles au sens de l'article 6 alinéa 2 de la LAA (nouvelle version à partir du 1^{er} janvier 2017) et des maladies professionnelles.

En cas d'accident, les expertises LAA se concentrent sur l'évaluation de la relation causale « naturelle » entre l'accident et l'atteinte à la santé. Le principe de la « vraisemblance prépondérante » s'applique ici. Par causalité naturelle, qui doit être évaluée médicalement, on entend l'ensemble des facteurs sans lesquels une atteinte à la santé n'aurait pas eu lieu, pas dans la même mesure ou pas au même moment. Il convient de noter ici qu'il n'est pas nécessaire qu'un accident soit la seule cause d'une atteinte à la santé ; une causalité partielle est suffisante. En outre, l'instance chargée de l'application de la loi vérifie également la causalité dite « adéquate », qui présuppose un certain lien entre la gravité de l'accident et ses conséquences imprévisibles. L'expert ne se prononce pas sur la notion juridique de lien de causalité « adéquat ». En cas de lésions corporelles au sens de l'article 6 alinéa 2 de la LAA, l'explication de la causalité n'est pas nécessaire, car le législateur est guidé par la part de causalité liée à l'usure et à la maladie⁸.

Outre l'évaluation de la capacité de travail médicalement acceptable (aptitude au travail) dans les activités antérieures et adaptées au regard des conséquences d'un accident, de maladies professionnelles ou de lésions corporelles au sens de l'article 6 alinéa 2 de la LAA, une évaluation de l'« atteinte à l'intégrité » selon la LAA ou l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1983 (OLAA ; RS 832.202) doit être réalisée. La condition préalable à l'indemnisation pour atteinte à l'intégrité est une atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique résultant d'un accident (art. 24 LAA).

3.3.3. Prévoyance professionnelle (PP) / Caisses de retraite

Les prestations versées par les caisses de retraite dans le domaine de la prévoyance professionnelle suivent la détermination des prestations de l'AI et de l'AA. Dans le cadre de la PP, il est toutefois possible de procéder à des clarifications factuelles et donc d'ordonner des expertises si la PP considère

⁸ L'assurance fournit des prestations sous forme de rente si les lésions corporelles au sens de l'article 6 alinéa 2 de la LAA ne sont pas principalement imputables à l'usure ou à une maladie.

la détermination des prestations de l'AI ou de l'AA comme totalement inadéquate et/ou juridiquement « arbitraire ». De même, la PP peut devoir produire ses propres expertises médicales si elle fournit déjà des prestations d'un degré AI inférieur, par exemple d'un degré AI de 25 %⁹, ou si, comme cela peut être le cas avec certaines caisses de retraite, non seulement l'incapacité de travail, mais aussi l'invalidité dite professionnelle sont assurées, ou encore pour clarifier quelle caisse de retraite est responsable. Les caisses de retraite relèvent à la fois du droit des assurances sociales (part obligatoire) et du droit des assurances privées (part surobligatoire). D'un point de vue opérationnel, elles relèvent toutefois des assurances sociales.

3.3.4. Assurance militaire (AM)

L'assurance militaire comprend une couverture complète pour toutes les atteintes à la santé (maladie ou accident) liées dans le temps (principe de co-temporalité) à une mission couverte par l'AM¹⁰. Depuis le 1^{er} juillet 2005, la Suva gère l'assurance militaire sur mandat de la Confédération comme une assurance sociale autonome disposant de sa propre loi et avec une comptabilité distincte.

En raison du principe de co-temporalité, les obligations de déclaration et le devoir de preuve revêtent une importance particulière lors de la clarification de l'obligation de prise en charge de l'AM :

- Déclaration pendant le service : si une atteinte est constatée par un médecin au cours du service, un lien est légalement présumé. L'AM est responsable si elle n'apporte pas la preuve de l'absence de lien. Elle doit prouver, avec une certitude relevant de la pratique médicale, que l'atteinte précède la prise de service ou qu'elle n'a pas été causée ni aggravée pendant le service.
- Déclaration après le service : en cas d'atteintes constatées après le service – ainsi qu'en cas de rechute et de conséquences tardives d'atteintes assurées antérieurement – l'existence d'un lien entre le service et l'atteinte à la santé doit être clarifiée. L'AM n'est responsable que s'il est hautement probable que l'atteinte s'est produite ou aggravée pendant le service. Si la preuve de la probabilité n'est pas établie, l'AM ne doit fournir aucune prestation.
- Déclaration dans le cadre de la visite sanitaire d'entrée : les affections annoncées au début du service déclenchent l'obligation absolue et irréfragable de l'AM de verser des prestations pendant une année. C'est le cas lorsque l'affection est constatée lors de la visite sanitaire d'entrée obligatoire, que l'assuré est néanmoins retenu au service et qu'une aggravation de l'affection survient pendant le service.

Comme pour toutes les assurances sociales, le demandeur est tenu de coopérer et doit fournir des informations, autoriser des tiers à fournir des informations ou se soumettre à une expertise.

3.3.5. Assurance-maladie (AMal)

Dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), les expertises sont rares ; les questions relatives au remboursement, à l'application du tarif et à la vérification de l'obligation des assureurs de verser des

⁹ Les prestations AI ne sont envisagées qu'à partir d'un degré AI de 40 %.

¹⁰ L'assurance couvre le personnel militaire, le personnel de la protection civile et du service civil, les opérations du corps suisse d'aide en cas de catastrophe ou les opérations de maintien de la paix de la Confédération. En termes de temps, toute la durée du service est couverte, y compris le voyage aller et retour ainsi que les congés généraux et personnels, à l'exception de la durée de l'exercice « simultané » d'une activité salariée assurée au titre de la LAA pendant le congé.

prestations relèvent généralement de la responsabilité d'un médecin-conseil, de même que les questions relatives à la prescription de traitements physiothérapeutiques de longue durée, de séjours de réadaptation ou à l'évaluation de l'utilité de médicaments (art. 71 a-d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102)).

Dans des cas individuels, des expertises sont par exemple demandées pour évaluer les effets psychologiques et donc la valeur thérapeutique de troubles « cosmétiques » ou l'efficacité de thérapies à long terme.

3.3.6. Assurance-chômage (AC) et assurance-vieillesse (AVS)

En raison du risque assuré, qui n'est pas un risque sanitaire, les expertises médicales sont extrêmement rares pour ces branches des assurances sociales. Une vérification médicale de l'aptitude à l'emploi pour l'assurance-chômage ou des prérequis médicaux pour une allocation pour impotent de l'AVS peut toutefois s'avérer nécessaire.

3.3.7. Assurance privée

Les polices d'assurance privées peuvent couvrir tous les risques de santé tels que la maladie, le décès, l'invalidité. Les questions pour une expertise médicale dépendent alors de l'objet de l'assurance. La loi sur le contrat d'assurance LCA, les conditions générales d'assurance (CGA) correspondantes et les dispositions des différentes polices sont applicables. Les définitions de la LPGA sur l'incapacité de travail, le handicap, etc. ne peuvent pas être simplement reprises, mais doivent faire partie des CGA ou peuvent y être définies différemment.

Dans le cas de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, qui en Suisse est en grande partie une assurance privée au sens de la LAMal, une définition analogue de l'incapacité de travail déterminante pour l'obligation de verser des prestations, telle qu'elle figure dans la LPGA, s'applique généralement.

Pour la couverture des conséquences d'une invalidité, une table d'invalidité est souvent intégrée aux CGA. Des catalogues positifs et négatifs peu différenciés énumèrent les atteintes à la santé couvertes par un montant d'indemnisation fixe (par exemple, déchirures musculaires, entorses, incapacité d'utiliser une main) ou exclues du contrat (par exemple, maladies infectieuses, suicide ou autres). En médecine somatique, l'« invalidité médicale théorique » est estimée de manière abstraite selon ces tables d'invalidité, sans tenir compte de la profession. En cas de troubles partiels de la santé, l'évaluation se fait sur la base d'un pourcentage en utilisant les tables d'invalidité. Compte tenu de la grille très approximative des tables d'invalidité, l'estimation, sous forme d'expertise, de l'invalidité médicale théorique n'est pas aisée et nécessite une comparaison équilibrée avec divers autres troubles de la santé ou pertes d'organes. L'indemnité d'invalidité prend généralement la forme d'un versement unique, éventuellement d'une pension.

3.3.8. Responsabilité civile et assurances responsabilité civile

Les expertises dans le domaine de la responsabilité civile sont généralement demandées par l'assureur responsabilité civile de la partie lésée, l'objectif principal étant de clarifier les droits entre les parties

privées (auteur présumé du dommage et partie lésée). L'accent est mis sur la clarification des dommages de droit civil, et non sur l'évaluation de la capacité à travailler ou de l'invalidité médicale théorique. Cela inclut également, par exemple, les dommages dits domestiques ou la perte de qualité de vie. L'expert s'emploie à répondre aux questions posées relatives aux parts de dommages dans le mandat et doit être conscient des différences entre assurances sociales et assurances privées dans le domaine de la responsabilité civile.

L'assurance-responsabilité civile pour véhicules automobiles revêt une importance pratique particulière, car elle commande des expertises médicales de manière indépendante, mais souvent aussi avant, après ou en collaboration avec l'assureur obligatoire des accidents.

Dans le domaine tout aussi important de la responsabilité médicale ou des affaires de responsabilité civile relatives à d'autres traitements médicaux, la question de l'existence d'une violation du devoir de diligence et de sa causalité se pose toujours dans les avis d'experts.

4. Approche générale pratique

4.1. Exécution du mandat d'expertise

Les dossiers sont remis sous une forme compréhensible et gérable pour l'expert (langue, lisibilité, ordonnancement).

D'un point de vue médical (médecine d'assurance), des réponses peuvent être apportées aux questions.

Lors de l'acceptation du mandat d'expertise, l'expert vérifie que toutes les informations nécessaires à l'expertise soient complètes. À savoir¹¹ :

Concernant la personne examinée :

- Données personnelles de la personne à examiner (nom, date de naissance, adresse, si possible avec coordonnées téléphoniques).
- Toutes informations particulières, telles que la nécessité d'une assistance par des personnes auxiliaires, les contraintes de temps.
- Informations concernant la représentation par un avocat ou un représentant légal
- Compétences linguistiques de la personne à examiner. En cas de doute, recours à un interprète professionnel (ATF 140 V 260 E. 3.2.1).

Concernant le mandat :

- Adresse de contact avec téléphone pour les questions
- Identification du cadre juridique dans lequel le mandat est confié, par exemple assurance obligatoire en cas d'accident, assurance responsabilité civile (véhicule automobile), assurance incapacité de gain privée, etc.

Aspects formels du mandat :

¹¹ Riemer-Kafka, G. (2017) : Versicherungsmedizinische Gutachten. Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden, 3e édition. Stämpfli Verlag AG Bern, p. 41-43

- Date limite à laquelle le mandat doit être rempli
- Informations quant aux positions tarifaires ou aux règles de rémunération applicables

Aspects relatifs au contenu du mandat :

- Détermination de la (des) discipline(s) à expertiser, sous réserve d'une évaluation technique par l'instance mandatée, et désignation de la discipline chef de file
- Résumé factuel
- Objet et raison de l'expertise (p. ex. examen d'une rente, réexamen)
- Questions spécifiques (éventuellement sous forme de questionnaires) et description de poste/profil des exigences professionnelles de l'emploi antérieur pour l'évaluation de la capacité de travail. Adaptation éventuelle du questionnaire avec le mandant

Pièces antérieures :

- Pièces antérieures complètes et actuelles avec
 - Dossiers médicaux complets, avec imagerie et rapports de constatations, le mandant est responsable de la fourniture des dossiers
 - Renseignements fournis par les parties
 - Expertises antérieures (certaines expertises, par exemple les expertises légales, les expertises civiles et les expertises relevant de la médecine du trafic, ne sont pas obligatoires ou peuvent être obtenues par l'intermédiaire du mandant au prix d'une procédure complexe)
 - Éventuels jugements antérieurs
 - Autres pièces du dossier d'assurance pertinentes pour la médecine d'assurance telles que rapports des mesures de réadaptation, extrait CI, décisions antérieures, recours, etc.
 - Enregistrements vidéo, rapports d'observation, photos, etc. avec commentaires de la personne examinée sur ces documents
- Pour les évaluations de causalité : pièces en temps réel telles que
 - Rapports et procès-verbaux de police, photos d'accidents
 - Déclaration d'accident
 - Analyses d'accident et expertises biomécaniques
 - Rapports des inspecteurs de sinistres
 - Dossiers médicaux avant l'accident
 - Dossiers des secouristes (médecin urgentiste, personnel paramédical, Rega)

- Lors de la compilation des dossiers, le contexte juridique doit être pris en compte ; en cas de doute, le mandant doit être consulté. Dans le domaine des assurances sociales, l'expert peut se procurer lui-même des dossiers, mais il doit se conformer aux exigences légales (procuration actuelle de la personne examinée). Dans le domaine du droit privé (responsabilité civile, etc.) et dans le cadre des mandats judiciaires, l'expert n'est pas habilité à se procurer des dossiers supplémentaires de sa propre initiative sans l'accord du mandant. En règle générale, des procurations ponctuelles et juridiquement valables doivent être établies (cf. glossaire).

Documents LFA

- Lors de l'évaluation des documents « LFA »¹² en général, des résultats de recherches, des rapports d'observation et des enregistrements vidéo, il est supposé que ceux-ci sont non altérés, correctement documentés et complets. Il est également supposé que les documents et résultats pertinents ont été pleinement et activement ouverts aux parties concernées avant l'attribution du mandat. Les dossiers doivent renseigner sur l'état actuel de la procédure (par exemple, les déclarations des parties concernées, l'ouverture d'une procédure pénale).

Lors de son examen, l'expert vérifie :

- L'identité de la personne examinée, par exemple au moyen d'une carte d'identité ou d'un permis de conduire.
- Que la présence d'une tierce personne réclamée par la personne examinée est autorisée ; dans le cas des expertises psychiatriques, la présence de tiers (à l'exception d'un interprète professionnel) est généralement exclue, sauf si l'expert l'estime nécessaire. Dans ce cas, l'expertise doit indiquer clairement quelles informations proviennent directement de la personne examinée et lesquelles proviennent de parents ou d'autres personnes (ATF 140 V 260 E. 3.2.3).
- Le cas échéant, l'intervention correcte d'un interprète. Les parents ou les connaissances de la personne examinée ne peuvent être chargés de cette tâche (Schleifer et al. 2015 ; ATF 140 V 260 E. 3.2.1). Au début de l'expertise, l'interprète est présenté, son impartialité est vérifiée et les règles de collaboration (devoir de confidentialité, traduction complète, etc.) sont expliquées. L'interprète est informé de la nécessité de traduire les échanges de la manière la plus littérale, la plus complète et la plus claire possible. Il doit signaler les écueils linguistiques (vocabulaire, dialecte), les difficultés d'expression manifestes, les problèmes de traduction, les particularités culturelles pouvant conduire à des malentendus lorsqu'elles sont traduites littéralement, etc.
- La complétude de l'anamnèse.
- La complétude de l'examen clinique.

L'expert informe la personne examinée au sujet de l'objectif, de la procédure et des conditions particulières de confidentialité dans le cadre de l'expertise (cf. glossaire).

¹² Lutte contre la fraude à l'assurance

5. Structure générale d'une expertise

Les développements suivants décrivent approximativement le contenu d'une expertise ; ils ont une valeur indicative et peuvent être adaptés dans certains cas.

5.1. Introduction/Situation initiale/Mandat

Le mandat précise, selon les circonstances, si une expertise mono-, bi- ou polydisciplinaire est requise. Le mandat est confié après la tenue de l'audition de droit¹³.

Le mandat doit contenir une brève description du cas et fournir des informations sur le motif de l'expertise et l'état actuel de la procédure administrative. Il est judicieux de rappeler brièvement la situation qui a conduit à l'expertise dans l'introduction du rapport.

La structure de l'expertise repose dans le détail sur les exigences du domaine juridique applicable (AI, AA, droit privé). Pour les expertises AI, des directives officielles (OFAS ou AI), basées sur des décisions du Tribunal fédéral (en particulier l'ATF 141 V 281 avec l'introduction de la procédure de clarification axée sur les indicateurs), existent avec des prescriptions détaillées tant pour la structure de l'expertise que pour les questions à traiter. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les indicateurs doivent être pris en compte pour les maladies mentales, mais pas pour les maladies somatiques (ATF 143 V 109 ; 143 V 418).

5.2. Dossier/Extrait de dossier

Les dossiers importants sur le plan médical doivent être mentionnés par ordre chronologique : informations sur l'auteur, date du rapport, éventuellement mandant ou destinataire, constatations et diagnostics pertinents obligatoires. Tous les contenus des dossiers utilisés dans un exposé des motifs ultérieur doivent être répertoriés dans cette section. Une simple liste des pièces antérieures sans résumé de leur contenu n'est pas suffisante. Les appréciations du contenu du dossier sont à omettre à ce stade. Elles figurent généralement dans le chapitre « Évaluation récapitulative dans le contexte de la médecine d'assurance ». Des notes importantes – marquées en conséquence – peuvent néanmoins être prises dans des cas exceptionnels (par exemple avec : « Remarque de l'expert :... »). Les extraits de dossiers sont présentés de manière à ce que leur origine puisse être établie (par exemple : a) Dossiers mis à disposition avec le mandat d'expertise, b) Documents demandés par l'expert, c) Documents mis à disposition par la personne examinée ou son représentant légal, d) Dossier de l'assurance xx selon la LAA, Dossier d'assurance-invalidité, etc.). Des informations sur d'éventuels dossiers incomplets doivent également être consignées dans ce chapitre.

5.3. Anamnèse (questionnaire)

5.3.1 Anamnèse personnelle

- Informations fournies spontanément par l'assuré lors d'un entretien ouvert : la personne examinée a d'abord la possibilité de s'exprimer spontanément.

¹³ Dans le cas des examens polydisciplinaires dans le cadre de l'AI, l'attribution du mandat d'expertise se fait de manière aléatoire (art. 72bis al. 2 RAI ; « SuisseMED@P »).

- Troubles actuels et évolution antérieure de la maladie (exposé spontané ou en réponse aux questions posées). Spécial accidents/AA : état antérieur, déroulement de l'accident, premiers symptômes, déroulement des événements, thérapies pratiquées et leurs effets, gestion des symptômes ou stratégies de lutte
- Autres anamnèses personnelles, état antérieur, affections antérieures, accidents, opérations
- Anamnèse par système, , consommation de substances psychotropes, éventuellement sexualité
- Anamnèse familiale
- Traitements actuels et antérieurs (avec posologie pour les traitements médicamenteux)
- Programme quotidien (y compris activités extra-professionnelles)
- Social/Intégration : famille, profession, société
- Activités professionnelles et postes au sein de la profession, date et circonstances de l'activité, expérience en matière de mesures d'intégration ou de tentatives de travail
- Facteurs de stress biographiques
- Formation et carrière professionnelle
- Auto-évaluation, modèle de maladie, perspectives d'avenir

5.3.2. Anamnèse de tiers (seulement avec l'accord de la personne examinée)

5.4. Examen médical spécialisé/documentation des résultats

L'examen clinique doit être documenté avec les détails nécessaires – date, heure et durée – pour chaque cas, notamment en ce qui concerne les constatations pathologiques. Ces dernières doivent expliquer les restrictions fonctionnelles à la base du déficit d'activité, de participation et de la limitation professionnelle.

Le type et l'étendue de l'examen clinique dépendent des exigences de la spécialité concernée et des questions posées par le mandant. Les graduations/scores et échelles utilisés dans la documentation des résultats doivent être fournis avec une indication de la source. Les classifications de gravité non clairement définies doivent être si possible évitées.

Lors de la documentation des mesures circonférentielles, les repères anatomiques utilisés pour la mensuration uniforme doivent être clairement identifiés.

Les observations faites pendant l'exploration ou l'examen, telles que l'autolimitation, la volonté limitée de produire des efforts, les manifestations incohérentes, les déclarations changeantes, doivent être consignées par l'expert et discutées lors du contrôle de cohérence ultérieur.

5.5. Examens complémentaires

Des examens complémentaires doivent être réalisés s'ils sont nécessaires pour clarifier les faits médicaux, répondre aux questions du mandant et si la personne examinée a donné son consentement. Le type et l'étendue des examens complémentaires dépendent des exigences de la spécialité

concernée¹⁴.

5.5.1. Analyses en laboratoire

Des tests de laboratoire peuvent être organisés si une indication appropriée existe (par exemple, délimitation de diagnostic différentiel, détermination des taux sériques de médicaments).

Pour les analyses de laboratoire, en particulier la détermination des taux de médicament, le moment du prélèvement sanguin et la date et l'heure de la dernière prise de la substance à déterminer indiqués par la personne à examiner doivent être enregistrés afin de pouvoir vérifier la plausibilité de la prise de médicament indiquée sur la base de la demi-vie.

5.5.2. Imagerie

Dans le cas des examens d'imagerie, l'identité de la personne qui a effectué les constatations doit être enregistrée (radiologue examinateur). En principe, l'expert évalue lui-même les examens d'imagerie relevant de son domaine de compétences.

La consultation d'un autre expert pour l'évaluation de l'imagerie doit être signalée.

5.5.3. Neuropsychologie

Les examens neuropsychologiques sont des résultats supplémentaires inclus dans l'évaluation globale de la médecine d'assurance (Stöckli et al. 2005, sp. 1182-1187)¹⁵. L'évaluation globale des constatations et les conclusions correspondantes relèvent de l'expert médical compétent (spécialiste en psychiatrie ou en neurologie)¹⁶.

5.5.4. Évaluation de la capacité fonctionnelle ECF

Ces procédures fournissent des résultats complémentaires qui sont intégrés dans l'évaluation globale de la médecine d'assurance. L'évaluation globale des constatations et les conclusions correspondantes relèvent de l'expert médical compétent familier de la méthodologie ECF (spécialiste en psychiatrie ou en neurologie)¹⁷.

5.5.5 Diagnostic interventionnel

Il doit être effectué par l'expert lui-même avec retenue et uniquement si le gain d'information est significatif. Afin d'éviter toute interférence entre l'expertise et la relation médecin-patient, ces

¹⁴ Le Tribunal fédéral considère que les examens complémentaires au sens d'un enregistrement de la psychopathologie sur la base d'un test n'ont qu'une valeur supplétive ; l'examen clinique avec anamnèse, relevé des symptômes et observation du comportement est décisif (par exemple BGer 9C_190/2016 du 20 juin 2016 E. 4.1).

¹⁵ Stöckli, H. R. et al. (2005) : Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der chronischen Phase nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma (ckZBT, sog. Schleudertrauma) (ohne Commotio cerebri/mild traumatic brain injury). Pragmatische Empfehlungen der multidisziplinären Konsensusgruppe Olten vom 13.01.2005. In: Schweizerisches Medizinisches Forum 5 (47), p. 1182–1187.

¹⁶ Selon le Tribunal fédéral, l'examen neuropsychologique ne suffit pas à lui seul à répondre de manière indépendante et concluante à la question de la causalité d'un tableau clinique ; BGer 8C_636/2018 du 28 novembre 2018 E. 4.2.

¹⁷ Selon le Tribunal fédéral, si une évaluation médicale fiable de la capacité de travail est disponible, il n'est généralement pas nécessaire que la question juridique de l'incapacité de travail soit examinée par une ECF. Une telle évaluation peut toutefois être prescrite si plusieurs médecins soutiennent expressément cette démarche en raison d'un tableau clinique multiple et difficile à évaluer (p. ex. BGer 9C_433/2018 du 5 octobre 2018 E. 4.2).

interventions peuvent également être déléguées à des tiers.

5.6. Évaluation récapitulative dans un contexte de médecine d'assurance

La partie du rapport consacrée à la discussion, qui contient les principales déclarations de l'expert, devrait faire l'objet de la plus grande attention. Après un bref résumé du cas, les considérations et conclusions de l'expert concernant les diagnostics et leurs effets et conséquences fonctionnels et les aspects de causalité doivent être présentés d'une manière médicalement compréhensible et les éventuels avis préliminaires contradictoires doivent être discutés. Cette partie centrale de la discussion doit permettre d'obtenir les réponses ultérieures aux questions.

Les éléments suivants doivent également être pris en compte :

- Déduction basée sur des critères et une explication compréhensible des diagnostics
- Examen médico-argumentatif des avis contradictoires dans les dossiers précédents
- Contrôles systématiques complets de la cohérence et de la plausibilité
- Pas de justification « post hoc ergo propter hoc » (BGer 119 V 335 E. 2b/bb ; cf. également ATF 142 V 325 E. 2.3.2.2 ; BGer 8C_8/2018 du 23 avril 2018 E. 3.2), mais présentation argumentée des différentes possibilités de causalité et contrôle de plausibilité
- Description détaillée et médicalement compréhensible ou évaluation des effets fonctionnels des troubles de la santé (si nécessaire CIF, ECF et discussion critique)
- Prise de position éventuelle sur les mesures médicales, passées et futures
- Déclarations sur le pronostic, recommandation éventuelle pour un suivi
- Pas d'évaluation de médecine d'assurance hors domaine de spécialité
- Éventuelles recommandations d'examens complémentaires

5.7. Diagnostic(s) spécialisé(s)

L'expert ne doit établir de diagnostics que dans son domaine de spécialité et sur la base de systèmes de classification reconnus. Les suppositions de diagnostics ne peuvent pas en soi être utilisées pour justifier une réduction de la capacité de travail, car elles ne peuvent pas justifier une vraisemblance prépondérante. S'il apparaît qu'un diagnostic en rapport avec les questions posées ne relève pas de la spécialité de l'expert, celui-ci doit en informer le mandant et discuter avec lui de la conduite à adopter.

5.8. Réponse au questionnaire

Les réponses au questionnaire se réfèrent aux déclarations faites lors de la discussion relative à la médecine d'assurance. Un expert ne peut en aucun cas procéder à une évaluation de médecine d'assurance en dehors de sa spécialité. En cas d'expertise interdisciplinaire, le Tribunal fédéral considère qu'une évaluation récapitulative basée sur un consensus est idéale, mais non obligatoire (ATF 143 V 124 E. 2.2.4)¹⁸.

¹⁸ L'OFAS peut contraindre le bureau d'expertise à mener une discussion visant l'obtention d'un consensus et à documenter la

5.9. Bibliographie

L'expertise ne doit pas obligatoirement comporter de citations de la littérature ou une bibliographie. Dans des cas particuliers, elles peuvent toutefois être utiles, voire nécessaires, pour justifier l'état actuel des connaissances médicales ou les conclusions de l'expertise, notamment en cas de maladies rares ou d'expérience professionnelle limitée.

6. Glossaire¹⁹

ATF

Arrêts du Tribunal fédéral ou du Tribunal fédéral des assurances publiés dans le recueil officiel du droit fédéral. Toutes les décisions matérielles peuvent être consultées sur Internet (www.bger.ch/fr).

Accident (sens juridique)

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

Activité selon CIF

Une activité est l'exécution d'une tâche ou d'une action par un être humain.

Aggravation

Suite à un accident, la maladie initiale peut connaître une

- aggravation déterminante lorsque l'accident la fait évoluer plus tôt que prévu, en accélère l'évolution ou lui fait atteindre un stade douloureux qui ne s'atténuera plus.
- aggravation permanente, ce qui signifie que le statu quo ante ne sera plus jamais retrouvé et que le patient présentera toujours un état déficitaire
- aggravation temporaire : l'état antérieur est temporairement aggravé par l'accident, puis on retrouve le statu quo ante.

Amplification

Exagération volontaire d'un trouble existant, présenté comme plus grave ou plus intense qu'il ne l'est en réalité, dans le but d'en tirer des avantages (matériels).

Amplification des symptômes

La notion d'« amplification des symptômes » n'est ni un diagnostic ni un concept nosologique. Elle ne sert qu'à décrire un phénomène dans lequel on retrouve pour l'essentiel les observations suivantes :

teneur de la discussion.

¹⁹ Sources cf. également lignes directrices en matière d'expertise orthopédique, rhumatologique et psychiatrique en médecine d'assurance

le patient se plaint de symptômes exagérément intenses, éventuellement étendus du point de vue de leur topographie (contredisant l'expérience clinique que l'on peut avoir de la problématique médicale concernée), il présente une limitation fonctionnelle étendue au sens d'une autolimitation et une forte restriction de ses activités, ainsi qu'un manque de volonté lorsqu'il s'agit de participer aux évaluations fonctionnelles. On relève des incohérences évidentes lors de l'examen.

Autolimitation

Absence de motivation ou autolimitation lors d'une évaluation fonctionnelle ou dans le cadre d'un programme de formation : le patient interrompt les épreuves ou les exercices très rapidement, avant que des signes d'effort ou qu'une limitation fonctionnelle (tension musculaire, mouvements d'évitement, insuffisance de la capacité de stabilisation ou accélération du pouls, par ex.) soit observables²⁰.

Capacités fonctionnelles ou « capacity » (selon la CIF)

Désigne le niveau maximum d'efficacité qu'une personne est susceptible d'atteindre dans la réalisation d'une tâche ou d'une action en conditions de test, en conditions normales ou de manière hypothétique. Le terme de « maximum » doit être interprété en relation avec la question traitée. La capacité fonctionnelle fait partie intégrante du concept d'activité.

Causalité

« Par lien de causalité, on entend la relation entre la survenance d'un risque et ses conséquences ou, en d'autres termes, entre cause et effet. Le rapport de connexité temporelle ne suffit pas à lui seul (post hoc, ergo propter hoc, litt. : à la suite de cela, donc à cause de cela) ; la causalité doit être établie sur le plan médical »²¹. Une distinction est opérée entre lien de causalité *naturelle* et lien de causalité *adéquate*.

Au sens d'un lien de causalité *naturelle*, les causes sont *toutes* les circonstances sans lesquelles le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière (en nature et en intensité), ou encore dont on peut penser qu'il ne se serait pas produit au même moment (ATF 129 V 177 ff. [181], consid.3.1). La survenance du risque peut découler d'une cause unique ou d'une cause partielle qui n'est pas obligatoirement immédiate. Elle doit par conséquent être la condition sine qua non de la nature et de l'intensité du dommage²². *Cause partielle* : cause qui, associée à d'autres facteurs, a provoqué l'atteinte à l'intégrité physique, mentale ou psychique (vaut par ex. également dans le cas de l'aggravation d'un état antérieur existant par une cause (partielle) qui vient s'ajouter). La cause partielle diffère ici de la cause occasionnelle, qui a conduit au déclenchement ou à la manifestation d'un autre risque déjà latent²³.

Monocausalité : cause unique responsable de tout.

²⁰ Oliveri, Michael ; Kopp, Hans Georg ; Stutz, Klaus ; Klipstein, Andreas ; Zollkofer, Jürg (2006b): Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 2. In: Schweizerisches Medizin-Forum, S. 448–454.

²¹ Riemer-Kafka, Gabriela (2012): Versicherungsmedizinische Gutachten. Ein interdisziplinärer juristisch-medizinischer Leitfaden. Bern, Basel: Stämpfli; EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

²² Ebenda

²³ Ebenda

Le médecin prend exclusivement position sur le lien de causalité naturelle. Pour l'expert psychiatre se pose en outre la question, lors de son évaluation, de savoir si et quand (dans la suite de l'évolution) la causalité peut être considérée comme éteinte (statu quo ante vel sine, cf. glossaire).

La jurisprudence reconnaît l'existence d'un lien de causalité adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'événement considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 ff. [461 f.], consid.5A).

S'agissant des conséquences psychiques d'accidents, le Tribunal fédéral a précisé les critères permettant – en fonction de la gravité et des circonstances de l'accident ainsi que de ses conséquences – d'admettre la causalité adéquate (ATF 115 V 133).

Par analogie, le Tribunal fédéral a énuméré les critères relatifs aux traumatismes de la colonne cervicale (ATF 134 V 109 du 28.5.2008).

L'évaluation du lien de causalité adéquate incombe à l'instance chargée d'appliquer le droit. L'expert est tenu de fournir les bases médicales nécessaires à cet effet.

CIF

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : la CIF a été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en complément de la classification internationale des maladies (CIM). Elle dérive principalement du constat que le diagnostic ne donne pas d'indications directes sur l'état de santé fonctionnel d'une personne. La CIF repose sur un modèle de maladie biopsychosocial.

Degré de preuve

Pour être reconnu par l'assurance sociale, un état de fait (par exemple l'imputabilité d'un trouble à un accident) doit être établi au moins avec une vraisemblance prépondérante. Une supposition ou une simple possibilité ne suffisent pas.

Dissimulation

Fait de minimiser ou de nier délibérément des troubles/symptômes de maladie.

EBM

Evidence-Based Medicine, médecine fondée sur les faits

ECF

Évaluation de la capacité fonctionnelle de la CI Ergonomie du Groupe Suisse de Travail pour la Réadaptation (SAR) : examen bidisciplinaire, réalisé par le physiothérapeute et le médecin. Outre un questionnaire et un examen axé sur les problèmes, effectués par le médecin, elle comprend un contrôle complet de la performance à l'aide de 29 tests fonctionnels standardisés (minimum 15) reproduisant des activités physiques au travail (soulever, porter, travailler au-dessus du niveau de la poitrine, etc.) en vue d'une évaluation réaliste de la résistance, en toute sécurité, d'un point de vue ergonomique dans le contexte professionnel. Le test comporte également une évaluation

standardisée de la motivation à fournir des efforts et de la cohérence. Les ECF ne peuvent être confiées qu'à des institutions agréées par CI Ergonomie.

Efficacité ou performance (selon la CIF)

Désigne la réalisation effective d'une tâche ou d'une action par une personne dans son cadre de vie réel. L'efficacité est un aspect relevant du concept d'activité.

Exigibilité

Ce terme juridique n'a jusqu'ici été défini dans aucune loi. L'exigibilité en tant que notion juridique sert à fixer des limites aux prétentions d'assurance. Cette notion est étroitement liée à celle de proportionnalité : les mesures acceptables doivent être proportionnées afin d'être reconnues exigibles. Dans le langage courant, il désigne le comportement que l'on est en droit d'attendre ou d'exiger d'une personne, même s'il implique pour cette dernière des désagréments ou des sacrifices. D'un point de vue médical, l'acceptabilité varie en fonction des capacités et des handicaps que le patient présente par rapport au profil exigé pour un poste de travail donné. La capacité de travail et l'exigibilité sont deux notions très liées. Le médecin considérera en règle générale qu'on ne peut plus parler d'exigibilité lorsqu'un patient souffre d'une maladie lourde assortie de mauvais pronostics et qui l'empêche totalement ou partiellement d'exercer un travail adéquat ou lorsqu'il existe un risque significatif de dégradation de l'état de santé du fait de la charge de travail.

Par ailleurs, il existe une exigibilité des mesures thérapeutiques dont on peut attendre, selon les connaissances scientifiques, une amélioration notable de la symptomatologie. Un examen approfondi (bénéfices, risques, coûts) est nécessaire dans certains cas.

Facteurs contextuels (selon la CIF)

Ce sont tous les facteurs qui constituent le cadre de vie d'une personne. Ils se composent de facteurs environnementaux et personnels.

Facteurs environnementaux (selon la CIF)

Les facteurs environnementaux désignent les aspects matériels, sociaux et comportementaux du cadre de vie d'une personne.

Fonctions organiques (selon la CIF)

Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).

Handicap

L'art. 2 de la loi sur l'égalité pour les handicapés (LHand) précise : « Est considérée comme personne handicapée au sens de la présente loi toute personne dont la déficience corporelle, mentale ou psychique présumée durable l'empêche d'accomplir les actes de la vie quotidienne, d'entretenir des contacts sociaux, de se mouvoir, de suivre une formation, de se perfectionner ou d'exercer une activité professionnelle, ou la gêne dans l'accomplissement de ces activités. »

Impotence

Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art 9. LPGA). On distingue trois degrés d'impotence.

Incapacité de gain

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 LPGA).

Incapacité de travail

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 sa 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 (art. 6 LPGA). L'incapacité de travail est en fin de compte une notion juridique stipulée de manière définitive par l'instance chargée d'appliquer le droit (ATF 140 V 193). L'expert évalue, à l'intention de l'instance chargée d'appliquer le droit, l'incapacité de travail médicalement acceptable (exigible) d'un point de vue médical sous forme d'une appréciation de la capacité de travail et de l'étendue horaire par rapport aux exigences professionnelles. Celle-ci doit être justifiée avec un maximum de transparence en utilisant des résultats d'exams médicaux aussi objectivables que possible.

Indemnité pour atteinte à l'intégrité

« L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour objet de reconnaître qu'au-delà des prestations en nature et en espèces, des préjudices immatériels durables, qui sont irréparables, peuvent découler d'accidents »²⁴. Cette indemnité revêt la forme d'un versement unique. « L'atteinte à l'intégrité physique, mentale ou psychique doit être durable » et significative, et toutes les possibilités de traitement doivent avoir été épuisées. « Les séquelles d'accident doivent être identifiées et dissociées des conséquences de maladies. »²⁵

Les tables de la SUVA donnent des indications précises sur l'évaluation de cette indemnité (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Suva 2002, 2004).

Dans le cadre de la LCA, les contenus contractuels pertinents des CGA s'appliquent.

Dans le cadre de l'AM, les dispositions relatives à la rente pour atteinte à l'intégrité qui y sont prévues sont prises en compte lorsque l'élément de l'atteinte qui en résulte est d'une importance centrale.

²⁴ Hoffmann-Richter, Ulrike ; Jeger, Jörg ; Schmidt, Holger (2012): Das Handwerk ärztlicher Begutachtung. Theorie, Methodik und Praxis. 1. Aufl. Stuttgart : Kohlhammer Verlag.

²⁵ Ebenda

Invalidité

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8, al. 1 LPGA).

LAI

Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)

Lésions corporelles au sens de l'article 6 alinéa 2 de la LAA

Outre les accidents professionnels, les accidents non professionnels et les maladies professionnelles, le législateur a défini les lésions corporelles pour lesquelles l'assurance alloue aussi ses prestations. Le nouvel alinéa énumère les mêmes lésions corporelles que celles qui figuraient précédemment à l'article 9 de la LAA. Le positionnement au niveau de la loi souligne toutefois leur équivalence avec les autres notions « accident » et « maladie professionnelle » définies par la loi. En outre, la loi ne présuppose plus un événement, bien que la présence ou l'absence d'un tel événement est déterminante du point de vue de la jurisprudence, tant en ce qui concerne l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; responsabilité de l'assureur) que l'absence d'un événement dans la présentation de la preuve à décharge. L'assureur accident ne peut se libérer de son obligation d'allouer ses prestations que s'il peut prouver avec le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante que la lésion corporelle est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. L'analogie avec le contexte des maladies professionnelles, où « de manière prépondérante » est assimilé à au moins 50 % des causes, aide à interpréter la formulation « de manière prépondérante ». Cette évaluation doit prendre en compte l'ensemble des causes. Outre l'état antérieur, les circonstances de la première occurrence des troubles doivent également être examinées plus en détail.

LPGA

Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 830.1)

Maladie (sens juridique)

Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 LPGA). Dans le domaine des assurances invalidité, accidents et militaire, les notions médicale et juridique de la maladie ne sont pas identiques, la notion médicale (modèle de maladie biopsychosocial) est plus large que la notion juridique, qui exclut les facteurs psychosociaux en tant que causes justifiant l'invalidité.

Maladie et pathologie

Le sociologue médical établit une distinction entre maladie (« illness ») et pathologie (« disease »). La maladie ou le fait de se sentir malade exprime le vécu de ses troubles par une personne. La pathologie en revanche est un état pouvant être objectivement constaté et diagnostiqué, mais qui ne

doit pas encore être considéré comme un trouble (par ex. tension artérielle élevée). La maladie ne doit quant à elle pas nécessairement être un état objectivement constaté et diagnostiqué dans tous les cas.

Mesures médicales

Sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact – pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate (art. 2 RAI).

Motifs d'exclusion

Dans l'ATF 131 V 49, puis à nouveau dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a cité les motifs d'exclusion suivants : « aggravation, bénéfice secondaire de la maladie, caractère vague des douleurs, divergence considérable entre les douleurs décrites et le comportement observé, discordance entre les douleurs décrites et le recours aux traitements, plaintes très démonstratives, allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement largement intact ». En cas de motifs d'exclusion essentiels, un handicap revendiqué n'est généralement pas reconnu en tant qu'invalidité au sens juridique.

Moyens auxiliaires

L'assuré a droit, d'après une liste dressée par le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou se perfectionner, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. Les frais de prothèses dentaires, de lunettes et de supports plantaires ne sont pris en charge par l'assurance que si ces moyens auxiliaires sont le complément important de mesures médicales de réadaptation (art. 21 LAI).

Obligation de réduire le dommage

L'obligation de réduire le dommage pose pour principe que l'on peut attendre de la personne lésée qu'elle prenne les mesures que tout individu raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait prétendre à des prestations d'aucune sorte. Comme exemples de démarches, on peut citer la recherche d'un emploi ou le recours à des soins médicaux dont les frais sont remboursés par l'assurance-maladie. On ne peut attendre que des mesures proportionnées de la part de la personne assurée. L'expert médical fournit les bases de cette décision. En cas de thérapies devant être imposées le cas échéant, il convient de comparer avec précision les bénéfices attendus et les risques possibles dans le cas concerné.

Participation (selon la CIF)

La participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle, par exemple dans le travail rémunéré.

Prestations complémentaires

Les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI sont versées lorsque les rentes et les autres revenus d'une personne ne suffisent pas à couvrir ses besoins vitaux. Toute personne peut en bénéficier à condition de remplir les conditions d'octroi.

Principe de co-temporalité

Ce terme s'applique spécifiquement à l'assurance militaire (AM). Pour pouvoir bénéficier de l'assurance militaire, il faut apporter la preuve que l'atteinte à la santé résulte du service ou qu'une atteinte à la santé déclarée s'est considérablement aggravée durant le service. Si une atteinte à la santé survient pendant le service et est également signalée ou constatée en tant que telle, la responsabilité de l'assurance militaire est présumée par la loi.

Problème de santé (selon la CIF)

Atteinte à la santé fonctionnelle résultant des interactions complexes entre les différentes composantes de la CIF. La notion de handicap désigne les aspects négatifs de ces interactions.

RAI

Règlement sur l'assurance-invalidité (RS 831.201)

Reclassement

L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. (art. 17 LAI).

Rendement

Pour l'évaluation de la capacité ou de l'incapacité de travail, les deux aspects suivants sont en premier lieu examinés séparément :

- aspect performance (résistance ou « rendement ») ;
- aspect temps (temps de présence au poste de travail).

Ressources

Les ressources désignent les éléments résiduels sains d'une personne : aptitudes, habileté, connaissances, adresse, expérience, talents, inclinations et points forts. En font également partie la capacité à s'en sortir dans la vie, à s'adapter à la nouveauté et à affronter le stress. De bonnes relations avec les autres et un solide réseau social constituent également des aspects importants des ressources personnelles. L'étendue des ressources personnelles dépend pour l'essentiel de la

personnalité qui les sous-tend.

RS

Recueil systématique du droit fédéral. Les lois et ordonnances sont disponibles sur Internet, classées par leur numéro RS [www.admin.ch].

Santé fonctionnelle (selon la CIF)

Selon la CIF, une personne est considérée comme en bonne santé sur le plan fonctionnel lorsque ses fonctions organiques et ses structures anatomiques correspondent aux normes (statistiques) communément admises, effectue ou est en mesure d'effectuer toutes les tâches attendues d'un individu sans problème de santé, et peut s'épanouir dans tous les domaines de la vie importants à ses yeux, d'une manière et dans une mesure que l'on peut attendre d'une personne ne souffrant d'aucune atteinte à sa santé.

Simulation

Action de feindre volontairement une pathologie ou des symptômes avec une motivation manifeste. Les douleurs sont présentées, mais non ressenties, ce qui les différencie des douleurs psychosomatiques et somatoformes. Le comportement ne peut pas être expliqué par un trouble psychique (p. ex. par un trouble artificiel).

Somatisation

Présentation de symptômes physiques sans cause organique décelable, p. ex. dans des situations de stress psychique (ancienne dénomination : trouble fonctionnel).

Statu quo ante

Lorsque l'on est en présence d'une pathologie initiale non causée par un accident (maladive), celle-ci peut être aggravée par l'accident. Si cette aggravation n'est que temporaire, on atteint à un moment donné de nouveau le statu quo ante, dans lequel les séquelles de l'accident ont disparu et où l'on retrouve donc l'état antérieur à l'accident.

Statu quo sine

Si la pathologie initiale, qui existait avant l'accident, connaît de toute façon une évolution progressive, le statu quo sine est atteint au moment où l'aggravation temporaire imputable à l'accident n'a plus d'incidence sur le déroulement inéluctable de la maladie.

Structures anatomiques (selon la CIF)

Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps, telles que les organes, les membres et leurs composantes.

Taux d'invalidité

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est

comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Pour le calcul du taux d'invalidité, on met en rapport le revenu perçu lors de la survenance de l'atteinte durable à la santé à évaluer (dit revenu sans invalidité) et le revenu potentiellement réalisable avec le handicap (dit revenu d'invalidé) : $\text{taux d'invalidité} = 1 - (\text{revenu d'invalidé} / \text{revenu sans invalidité})$.

Tribunal fédéral

Autorité judiciaire suprême de Suisse. Les deux Cours de droit social se trouvent à Lucerne, les autres Cours et le siège principal sont sis à Lausanne.

7. Abréviations

AA / LAA / OLAA	Assurance-accidents / Loi sur l'assurance-accidents / Ordonnance sur l'assurance-accidents
AC	Assurance-chômage
AI / LAI / OAI	Assurance-invalidité / Loi sur l'assurance-invalidité / Ordonnance sur l'assurance-invalidité
AM / LAM / OAM	Assurance militaire / Loi sur l'assurance militaire / Ordonnance sur l'assurance militaire
AM / LAMal / OAMal	Assurance-maladie / Loi sur l'assurance-maladie / Ordonnance sur l'assurance-maladie
ATF	Arrêt du Tribunal fédéral
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CGA	Conditions générales d'assurance
CGV	Conditions générales de vente
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (cf. glossaire)
EBM	Evidence-Based Medicine
ECF	Évaluation des capacités fonctionnelles (cf. glossaire)
IPAI	Indemnité pour atteinte à l'intégrité (cf. glossaire)
LCA	Loi sur le contrat d'assurance
LFA	Lutte contre la fraude à l'assurance
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
PP	Prévoyance professionnelle