L’expertise médicale en Suisse

Cinquième édition, revue et mise à jour 2026

Swiss Insurance Medicine
Versicherungsmedizin Schweiz
Médecine d’assurance suisse
Medicina assicurativa svizzera

La SIM remercie Bruno Soltermann, auteur du manuscrit de base initial. Celui-ci a été remanié en 2026 par le groupe de juristes de la SIM sur la base de l'évolution du droit et de la jurisprudence.

Traduction française relue par Anne Gabellon et David Ionta

1 Introduction 5

2 Rôle de l'évaluateur médical et de l'expertise médicale en Suisse 7
2.1 Histoire de l'expertise médicale en Suisse 7
2.2 La formation d'expert médical 10
2.3 La qualité de l'expertise médicale 12
2.4 Lignes directrices pour la réalisation d'une expertise en Suisse 15
2.5 Enregistrements sonores 16
2.6 Indépendance des experts médicaux 19

3 Questions particulières concernant les expertises 21
3.1 Expertise destinée à évaluer l'(in)capacité de travail / La capacité fonctionnelle 21
3.2 Exigences formelles pour réaliser les expertises médicales 21
3.3 Exigences matérielles pour réaliser les expertises médicales 24
3.3.1 Pré-dossier/extrait de dossier 24
3.3.2 Prise en compte de tous les rapports (également non médicaux) 25
3.3.3 Exigences en matière de diagnostic 25
3.3.4 Exigences relatives aux expertises AI 26
3.3.5 Évaluation de la capacité fonctionnelle 27
3.3.6 Autres exigences en matière de contenu 28

4 Différents types d'expertise 32
4.1 Expertise du lien de causalité 32
4.1.1 Assurances causales et finales 32
4.1.1.1 Lien de causalité naturel et adéquat 32
4.1.2 Expertise en responsabilité civile 34
4.1.3 Consilium d'expertises contradictoires / expertises conjointes (CEC) 36
4.1.4 Procédure extrajudiciaire en cas de présomption d'erreur médicale ou de traitement 37
4.2 Expertise d'indemnités journalières en cas de maladie et expertise d'invalidité dans l'assurance privée 38
4.3 Expertises psychiatriques médico-légales 39

5 Expertise en cas de maladie mentale selon le droit de la sécurité sociale 41
5.1 Rétrospective sur le sujet : Pratique de la surmontabilité 41
5.2 La nouvelle jurisprudence en matière d'indicateurs 42

6 Thèmes spécifiques du droit de l'assurance-accidents 46
6.1 Lésions corporelles assimilées à un accident (LCA) 46
6.2 Maladies professionnelles (MP) 48
6.3 Atteintes à l'intégrité 49
6.4 Expertise en cas de séquelles psychiques d'un accident et distorsions de la colonne cervicale (appelées "coups du lapin") 52

7 Rôle des tribunaux et des assureurs pour l'expertise 57
7.1 Attribution des mandats d'expertises médicales en Suisse 57
7.2 Hiérarchie de la valeur probante des expertises 59

8 Bibliographie 63

1 Introduction

La médecine d'assurance concerne l'interface entre la médecine et le droit. La compréhension mutuelle de l'une et l'autre discipline est une condition préalable pour établir une évaluation lege artis, tant pour l'expert médical que pour le juriste. La jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'indicateurs, développée pour l'évaluation des souffrances psychiques dans le droit des assurances sociales en est un exemple.[1] Les formulations normatives correspondantes constituent le dénominateur commun entre le droit et la médecine, auquel doivent se référer aussi bien les médecins experts que les services chargés de l'application du droit lors de leur évaluation et de leur appréciation au sujet de la capacité de travail.

L'analyse, parfois complexe, de la nature et de la gravité de l'atteinte à la santé, de ses causes possibles, de l'existence d'une violation du devoir de diligence ou encore des problèmes de délimitation entre les branches d'assurance rendent les expertises médicales nécessaires, notamment dans le domaine du droit des assurances sociales et de la responsabilité civile.

Il s'agit ici avant tout de la question des causes d'atteintes possibles à la santé (causalité naturelle dans l'assurance-accidents et l'assurance responsabilité civile) et, par conséquent, de la question de savoir quelle assurance (invalidité, accidents, responsabilité civile, indemnités journalières) doit fournir des prestations. Il faut également déterminer quelles prestations d'assurance sont dues en raison de l'atteinte à la santé et de la limitation des capacités physiques et mentales qui en résulte.

La jurisprudence répartit les tâches entre la médecine et le droit comme suit (trad. libre) : « Il incombe au médecin (chargé de l'expertise), premièrement, d'évaluer l'état de santé et, si nécessaire, de décrire son évolution au fil du temps. Cela implique de rechercher les constatations objectives par un examen médical approfondi et spécialisé, en tenant compte des troubles subjectifs évoqués, et de poser le diagnostic sur cette base ».[2]

1. ATF 141 V 281.
2. ATF 140 V 193 consid. 3.2.

En effet, selon la jurisprudence, « une limitation de la capacité de travail [...] n'est déterminante que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière irréprochable par un médecin spécialiste».[3]

La présente brochure donne un aperçu de l'expertise médicale en Suisse.

3. ATF 141 V 281 consid. 2.1.

2 Rôle de l'expert médical et importance de l'expertise médicale en Suisse

2.1 Histoire de l'expertise médicale en Suisse

L'histoire de l'expertise médicale en Suisse est plus que centenaire.[4] En 1912, des médecins suisses spécialisés en médecine des accidents ont fondé à Berne la « Société suisse des médecins spécialistes d'accident » afin d'examiner des questions importantes concernant les accidents et leur profession. En 1928, la société a changé de nom et est devenue la « Société suisse de médecine des accidents et des maladies professionnelles » (SGUB). En 1992, la SGUB est devenue la « Société Suisse de Traumatologie et de Médecine des Assurances » (SSTMA). Cette nouvelle société avait pour objectif de rassembler des médecins de toutes disciplines qui se consacraient particulièrement à la traumatologie, à la réadaptation, ainsi qu'aux questions d'ordre juridique et relatives à la médecine des assurances dans ce contexte.

En 1978, le premier centre d'observation médicale de l'assurance invalidité (COMAI) a été créé à Bâle pour effectuer des expertises médicales pour l'assurance-invalidité. Par la suite, de tels COMAI ont été créés peu à peu dans toute la Suisse.

La première étude sur la qualité des expertises en Suisse a été réalisée en 1998 par le chef du service médical de de l'Association Suisse d'Assurances (ASA) de l'époque, le Dr méd. Jacques Meine. Il est ressorti de son évaluation de 262 expertises médicales du secteur privé de l'assurance-accidents que 35% étaient irréprochables, 36% présentaient des lacunes et 29% étaient mauvaises. Il fallait donc faire quelque chose pour améliorer la qualité des expertises. La même année, la CNA (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) et l'Association Suisse d'Assurances (ASA) ont organisé et réalisé le premier cours pour experts dans le secteur de l'assurance-accidents. Le cours a été critiqué par des représentants des assurés qui estimaient qu'il était trop unilatéralement influencé par les assureurs. C'est pourquoi, à la demande des assureurs, ces cours ont alors été placés sous le patronage de la Fédération des médecins suisses (FMH). En 2003, la Swiss Insurance Medicine (SIM) a été créée en tant que communauté d'intérêts interprofessionnels pour la mé-

4. Bruno Soltermann, Versicherungsmedizin - eine Auslegeordnung aus schweizerischer Sicht 2015 67 Heft 3, 2015. Edition française 2019 Les expertises médicales en Suisse, Brochure SIM, Rôle de l'expert médical et de l'expertise médicale en Suisse, chapitre 2, 2019.

decine des assurances en Suisse. La formation en expertises médicales lui a été déléguée par la FMH, en lui demandant de l'étendre aux autres branches d'assurances, de les structurer en modules, de continuer à améliorer la qualité tout en préservant son indépendance et en excluant tout sponsoring.

Dans le cadre de la 4e révision de l'AI en 2004, l'art. 59 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) a créé les services médicaux régionaux (SMR) qui peuvent depuis lors conseiller les offices AI cantonaux sur le plan médical et convoquer à cet effet les assurés pour un examen médical. Avant 2004, les médecins des offices cantonaux de l'assurance-invalidité n'étaient pas autorisés à examiner eux-mêmes les assurés.

L'expertise médicale a été entre autres fortement influencée par l'évolution du droit des assurances sociales, notamment par les révisions de la LAI. Avec la 4e et la 5e révision, ainsi qu'avec la 6e révision, premier ensemble de mesures (révision 6a de l'AI), l'assurance-invalidité a été clairement orientée vers l'objectif que la réadaptation prime la rente.

Les objectifs de réinsertion et de maintien en l'emploi restent incontestés même après la 7e révision de l'AI[5]. Le développement continu de l'AI par la 7e révision de la LAI, qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2022, a introduit des mesures visant à garantir la qualité et à accroître la transparence dans le domaine des expertises médicales. L'art. 44 al. 7 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) a posé les bases d'une uniformisation des prescriptions applicables aux experts médicaux. L'art. 7m de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA) prévoit désormais des directives et des conditions relatives à l'activité d'expertise médicale.

Afin d'améliorer la qualité des expertises médicales, le Conseil fédéral a créé en 2021 une Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicalea (COQEM) dont le rôle est d'élaborer des recommandations relatives au processus d'expertise et de veiller à ce qu'elles soient suivies (LPGA art 44 al 7 c.).

Art. 7m OPGA Exigences concernant les experts

1. Les experts médicaux peuvent réaliser des expertises au sens de l'art. 44, al. 1, LPGA, s'ils :
   a. disposent d'un titre postgrade au sens de l'art. 2, al. 1, let. b et c, de l'ordonnance du 27 juin 2007 sur les professions médicales ;
   b. sont inscrits dans le registre visé à l'art. 51, al. 1, de la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd) ;
   c. possèdent une autorisation de pratiquer valable ou ont rempli leur obligation de s'annoncer, pour autant que l'art.34 ou 35 LPMéd l'exige, et
   d. disposent d'au moins cinq ans d'expérience clinique.
2. Les spécialistes en médecine interne générale, en psychiatrie et en psychothérapie, en neurologie, en rhumatologie, en orthopédie ou en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur doivent être titulaires d'une certification de l'association Médecine d'assurance suisse (Swiss Insurance Medicine, SIM). Font exception les médecins-chefs et les chefs de service des hôpitaux universitaires.
3. Les experts en neuropsychologie doivent satisfaire aux exigences de l'art. 50b de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal).
4. Avec le consentement de l'assuré, il peut être renoncé à certaines des exigences visées aux al. 1 à 3, pour autant que des raisons objectives le nécessitent.
5. Des personnes ne remplissant pas encore toutes les exigences visées aux al. 1 à 3 peuvent établir des expertises dans le cadre de leur formation universitaire, postgrade et continue. L'expertise est effectuée sous la supervision directe et personnelle des médecins spécialistes ou des neuropsychologues remplissant les conditions énoncées aux al. 1 à 3.

5. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI) du 15 février 2017, FF 2017 2363 ss.

En résumé, les points forts du contenu de la 7e révision de la LAI peuvent être présentés comme suit :

- Désormais, après les expertises pluridisciplinaires, les expertises bidisciplinaires sont également attribuées de manière aléatoire.
- En cas d'attribution directe des expertises monodisciplinaires, l'office AI a l'obligation de trouver un accord avec la personne assurée sur l'expert choisi.
- Le contenu de l'expertise médicale doit répondre à des directives strictement élaborées.
- L'enregistrement sonore doit être effectué dans le cadre de l'expertise médicale en droit des assurances sociales, sauf si la personne assurée renonce au préalable à l'enregistrement sonore.[6]
- Une commission fédérale extraparlementaire indépendante pour l'assurance qualité dans le domaine de l'expertise médicale a été mise en place.

2.2 La formation de l'expert

Après la création de la Swiss Insurance Medicine (SIM) en 2003, celle-ci a développé, sous l'égide de la FMH, des modules de formation dans le but d'améliorer la qualité des expertises tout en préservant la neutralité et en excluant tout sponsoring. Afin de garantir cette neutralité, l'ensemble de la formation SIM pour les experts a été élaborée par un groupe de travail avec la participation des représentants des sociétés médicales spécialisées. Les chargés de cours et intervenants sont issus notamment des facultés universitaires de droit et de médecine, de cabinets médicaux et d'avocats indépendants, de centres d'expertise et des assureurs sociaux et privés. La commission de formation continue et de perfectionnement de la SIM (CFP) est responsable du contenu des modules, de leur enseignement, de l'attribution des crédits et de l'organisation de l'examen. La formation qui se termine par l'octroi d'une certification se divise en cinq modules de deux jours chacun.

Les 4 premiers modules de formation sont indépendants les uns des autres. Le cours commence par le module de **base (module 1) qui porte** principalement sur les aspects juridiques et connaissances d'assurance pour la réalisation d'expertises. De même, la participation au module 1 est prévue pour les candidats au titre de spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en neurologie, en rhumatologie ainsi qu'en chirurgie de la main. Les conditions requises pour l'obtention de chaque titre de spécialiste figurent dans les programmes de formation postgraduée correspondants.

Le deuxième module porte principalement sur l'expertise lors de problé- matique psychosomatique. Les modules 3 et 4 sont spécifiques aux disciplines médicales et sont réalisés en étroite collaboration avec les sociétés médicales spécialisées. Dans le module 5, les connaissances acquises dans les modules précédents sont approfondies par des exemples pratiques et mises en œuvre de manière interactive. Dans ce module, différentes séquences lors de l'expertise de différentes maladies et con- séquences d'accidents sont présentées dans des films ou avec des enregistrements sonores. spécialement réalisés à cet effet, puis discutées au moyen de l'Audience Response System (ARS).

Sur le site de la SIM vous trouverez les informations détaillées pour chaque module sous https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/formation

Jusqu'en 2013, pour obtenir le certificat, il fallait soumettre à la SIM un rapport d'expertise rédigé par ses soins pour qu'il soit évalué par un-e collègue spécialisé-e et un-e juriste. Depuis 2014, un examen de questions à choix multiples (QCM) est organisé. En complément à la participation aux cinq modules, il faut avoir réussi l'examen pour obtenir le titre d'« expert-e médical-e certifié-e SIM ». L'examen comprend des bases générales de médecine des assurances ainsi que des questions relatives au domaine spécialisé des différent-e-s candidat-e-s. Il est mis sur pied en collaboration avec l'Institut d'enseignement mé-

6. Art. 7k OPGA Enregistrement sonore de l'entretien.

dical de l'Université de Bern (IML, Institut für Medizinische Lehre). Pour la recertification, la formation continue doit être attestée par des crédits, comme pour les recertifications des titres de médecin spécialiste, avec présentation des attestations de formation continue.

Depuis l'entrée en vigueur le 1er janvier 2022 de l'art. 7m al. 2 OPGA, relatif aux exigences concernant les experts, les médecins spécialistes en médecine interne générale, en psychiatrie et psychothérapie, en neurologie, en rhumatologie, en orthopédie, en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur doivent disposer du certificat de la SIM (Swiss Insurance Medicine). Sont exclus de cette obligation les médecins-chefs et les médecins dirigeants des cliniques universitaires. Le Conseil fédéral a prévu à cet effet une période transitoire de cinq ans qui arrivera à échéance en 2027.

Les neuropsychologues et les chiropraticiens sont également admis aux cours, de sorte qu'il est possible d'obtenir, outre le certificat d'expertise médicale, des certificats d'expertise neuropsychologique ou chiropratique.

Les évaluateurs certifiés de la SIM peuvent être consultés sur le site Internet de la SIM (www.swiss-insurance-medicine.ch) avec leur accord explicite pour la publication de leur identité.

Tous les cinq ans, les expertes et experts doivent se faire recertifier. Pour cela, il faut apporter la preuve d'une formation continue de médecine d'assurance reconnue par la SIM.[7]

2.3 La qualité de l'expertise médicale

Comme nous l'avons déjà expliqué, l'assurance qualité de l'expertise médicale en Suisse n'a commencé qu'en 1998, à la suite de la publication du Dr Meine, qui montrait que seul un tiers des expertises réalisées dans le domaine de l'assurance-accidents étaient utilisables.

La Suva a publié une autre étude sur la qualité en 2006 (Ludwig). Il en est ressorti que les utilisateurs primaires, c'est-à-dire en particulier les gestionnaires et les juristes de la Suva en tant que mandants, étaient satisfaits à 89% de la qualité de l'expertise. L'évaluation portait sur le respect du délai de remise de l'expertise, la réponse à toutes les questions posées et une prise de position appropriée et motivée.

Les utilisateurs secondaires, c'est-à-dire les avocats, les juges, les experts chefs ou les médecins d'assurance, n'étaient toutefois satisfaits qu'à 51% des rapports d'expertises, en ce sens que les expertises satisfaisaient les principes de valeur probante définis par le Tribunal fédéral dans l'arrêt publié aux ATF 125 V 351. Il en a résulté comme conclusion que la satisfaction des mandants n'était pas nécessairement en corrélation avec la valeur pratique d'une expertise et que la qualité ne peut pas être atteinte sans des connaissances médico-assécurologiques.

Une étude à grande échelle sur l'ensemble de la Suisse destinée à évaluer la situation du marché et à promouvoir la transparence du marché et l'assurance qualité des expertises médicales (Medizinische Gutachtensituation in der Schweiz, MGS) a été réalisée en 2009 et publiée en 2011 (Auerbach). Cette étude a été conduite à l'initiative de la SIM et soutenue en particulier par l'Association Suisse d'Assurances (ASA), la Suva, la Conférence des offices AI (COAI) et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), qui ont fourni les données d'études sur les expertises. L'étude a été réalisée par l'Institut d'économie de la santé de Winterthour (Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, WIG) et l'Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) à Bâle.

Pendant le délai de trois mois impartis pour la remise des expertises, 3'165 expertises des assurances invalidité, accidents, indemnités journalières de maladie et responsabilité civile des trois régions linguistiques ont pu être évaluées. Les expertises les plus fréquentes concernaient les domaines de la psychiatrie et de la rhumatologie. Les analyses ont montré que les mandants étaient satisfaits à 80% de la qualité de l'expertise. L'évaluation de la qualité par des méde-

7. https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/experts-certifies/recertification (consulté le 22 septembre 2024) .

cins experts a donné lieu à une très bonne évaluation dans 29% des cas, à une évaluation bonne à suffisante dans 48% des cas et à une évaluation insuffisante dans 23% des cas, ceci en raison d'un examen superficiel et incomplet ainsi que d'une discussion médico-assécurologique apportant des conclusions insuffisantes.

Dans Suva Medical 2012 (Ludwig, Schaumann), il a été rapporté que la qualité des expertises mandatées s'était améliorée chaque année depuis l'introduction du clearing interne des expertises de la Suva. Il s'agit d'une évaluation interne claire et transparente des expertises. Du point de vue des examinateurs, 86% des expertises étaient convaincantes et présentaient une argumentation répondant aux critères de valeur probante définis par les tribunaux des assurances sociales. Ces chiffres se sont confirmés au cours des années suivantes.

On peut tout de même relever qu'au cours des vingt années observées, le pourcentage d'expertises utiles et convaincantes est passé de 35% (Meine 1998) à 51% (Suva 2006), puis à 77% (Auerbach 2011) et enfin à 86% (Ludwig, Schaumann 2012). On ne sait pas exactement ce qui a conduit à cette amélioration de la qualité. On peut toutefois supposer que cette augmentation de la qualité est liée d'une part aux cours de formation continue de la SIM sur l'expertise, d'autre part aux lignes directrices sur l'expertise élaborées par différentes sociétés spécialisées (voir également le paragraphe 2.4), ainsi qu'au fait que les expertises sont de plus en plus contrôlées et que les experts qui ne satisfont pas aux exigences ne reçoivent plus de mandat.

En 2017, le Secrétariat général du Département fédéral de l'intérieur a demandé à la société Interface Lucerne (Laubereau et al.) et au Service de psychiatrie forensique (FPS) de l'Université de Berne d'établir une étude sur la formation médicale initiale, postgrade et continue des médecins experts. La raison était que la qualité des expertises et l'indépendance des experts médicaux étaient régulièrement mises en doute par l'opinion publique et les médias.

Les auteurs de l'étude ont formulé six recommandations visant à améliorer la formation de base, la formation continue et le perfectionnement des expertes et des experts et à améliorer ainsi la qualité des expertises. La SIM a présenté ces recommandations lors de sa journée de formation continue en novembre 2018 (Soltermann, Ebner)[8] et les met en œuvre dans la mesure où elles relèvent de son champ d'action.

Ces dernières années, un groupe dirigé par Regina Kunz (Evidence-based Insurance Medicine EbIM à l'Hôpital universitaire de Bâle) a réalisé une série d'études sur l'évaluation fonctionnelle lors de l'expertise et son impact sur la qualité de la décision d'expertise (études RELY1/2/3), dans le but de fournir des connaissances fondamentales pour la poursuite du développement de la qualité de l'expertise. Outre le document de protocole (2016), une revue systématique a été publiée début 2017, qui montre que la fiabilité est généralement faible lors d'une expertise, mais qu'il existe une association très significative entre une approche plus standardisée de l'expertise et le degré d'accord entre les experts.[9]

2.4 Lignes directrices sur l'expertise en Suisse

En Suisse, depuis plusieurs années déjà, il existe des lignes directrices pour l'expertise médicale, à savoir pour les spécialités de la psychiatrie (2004, 2012 et 2016), de la rhumatologie (2007 et 2016), de la neuropsychologie (2011, 2016), de l'orthopédie (2017) et de la neurologie (2020). En outre, des lignes directrices d'expertise interprofessionnelles en médecine des assurances (2020) et des lignes directrices pour les expertises pluridisciplinaires (2020) ont été élaborées. Contrairement aux directives, les lignes directrices médicales ne sont pas juridiquement contraignantes pour les médecins et n'engagent ni ne désengagent leur responsabilité. Les lignes directrices médicales visent à garantir la qualité du processus de prise de décision. D'un point de vue juridique, les directives médicales reflètent le consensus médical des connaissances de base actuelles.

8. Bruno Soltermann/Gerhard Ebner, Formation des experts médicaux et qualité des expertises, BMS 17.10.2018.

9. https://www.unibas.ch/de/Aktuell/News/Uni-Research/Arbeitsfaehigkeit-Training-verkleinert-Unterschiede-bei-Gutachten-.html (consulté le 22 septembre 2024); R. Kunz et al. : The reproducibility of psychiatric evaluations of work disability : Two reliability and agreement studies. BMC Psychiatry (2019). DOI : 10.1186/s12888-019-2171-y.

Les lignes directrices actuelles tiennent compte de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, lequel exige une procédure de preuve structurée sur la base d'indicateurs prédéfinis. L'arrêt du Tribunal fédéral BGE 143 V 418 a étendu cette jurisprudence à tous les troubles psychiques, et l'applications des indicateurs standard a également été étendue aux troubles liés aux addictions dans l'arrêt BGE 145 V 215, la démarche d'expertise qui en découle étant compatible avec les directives actuelles.

Les lignes directrices actuellement en vigueur sont listées ci-dessous :[10]

- Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance 2016
- Lignes directrices pour l'évaluation consensuelle dans les expertises bi- et pluridisciplinaires en médecine d'assurance 2020
- Lignes directrices générales pour l'expertise en médecine d'assurance 2020
- Lignes directrices pour l'expertise rhumatologique 2016
- Lignes directrices pour l'expertise orthopédique 2017
- Lignes directrices partie neurologique 2020
- Lignes directrices pour l'expertise neuropsychologique 2011
- Critères permettant de définir le degré de gravité d'un trouble psychologique et classement par capacité fonctionnelle et capacité de travail 2016 et sa version 2021 (Verdon Caudal-Zürcher)

2.5 Enregistrement sonore de l'entretien

La 7e révision de la LAI, entrée en vigueur le 1er janvier 2022, a des répercussions sur le contenu des expertises en droit des assurances sociales. Les prescriptions figurant dans l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA) ne s'appliquent qu'au droit des assurances sociales, et non pas aux expertises réalisées dans le cadre du droit privé et de la prévoyance professionnelle. Les enregistrements sonores, notamment, ne doivent être mis en œuvre que dans les expertises relevant du droit de l'assurance sociale.

Selon l'art. 44 al. 6 LPGA, les « entretiens » entre l'assuré et l'expert font l'objet d'enregistrements sonores, lesquels sont conservés dans le dossier de l'assureur. L'art. 7k al. 1 OPGA dispose que l'entretien au sens de l'art. 44 al. 6 LPGA comprend l'entrevue du bilan. Celle-ci inclut l'anamnèse et la description de l'atteinte à sa santé par l'interrogatoire de l'assuré, mais pas la partie de l'évaluation psychologique par test lors d'examens cliniques psychiatriques, neurologiques et neuropsychologiques.

L'assuré est informé par l'assureur que l'entretien fera l'objet d'un enregistrement sonore. Il peut, avant l'expertise ou jusqu'à dix jours après, annoncer vouloir renoncer à l'enregistrement sonore ou en demander la destruction. L'assuré peut, avant l'entretien, révoquer sa renonciation auprès de l'organe d'exécution (art. 7k al. 4 OPGA). Les expertes et les experts sont informés par l'assureur et doivent s'y référer en cas de renoncement tardif. L'enregistrement sonore ne peut être écouté que par l'assuré, l'assureur ayant mandaté l'expertise et les autorités décisionnaires dans le cadre des procédures administratives et judiciaires (art. 7l al. 1 OPGA). En outre, la commission fédérale

Art. 7k OPGA Enregistrement sonore de l'entretien

1. L'entretien au sens de l'art. 44, al. 6, LPGA comprend l'ensemble de l'entrevue de l'expertise. Celle-ci inclut l'anamnèse et la description, par l'assuré, de l'atteinte à sa santé.
2. Lorsqu'il annonce une expertise, l'assureur doit informer l'assuré que l'entretien fera l'objet d'un enregistrement sonore au sens de l'art. 44, al. 6, LPGA, du but de l'enregistrement, ainsi que de la possibilité d'y renoncer.
3. Au moyen d'une déclaration écrite adressée à l'organe d'exécution, l'assuré peut :
   a. annoncer avant l'expertise qu'il renonce à l'enregistrement sonore ;
   b. demander la destruction de l'enregistrement jusqu'à dix jours après l'entretien.
4. Avant l'entretien, il peut révoquer sa renonciation au sens de l'al. 3, let. a, auprès de l'organe d'exécution.

10. https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/connaissances-speciales-et-outils/expertises-medicales/lignes-directrices-pour-lexpertise-medicale (consulté le 22 septembre 2024).

5. L'enregistrement sonore doit être réalisé par l'expert conformément à des prescriptions techniques simples. Les assureurs garantissent l'uniformité de ces prescriptions dans les mandats d'expertise. L'expert veille à ce que l'enregistrement sonore de l'entretien se déroule correctement sur le plan technique.
6. L'assuré et l'expert doivent tous deux confirmer oralement le début et la fin de l'entretien au début et à la fin de l'enregistrement sonore, en précisant l'heure. Ils confirment de la même manière toute interruption de l'enregistrement.
7. Les experts et les centres d'expertise transmettent l'enregistrement sonore à l'assureur sous forme électronique sécurisée en même temps que l'expertise.
8. Si l'assuré, après avoir écouté l'enregistrement sonore et constaté des manquements techniques, conteste le caractère vérifiable de l'expertise, l'assuré et l'organe d'exécution tentent de s'accorder sur la suite de la procédure.

Art. 7l OPGA Utilisation et destruction de l'enregistrement sonore de l'entretien

1. L'enregistrement sonore ne peut être écouté que par l'assuré, l'assureur ayant mandaté l'expertise et les autorités décisionnaires dans le cadre de la procédure administrative, de la procédure d'opposition (art. 52 LPGA), de la révision et de la reconsidération (art. 53 LPGA), ainsi qu'en cas de contentieux (art. 56 et 62 LPGA) ; cela vaut également pour la procédure de préavis au sens de l'art. 57a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité.
2. La Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales est également habilitée à écouter les enregistrements sonores dans le cadre des tâches énoncées à l'art. 7p, al. 4 et 5.
3. Dès que la procédure pour laquelle l'expertise a été mandatée est terminée et que la décision qui en découle est entrée en force, l'assureur peut détruire l'enregistrement sonore en accord de l'assuré.

Pour plus d'informations :

- Bulletin des médecins suisses – Comment faut-il établir désormais les expertises médicales ?[11]
- Bulletin des médecins suisses - Ce qu'il faut savoir à propos des enregistrements sonores[12]
- FAQ sur les enregistrements sonores dans le cadre de l'expertise médicale[13]

d'assurance qualité des expertises médicales peut, dans certains cas, écouter les enregistrements sonores. Dès que la procédure pour laquelle l'expertise a été mandatée est terminée et que la décision qui en découle est entrée en force, l'assureur peut détruire l'enregistrement sonore en accord avec l'assuré.

2.6 Indépendance des médecins experts

La jurisprudence du Tribunal fédéral pose des exigences élevées quant à l'impartialité et à l'absence de préjugés des médecins experts. Les faits doivent être présentés de manière objective et évalués de manière impartiale.[14] Compte tenu de l'importance considérable des expertises médicales dans le droit des assurances sociales, l'impartialité de l'expert doit être soumise à des critères stricts.[15] Les médecins experts sont soumis aux mêmes motifs de récusation et de refus que les juges.

Dans l'ATF 132 V 93 consid. 7.1, le Tribunal fédéral a précisé qu'un expert passe ainsi pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à apporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partiale de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas repo-

11. https://saez.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/bms.2021.20428/
12. https://saez.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/bms.2022.20908/
13. https://www.swiss-insurance-medicine.ch/storage/app/media/Downloads/Dokumente/FAQs-Tonaufnahmen_aktuelle_Meldungen/SIM_FAQs_Enregistrements%20sonores_FR.pdf
14. Christian A. Ludwig, Exigences relatives aux évaluations/exigences pour les évaluateurs, Bulletin des médecins suisses 2006 ; 87 : 23, 1035.
15. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee.

ser sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs.

Exemples de concrétisations dégagés de la jurisprudence :[16]

- Le fait qu'un expert se soit déjà occupé d'une personne n'exclut pas d'emblée son intervention ultérieure en tant qu'expert.
- Le seul fait qu'un premier expert d'un centre d'expertise ait été lui-même examinateur ne permet pas de conclure à une partialité ultérieure des experts du même centre pour une deuxième évaluation.
- Il appartient à l'expert de décrire le comportement observé, raison pour laquelle on ne peut pas en déduire une apparence de partialité. Ainsi, la note de l'expert selon laquelle la personne assurée a présenté de manière démonstrative des restrictions et des troubles pendant l'examen n'est pas en soi de nature à éveiller des soupçons quant à son impartialité et à son absence de préjugés (à ce sujet, voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_699/2019 du 17 février 2020 consid. 3.2).
- Le fait qu'une expertise ne soit pas neutre et objective doit être considéré comme un indice de partialité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_35/2014 du 16 juin 2014 consid. 2.3).
- Le comportement d'une personne experte à l'égard d'une partie peut donner l'apparence de la partialité si, d'un point de vue objectif, on peut en déduire, par le contenu ou la nature de la communication, des sympathies ou des antipathies particulières ou une inégalité de traitement des parties à la procédure. A cet égard, des contacts unilatéraux d'un expert judiciaire avec une partie ou ses représentants fondent l'apparence de partialité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_491/2020 du 27 novembre 2020 consid. 7.3).
- Des jugements de valeur désobligeants sur l'arrière-plan culturel ou des termes tels que « l'assurée extrêmement demandeuse de rentes » laissent par exemple supposer une partialité.
- Il y a partialité lorsque l'expert a un intérêt personnel dans l'affaire, qu'il est parent ou allié d'une partie, que ce soit en ligne directe ou en ligne collatérale jusqu'au troisième degré ou qu'il est lié par le mariage, les fiançailles ou l'adoption d'un enfant.

16. Arrêt du Tribunal fédéral 9C_579/2013 du 3 décembre 2013 consid. 4.

3 Questions d'expertises particulières

3.1 Expertise d'appréciation de la capacité/l'incapacité de travail

L'appréciation de la capacité de travail fait partie de la tâche la plus fréquente des mandats d'expertise. Il ne s'agit pas de conclure de manière générale à la capacité de travail à partir d'un diagnostic. Il s'agit de décrire en détail les raisons médicales susceptibles de réduire la capacité fonctionnelle au travail et les ressources psychiques d'un point de vue qualitatif, quantitatif et temporel.[17] Les autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne assurée doivent également être prises en compte à des fins de contrôle et de plausibilité. Il convient de déterminer s'il existe des limitations uniformes du niveau d'activité dans les domaines comparables de la vie.[18]

Les mandats d'expertise les plus fréquents concernent l'assurance invalidité (AI). Les expertises pour l'AI doivent impérativement respecter les exigences formelles prescrites par l'OFAS.[19]

3.2 Exigences formelles pour les expertises médicales

Les exigences formelles pour les expertises dans l'AI sont publiées dans la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) :

- Circulaire relative à la procédure dans l'assurance-invalidité, valable à partir du 1er janvier 2022[20]
- Structure de l'expertise (Annexe IV)
- Structure de l'évaluation consensuelle pour les expertises bidisciplinaires et pluridisciplinaires (Annexe V)

Dans le domaine d'application de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la structure prédéfinie de l'expertise doit être respectée. Il est recommandé de suivre cette trame également lors d'expertises dans d'autres domaines juridiques, car tous les aspects pertinents sont

17. ATF 145 V 361 consid. 4.3.
18. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1.
19. Notez que la structure du questionnaire se réfère aux expertises de l'assurance-invalidité. Toutefois, cette structure peut également être utilisée dans le domaine de l'assurance-accidents, avec l'ajout d'autres thèmes spécifiques à traiter (p. ex. causalité naturelle, statu quo ante, etc.).
20. https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/6440 (consulté le 16 octobre 2024).

ainsi traités de manière structurée, ce qui contribue à l'exhaustivité et à la cohérence d'une expertise.

À ce sujet, voir : CPAI Modèle d'expertise d'assurance-invalidité / Modèle d'expertise LAA[21]

Dans le domaine des assurances sociales, les entretiens doivent obligatoirement être enregistrés, à moins que la personne assurée n'y renonce expressément vis-à-vis de l'assureur social (art. 44 al. 6 LPGA). L'instance législative exige l'enregistrement sonore uniquement de l'« entretien » (ch. 2.5 ci-dessus). Il convient de noter qu'une déclaration de renonciation ne peut pas être faite au médecin expert mais au mandant.

Selon le rapport de SwissMED@P du 4 novembre 2021 :

- Les enregistrements sonores comprennent l'anamnèse et la description, par l'assuré, de l'atteinte à sa santé. Si l'assistance d'un-e interprète est nécessaire, ses traductions doivent également être enregistrées. Par analogie, les interprètes doivent être informé-e-s de l'enregistrement sonore lors de l'attribution du mandat.
- Afin de s'assurer que l'entretien a été enregistré correctement et dans son intégralité, le début et la fin de l'entretien doivent être confirmés oralement par l'assuré et l'expert, avec indication de l'heure au début et de la fin de l'enregistrement. Les interruptions de l'enregistrement sonore doivent être confirmées de la même manière.

Les exigences concernant les experts sont réglées de manière uniforme à l'art. 7m de l'OPGA.[22]

Lors d'expertises pluridisciplinaires, c'est en principe le centre d'expertises qui détermine les disciplines médicales requises. Il n'en va pas de même pour les expertises monodisciplinaires et bidisciplinaires. Dans ces cas, c'est l'assureur qui détermine les disciplines médicales (art. 44 al. 5 LPGA).

21. https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/connaissances-speciales-et-outils/expertises-medicales/lignes-directrices-pour-lexpertise-medicale (consulté le 16 octobre 2024).
22. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2002/569/fr#art_7_m (consulté le 16 octobre 2024).

Après avoir communiqué le nom de l'expert à l'assuré, il n'est en principe pas possible de déléguer l'expertise à un autre expert au sein du centre d'expertises. Si tel est le cas, le nom du nouvel expert doit être communiqué au préalable à l'assuré afin que celui-ci puisse, le cas échéant, faire valoir ses droits. L'expert peut prendre position dans le cadre du droit d'être entendu.

L'expertise doit être signée par l'expert concerné. Il en va de même pour l'évaluation consensuelle (évaluation interdisciplinaire) pour les signatures.

Compréhension linguistique : lors de la communication du nom du centre d'expertises et des experts, l'office AI indique, en principe, à la personne assurée de s'annoncer à l'AI si une aide à la traduction est nécessaire. Dans la pratique, les assurés omettent régulièrement de le faire. Il est ainsi recommandé de préciser une nouvelle fois cette information dans la convocation au rendez-vous d'expertise. Par ailleurs, la décision de procéder à un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou de faire appel à un interprète doit être prise par l'expert dans le cadre du bon accomplissement de son mandat.[23]

Recommandation : s'il s'avère, après la convocation, que la personne assurée a besoin d'une aide à la traduction, il faut d'abord consulter l'organisme d'assurance sociale ou l'assureur qui mandate en vue d'obtenir une garantie de prise en charge des frais d'interprète.

Recours à un interprète : Concernant le recours à un éventuel interprète, il est interdit de confier cette tâche à des proches ou à des connaissances de l'a personne expertisée. Au début de l'examen, l'interprète est présenté, l'éventuelle partialité de l'interprète est clarifiée et les règles de collaboration (secret professionnel, traduction intégrale, etc.) sont dûment expliquées. L'interprète est informé qu'il doit effectuer une traduction aussi littérale et complète que possible et qu'il doit signaler les points à clarifier. Il doit s'exprimer sur les particularités linguistiques telles que le vocabulaire, les dialectes, les troubles évi-

23. Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI), état au 1er janvier 2024, ch. 3151.

dents de la pensée, nommer (et clarifier) les éventuelles incertitudes, les particularités culturelles qui peuvent conduire à des malentendus en cas de traduction littérale, etc.

En ce qui concerne la **durée** de l'examen, il n'existe en principe pas de directives. Selon le Tribunal fédéral, ce n'est pas la durée de l'examen qui détermine en premier lieu le contenu d'une expertise. Ce qui est déterminant, c'est de savoir si le contenu de l'expertise est complet et concluant (arrêts du Tribunal fédéral 9C_660/2021 du 30 novembre 2022 consid. 5.3.4 et les références ; 8C_86/2015 du 6 mai 2015 consid. 5.2 et les références).

3.3 Exigences matérielles pour les expertises médicales

3.3.1 Dossier préliminaire/extrait de dossier

Un **résumé de dossier** doit être rédigé. Les éléments médicaux pertinents doivent être cités dans l'ordre chronologique : indications sur l'auteur, la date du rapport, l'éventuel mandant ou destinataire, les diagnostics et résultats significatifs. Il en va de même pour tous les contenus utilisés dans une justification ultérieure. Une simple énumération des dossiers antérieurs sans résumé du contenu ne suffit pas (voir : directives générales d'expertise en médecine des assurances).[24]

Les commentaires sur les pièces du dossier sont en principe à proscrire dans le résumé du dossier. De telles évaluations doivent normalement figurer dans le chapitre « Résumé de l'évaluation dans le contexte de la médecine des assurances ». De brèves remarques importantes peuvent toutefois être faites à titre exceptionnel, en les signalant de manière appropriée (p. ex. en commençant par : « Remarque de l'expert : ... »). Cela s'impose par exemple en cas de contradictions évidentes dans le rapport en question.

24. https://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/connaissances-speciales-et-outils/expertises-medicales/lignes-directrices-pour-lexpertise-medicale (consulté le 16 octobre 2024)

Il n'est en principe pas exigé que tous les éléments des dossiers médicaux antérieurs soient discutés en détail ; il n'est par exemple pas nécessaire que les rapports sommaires des médecins de famille soient discutés en détail. Il est toutefois important qu'ils soient mentionnés dans la liste des documents à disposition. Les tribunaux partent du principe que cela a été pris en compte par l'expert. En revanche, si les rapports des médecins traitants s'écartent diamétralement de l'évaluation de l'expertise (p. ex. en ce qui concerne le diagnostic ou la capacité de travail), cela doit être discuté en détail dans l'expertise avec une justification claire et motivée.

3.3.2 Prise en compte de tous les rapports (également non médicaux)

Il convient également de prendre en compte et de discuter des rapports relatifs aux mesures de réadaptation mises en œuvre (évaluation de la capacité fonctionnelle, de la réadaptation, etc.). Selon la jurisprudence, il incombe au médecin expert spécialiste l'appréciation finale d'une atteinte à la santé donnant lieu à une limitation de la capacité fonctionnelle. Toutefois, si l'appréciation de la capacité fonctionnelle présente un écart évident et important par rapport à une prestation effectivement réalisée lors d'une évaluation professionnelle détaillée avec un comportement/un engagement irréprochable de la part de l'assuré et objectivement réalisable selon l'évaluation des spécialistes professionnels, cela peut justifier des doutes sérieux quant aux hypothèses médicales et la demande d'une clarification de l'avis médical devient en principe indispensable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_217/2023 du 1er septembre 2023 consid. 4.1.1).

Il convient donc d'évaluer tous les rapports médicaux (étant précisé que les avis des SMR sont également des rapports médicaux) et autres rapports pertinents (p. ex. rapports d'observation professionnelle). L'analyse de l'ensemble du dossier est déterminante. Le centre d'expertises est autorisé - dans la mesure où il existe des indices d'un dossier incomplet - à se procurer des informations supplémentaires auprès de tiers. Ceci n'est valable que dans le domaine du droit des assurances sociales, pour autant qu'il existe une procuration valable et ir-

révocable (recommandation : se renseigner d'abord auprès de l'organisme de sécurité sociale, si celui-ci est le mandant). En droit des assurances privées, un consentement explicite de l'expertisé est nécessaire.

3.3.3 Exigences en matière de diagnostic

Il doit s'agir d'une déduction fondée sur des critères et d'une justification compréhensible des **diagnostics** selon un système de classification reconnu, ainsi que d'une description détaillée et médicalement justifiée des répercussions fonctionnelles des troubles de la santé, le cas échéant. Si une évaluation selon la CIF (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, selon l'OMS), ou une évaluation des capacité fonctionnelles (ECF), ont été réalisées, cela doit être clairement intégré et discuté.

Les éventuels instruments d'évaluation doivent être joints à l'expertise. Les « suspicions de diagnostics » ne peuvent pas être utilisées en soi pour légitimer une diminution de la capacité de travail, car elles ne permettent pas de justifier une probabilité prépondérante. S'il existe des indices d'un diagnostic sortant du champ de spécialité mais relevant pour les questions d'expertise, la suite à donner doit être discutée avec le mandant.

3.3.4 Exigences relatives aux expertises de l'assurance-invalidité

Pour les expertises AI, il existe, sur la base d'arrêts du Tribunal fédéral (en particulier l'ATF 141 V 281 avec l'introduction de la méthode d'évaluation axée sur des indicateurs), des directives des autorités compétentes (OFAS ou offices AI) qui prescrivent de manière détaillée aussi bien la structure de l'expertise que les questions à poser. En ce qui concerne l'existence d'une atteinte à la santé, il faut tenir compte de ce qui suit : dans l'AI, il s'agit en premier lieu de l'appréciation médicale de la capacité de travail, c'est-à-dire de la diminution de la performance médicalement justifiée dans l'activité actuelle ainsi que dans une activité adaptée ou dans le domaine d'activité (cf. art. 8 LPGA).

Pour qu'une invalidité soit reconnue au sens juridique du terme, trois conditions doivent être remplies :

1. Une atteinte à la santé physique ou mentale de longue durée (atteinte à la santé de longue durée) ;
2. Une incapacité totale ou partielle de fournir un travail raisonnablement exigible ;
3. Un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de fournir un travail raisonnablement exigible (art. 7 et 8 LPGA ; art. 4 LAI).

3.3.5 Évaluation de la performance globale / capacité globale

L'évaluation médicale de la capacité de travail comprend l'estimation du temps de présence justifié sur le plan médical. Les médecins experts doivent se prononcer sur la composante temporelle (capacité quantitative, p. ex. en heures par jour) et estimer la capacité de performance qualitative pendant ce temps de présence, en considérant les aspects tels que le rendement, les limites de la charge de travail, le profil et les limites qualitatives, ainsi que le ralentissement par rapport à une personne en bonne santé.

En règle générale, les deux composantes (temps et rendement) sont combinées pour déterminer de manière globale la capacité de travail. Cette évaluation doit être compréhensible, en particulier si elle se réfère à un taux d'occupation partiel ou complet.[25]

Concernant la détermination des capacités fonctionnelles par le SMR selon l'art. 49 al. 1bis RAI, il est essentiel, selon le rapport de SuisseMED@P du 16 décembre 2021, que toutes les limitations qualitatives et quantitatives de l'assuré soient prises en compte dans une expertise médicale pour apprécier la capacité de travail ou la prestation attendue de l'assuré. En outre, il doit ressortir de l'expertise quelles restrictions qualitatives et quantitatives concrètes ont été prises en compte (p. ex. besoin de pauses supplémentaires, nécessité d'un accompagnement étroit par l'employeur, pas de travaux au-dessus de la tête,

25. Voir également à ce sujet le rapport explicatif sur le Développement continu de l'AI (p. 61).

etc.). Les différentes limitations ne doivent toutefois pas être quantifiées et additionnées séparément, mais elles doivent être pondérées dans le cadre d'une évaluation globale de la capacité de travail.

Un profil d'exigences, positif et négatif, doit être établi tant pour l'activité habituelle que pour l'activité adaptée ; il en résulte la capacité de travail exigible. Les restrictions doivent être présentées de manière compréhensible pour le mandant ou pour toute autre personne concernée.

Il est important de veiller à ce que l'expertise se fonde sur l'activité habituelle effective. Dans la pratique, on constate régulièrement que le descriptif de l'activité habituelle ou du poste de travail n'est pas systématiquement établi dans la description de l'office AI ou du SMR. Il faut l'établir.

Il convient de préciser que le caractère raisonnablement exigible de la capacité de travail est une question juridique. L'identification et la liste des facteurs étrangers à l'invalidité doivent en revanche être exposées par l'expert.[26]

Note : dans le domaine de l'assurance-invalidité, les expertises sont en principe soumises au SMR pour examen. Le SMR vérifie en particulier :

- Le respect des lignes directrices spécifiques des sociétés spécialisées en matière de médecine d'assurance
- Si les déclarations et explications médicales sur les thèmes des indicateurs standards selon l'ATF 141 V 281 sont suffisantes en fonction du cas.
- L'évaluation de l'expertise en se basant sur le raisonnement assécurologique et sa cohérence (questionnement, collecte et évaluation des informations, réponse aux questions).
- L'existence d'éventuels manquements significatifs au principe de neutralité dans l'expertise (p. ex. formulations manifestement dénigrantes ou insultantes à l'égard de personnes ou de groupes de personnes).

26. Voir à ce sujet les lignes directrices de qualité pour les expertises psychiatriques d'assurance de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie, 6e édition.

3.3.6 Autres exigences en matière de contenu

Les explications d'un expert qui porteraient sur le domaine juridique peuvent être considérées comme un dépassement de son champ de compétences susceptible d'engendrer des doutes significatifs sur la cohérence de l'expertise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_448/2015 du 17 décembre 2015 consid. 4.2).

Il est essentiel de veiller à ce que l'expert ne formule pas de **déclarations contradictoires** dans son expertise. De telles contradictions peuvent souvent servir de base pour contester juridiquement et avec succès la cohérence d'une expertise.

Il n'y a **pas** lieu non plus de procéder à une évaluation assécurologique **en dehors de son propre domaine de spécialité médicale.**

En cas d'expertise bidisciplinaire ou pluridisciplinaire, il est nécessaire de réaliser une synthèse globale **de manière consensuelle**, avec la participation de **tous les experts** spécialisés.

Il arrive parfois qu'une expertise ne se prononce pas **rétrospectivement sur** la capacité de travail. Or, cet aspect doit impérativement figurer dans l'expertise, pour autant qu'il puisse être évalué, raison pour laquelle il convient d'y prêter attention. Si la capacité de travail ne peut pas être évaluée rétrospectivement, il convient de le mentionner explicitement et d'expliquer pourquoi cela ne peut être fait.

CHECKLISTE	
DOS	**DON'TS**
Respecter scrupuleusement la structure selon la circulaire de l'OFAS	
Effectuer un enregistrement sonore de l'entretien, lequel inclut l'anamnèse et la description par l'assuré de l'atteinte à sa santé (uniquement en droit des assurances sociales)	
	Ne pas présenter de motif de récusation ou de motif de partialité
Organiser la traduction si nécessaire	
	Ne pas autoriser des connaissances / parents à servir d'interprètes
Apprécier tous les éléments figurant dans les dossiers médicaux	
Prendre en compte les rapports sur les mesures de réadaptation (surtout en rapport avec la capacité fonctionnelle)	
	Ne pas procéder à une évaluation juridique
En droit privé : obtenir l'accord du patient pour demander d'autres rapports (pas nécessaire en droit des assurances sociales)	
Etablir au début de l'expertise un extrait chronologique des actes du dossier	Ne pa se contredire

CHECKLISTE	
DOS	**DON'TS**
En cas de pathologies psychosomatiques surtout, effectuer une anamnèse des douleurs chroniques et une anamnèse familiale	
Procéder à une discussion critique et établir une justification compréhensible des diagnostics selon un système de classification reconnu	
Donner un avis détaillé sur les indicateurs standards du Tribunal fédéral d'un point de vue médical	
	Ne pas faire d'évaluation assécurologique en dehors de son propre domaine de spécialité
Donner un avis détaillé sur la cohérence et la plausibilité	
Procéder à une appréciation médicale de l'aptitude au travail, y compris les composantes temps et rendement	
Faire une description de l'activité habituelle et d'une activité adaptée (aux limitations fonctionnelles)	
En cas d'expertises bidisciplinaires et pluridisciplinaires, faire une évaluation de synthèse globale et consensuelle entre les experts	
Signer l'expertise	

4 Différents types d'expertises

4.1 Expertises de causalité

4.1.1 Assurances causales et finales

En droit des assurances, on distingue entre les assurances causales et les assurances finales. S'agissant de ces dernières, l'obligation de fournir des prestations ne dépend pas de l'existence d'un lien de causalité avec l'événement assuré (exemple : l'assurance-invalidité).

Dans le droit des assurances sociales, l'assurance-accidents et l'assurance militaire sont conçues de manière causale. Il existe également divers types d'assurances privées qui sont conçues de manière causale et pour lesquelles les questions de causalité jouent un rôle.

4.1.1.1 Lien de causalité naturelle et adéquate

L'obligation de verser des prestations dans le cadre des assurances causales repose sur deux conditions cumulatives : un lien de causalité naturelle et un lien de causalité adéquate. Ces deux types de liens de causalité sont fondamentalement distincts.

Le lien de causalité naturelle concerne la question de savoir si l'événement assuré, généralement une atteinte à la santé, est la conséquence directe d'un fait. L'évaluation de ce lien se concentre sur la relation de cause à effet d'un point de vue factuel et médical. Il s'agit d'une question que les médecins, et non les juristes, doivent résoudre. Les causes, dans le contexte du lien de causalité naturelle, incluent toutes les circonstances sans lesquelles le résultat n'aurait pas eu lieu ou n'aurait pas eu lieu de la même manière ou au même moment.[27]

Les médecins experts doivent se limiter à évaluer le lien de causalité naturelle.[28] Ils ne doivent pas se prononcer sur le lien de causalité adéquate, qui concerne l'attribution juridique en termes d'assurance (cf. ci-dessous).

27. Voir notamment : ATF 129 V 177 resp. ATF 117 V 359.
28. Le Tribunal fédéral va même jusqu'à qualifier les déclarations sur le lien de causalité adéquate de la part de professionnels de la santé comme un indice d'une éventuelle partialité.

L'obligation de prester d'un assureur-accidents ou d'un assureur en responsabilité civile présuppose tout d'abord qu'il existe un lien de causalité naturelle entre l'accident ou le sinistre et le dommage survenu. Ce n'est que si le dommage serait survenu dans son intégralité ou dans une moindre mesure, même sans l'accident, qu'il n'en est pas la conséquence.[29] Il s'agit de savoir si les troubles dont se plaint l'assuré et les diagnostics allégués sont les conséquences de l'accident ou d'une maladie.

Dans le cadre de l'évaluation du lien de causalité dans le domaine de l'assurance-accidents, il convient de vérifier également si le lien de causalité naturelle bien que retenu aurait disparu. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'assuré est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). Ces éléments sont souvent très difficiles à établir et il n'est pas possible d'y répondre avec une certitude absolue. En raison de cette problématique notoire de la preuve en lien de causalité naturelle, c'est le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante[30] qui s'applique. La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; ATF 135 V 39 consid. 6.1). Si plusieurs variantes entrent en ligne de compte, il faut rechercher la plus vraisemblable. Cette appréciation de preuve au degré de la vraisemblance prépondérante ne peut être réalisée qu'en connaissance de toutes les pièces du dossier et de tous les faits. Pour ce faire, il convient de décrire comme indices tous les moyens de preuve médicale pour et contre, en tenant compte de la totalité des éléments de faits médicaux, c'est-à-dire de l'état complet du dossier, de l'anamnèse personnelle de la personne expertisée, des résultats d'examens cliniques, des résultats d'imagerie et d'analyses de laboratoire, en évaluant sous un angle critique les divergences et les convergences et en s'appuyant scientifiquement sur les meilleures preuves médicales possibles. Il s'agit donc de déterminer si, compte tenu de toutes ces sources d'information, l'événement dommageable invoqué est vraiment la plus plau-

29. Arrêt du Tribunal fédéral 4A_444/2010 du 22 mars 2011 consid. 4.4.
30. Tant en droit des assurances sociales qu'en droit de l'assurance privée et de la responsabilité civile.

sible de toutes les explications possibles. Il peut arriver dans la pratique qu'il y ait convergence de plusieurs causes. La question d'une causalité partielle doit alors être également recherchée et dûment expliquée.

La causalité naturelle doit donc être admise même si l'accident n'est qu'une cause partielle aux troubles existants, pour autant que ce lien soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Il suffit que l'événement dommageable, associé à d'autres conditions, ait porté atteinte à l'intégrité physique ou mentale d'une personne.[31]

En revanche, lors de l'évaluation du lien de causalité adéquate, il faut décider si, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, une cause est susceptible de provoquer un résultat du type de celui qui s'est produit ou si la survenance du résultat apparaît comme généralement favorisée par la cause.[32] Il s'agit d'une appréciation strictement juridique visant à déterminer et évaluer les faits disponibles à partir de la chaîne causale naturelle.

4.1.2 Expertise en responsabilité civile

L'expertise se concentre sur l'étude de la causalité naturelle entre l'événement déclencheur et sa responsabilité dans l'atteinte à la santé. En ce qui concerne l'incapacité de travail et sa cause, contrairement à son appréciation dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, l'expertise médicale ne doit pas se baser ici sur ce qu'une personne assurée d'âge moyen est objectivement capable de faire théoriquement sur le plan médical. En droit de la responsabilité civile l'on s'oriente, en principe, sur les conditions réelles, incluant les éléments personnels de la personne lésée, il convient d'y inclure s'il y a des éléments subjectifs individuels qui interfèrent avec la performance fonctionnelle.

L'évaluation ne doit donc pas se baser sur une personne lambda objectivement lésée, mais sur la personne lésée examinée lors de l'expertise individuellement et concrètement. Cela est particulièrement important lors de l'évaluation de la causalité chez les personnes lésées vulnérables et en cas de troubles chroniques. Le Tribunal fédéral précise que la personne lésée et/ou le dommage causé, doivent être évalués comme la situation se présentait au moment de la survenue du dommage. L'assureur est tenu de prendre en charge et d'indemniser la personne lésée dans l'état où elle se trouvait au moment où le fait dommageable s'est produit.

Attention : dans les expertises en responsabilité civile, il est crucial de se limiter aux questions posées, et tout particulièrement s'il s'agit d'expertises judiciaires, et de ne pas discuter de sujets non soumis aux experts.

Comme le principe du tout ou rien ne s'applique pas en matière de responsabilité civile, il convient d'accorder une attention particulière aux préjudices par rapport à l'état antérieur, car les assureurs ou les juges peuvent en tenir compte dans l'évaluation de la réparation en réduisant les dommages-intérêts (art. 44 CO).

Lors de l'examen de la causalité adéquate dans l'assurance responsabilité civile, qui est également une tâche incombant uniquement au juriste, les critères du domaine des assurances sociales doivent être ignorés.

La formule de la causalité adéquate s'applique de cette manière en cas de responsabilité civile : un événement est considéré comme la cause adéquate d'un résultat lorsque, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, il est propre en soi d'entraîner un résultat du type de celui qui s'est produit. La causalité adéquate est donc un correctif - en termes de responsabilité - par rapport à la causalité naturelle, mais elle est appliquée différemment dans le droit de l'assurance-accidents et dans le droit de la responsabilité civile. Même une très faible adéquation peut conduire à une responsabilité totale.

31. ATF 117 V 206.
32. ATF 129 V 117.

4.1.3 Consilium d'expertises contradictoires / expertises conjointes (CEC)

Dans certains cas de responsabilité civile, il peut arriver que la procédure s'étende sur plusieurs années. Cette situation s'explique d'une part par le fait qu'il faut souvent beaucoup de temps pour trouver un expert accepté par les parties, et d'autre part par le fait qu'il a été réalisé des expertises et des contre-expertises. Afin de raccourcir ce délai, et de favoriser l'acceptation des évaluations des experts, on procède parfois, dans les cas de responsabilité médicale, à ce que l'on appelle un consilium d'expertises, nommé « contradictoires » en France sur la base de la loi Badinter pour les victimes d'accidents de la circulation routière avec préjudice corporel, et plus communément « expertises conjointes » (CEC) en Suisse. Il s'agit d'un conseil mixte consultatif communautaire (GGK Gemeinschaftliche Gutachter-Konsilium) dans un cadre extra-judiciaire. Pour ce faire, la personne lésée et l'assureur en responsabilité civile désignent un ou plusieurs médecins experts qui se réunissent pour discuter du cas avec les parties autour d'une table ronde. Leurs conclusions sont présentées oralement en présence des parties, et les experts répondent à d'éventuelles questions complémentaires. Si nécessaire, les résultats des discussions peuvent également être consignés par écrit. Cette procédure est particulièrement adaptée aux questions de responsabilité civile liées aux traitements médicaux.

Pour plus d'informations :
http://www.medimal.org/ggk/

4.1.4 Procédure extrajudiciaire en cas de présomption d'erreur médicale

En Suisse, il est possible de recourir à une procédure extrajudiciaire en cas de présomption d'erreur médicale. La Fédération des médecins suisses (FMH) dispose à cet effet d'un bureau d'expertises chargé d'examiner les erreurs médicales présumées, tant au niveau du diagnostic que du traitement. En collaboration avec les sociétés médicales spécialisées, elle mandate un expert lorsqu'un patient soupçonne une erreur de diagnostic ou de traitement ayant entraîné une atteinte à la santé.

Dans ces expertises, il s'agit d'abord de déterminer si le médecin ou la personne sous sa responsabilité a commis une erreur de diagnostic ou de traitement (question de l'erreur). En cas d'erreur, il y a lieu de de clarifier le lien de causalité entre l'erreur et l'atteinte à la santé invoquée. Il s'agit enfin de déterminer l'ampleur de l'éventuelle atteinte à la santé. Cette atteinte doit être décrite en comparaison avec l'évolution supposée de l'état de santé en cas de diagnostic et/ou de traitement qui auraient été correctement prescrits et appliqués.

Conformément au règlement, les parties ont la possibilité de choisir le Consilium d'expertises contradictoires ou conjointe (CEC) de la FMH (GGK, Gemeinschaftliches Gutachter-Konsilium en allemand) au lieu de la procédure d'expertise écrite. Le GGK de la FMH était considéré comme un projet pilote jusqu'au 31 décembre 2023.

Plus d'informations :
https://www.fmh.ch/ueber-die-fmh/organisation/fmh-gutachterstelle.cfm

4.2 Expertise d'indemnités journalières en cas de maladie et expertise d'invalidité dans l'assurance privée

La définition de l'invalidité est régie en principe par les conditions générales d'assurance (CGA). Pour établir un droit à des prestations d'invalidité dans les assurances privées, les expertises dans ce domaine ne sont pas soumises à loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). Cependant, les directives du Tribunal fédéral peuvent s'appliquer si les conditions d'invalidité figurant dans les CGA correspondent au libellé de l'invalidité selon l'art. 8 LPGA et si les CGA renvoient explicitement à la notion d'invalidité du droit des assurances sociales.

Souvent, le capital invalidité est normé selon des barèmes précisés dans les CGA ou convenus individuellement avec le preneur d'assurance lors de la conclusion du contrat. Dans ce cas, le médecin expert doit d'abord déterminer l'atteinte à la santé et la comparer avec le barème fourni avec le mandat d'expertise. Lors de la réalisation d'une expertise en assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, il convient tout d'abord de distinguer si l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie est une assurance relevant du champ d'application de la loi sur l'assurance maladie (LAMal, droit des assurances sociales) ou de la loi sur le contrat d'assurance (LCA, droit des assurances privées). Dans le cas d'une expertise en assurance d'indemnités journalières régie par la LAMal, les dispositions de la LPGA doivent être prises en compte.

Tant en assurance d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LAMal qu'en assurance selon la LCA, la notion d'incapacité de travail pour cause de maladie est centrale. La définition de l'incapacité de travail se trouve à l'art. 6 LPGA, la plupart des assurances privées reprenant cette définition par analogie dans leurs CGA.

Selon l'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 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.

Du point de vue de la médecine d'assurance, il en résulte qu'une expertise doit se prononcer d'une part sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, d'autre part dans une activité théorique adaptée. Concrètement, l'expert doit déterminer les limitations fonctionnelles qui découlent de l'atteinte à la santé, après avoir évalué l'ensemble des rapports médicaux, procédé à un examen approfondi avec anamnèse et status médical lui permettant d'établir un diagnostic et une estimation de l'incapacité de travail.

Dans le cadre de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, il est aussi important de savoir si le traitement est adéquat (obligation éventuelle de suivre un traitement médical dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage) et de fournir un pronostic concernant le rétablissement de la capacité de travail avec le traitement.

4.3 Expertises psychiatriques médico-légales

La Société suisse de psychiatrie forensique (SSPF) propose, depuis 2014, une formation approfondie en psychiatrie et psychothérapie forensiques. Cette formation spécifique post-graduée dure 2 ans. Elle permet d'obtenir le titre de spécialiste dans le domaine forensique et aux psychiatres qui l'ont suivie d'établir de manière autonome des expertises de psychiatrie forensique et de réaliser des traitements de psychiatrie forensique, en particulier des psychothérapies.

La psychiatrie et psychothérapie forensique est un domaine d'activité de la psychiatrie et de la psychothérapie dans lequel les connaissances cliniques et scientifiques sont étendues aux questions juridiques. Elle englobe la recherche en psychiatrie, le domaine clinique et l'enseignement et s'exerce dans le contexte du droit pénal et du droit d'exécution des peines et mesures, du droit civil et du droit des assurances. Ce domaine d'activité exige des connaissances et des aptitudes professionnelles spécifiques qui vont au-delà de la spécialisation en psychiatrie et psychothérapie. Les psychiatres et psychothérapeutes forensiques sont des spécialistes en psychiatrie et psychothérapie dont l'activité porte essentiellement sur les expertises et traitements de psychiatrie forensique. Les psychiatres et psychothérapeutes forensiques mettent leurs connaissances spécifiques à la disposition d'autres spécialistes, institutions et de la population et collaborent étroitement avec d'autres disciplines, notamment avec le domaine juridique.

Plus d'informations :
https://www.siwf.ch/files/pdf19/forensische_psychiatrie_version_internet_f.pdf

A la fin de la formation post-graduée, le.la candidat.e doit pouvoir justifier d'au moins 20 expertises pénales supervisées et de 10 expertises dans d'autres domaines juridiques (sans nécessité de supervision par des porteurs de titres de formation approfondie).

5 Expertise en cas de maladie psychique dans le droit de la sécurité sociale

En cas de troubles somatoformes douloureux ainsi que pour les maladies psychiques, la pratique de l'expertise médicale doit répondre à des indications précises émanant du Tribunal fédéral. Une expertise médicale remplit les exigences juridiques lorsqu'elle se fonde sur des examens complets, prenant en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions sont dûment motivées.[33]

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'acceptation d'une atteinte à la santé psychique au sens de l'art. 4 al. 1 LAI ainsi que de l'art. 3 al. 1 et de l'art. 6 LPGA présuppose un diagnostic psychiatrique établi lege artis sur la base d'un système de classification reconnu.[34] Cependant, une maladie psychique constatée de manière irréprochable par un médecin spécialiste ne suffit pas à elle seule pour établir une invalidité. Dans chaque cas, une atteinte à la capacité de travail doit être prouvée et son ampleur déterminée, indépendamment du diagnostic , en principe sans tenir compte de l'étiologie. Ce qui est déterminant, c'est la question de savoir si l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée qu'elle fournisse une prestation de travail, question qui doit être répondue selon des éléments largement objectivés.[35]

5.1 Rétrospective sur le sujet : Pratique de la surmontabilité

En 2004, le Tribunal fédéral a rendu un arrêt décisif dans l'ATF 130 V 352, introduisant en Suisse la pratique dite de « l'exigibilité » ou de « la surmontabilité ». L'idée centrale de cet arrêt était la présomption du caractère surmontable de trouble. Par conséquent, le caractère surmontable du trouble somatoforme douloureux était considéré comme la règle, alors que l'incapacité de travail ou la rente d'invalidité comme l'exception.

33. ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a et ATF 122 V 157 consid. 1c.
34. ATF 145 V 215 consid. 5.1, 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.1, 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6.
35. ATF 145 V 215 consid. 5.3.2, 143 V 409 consid. 4.2.1, 141 V 281 consid. 3.7, 139 V 547 consid. 5.2, 127 V 294 consid. 4c ; cf. art. 7 al. 2 LPGA

Le Tribunal fédéral a établi une liste de critères d'exclusion, pour les troubles qui ne seraient pas surmontables, en s'inspirant de certains critères de Winckler et Förster :

- Comorbidité psychique d'une très importante gravité, d'une ampleur et d'une durée significatives
- Maladies physiques chroniques concomitantes
- Évolution chronique sur plusieurs années
- Repli social
- Bénéfice primaire de la maladie
- Echec d'un traitement ambulatoire ou hospitalier conduit dans les règles de l'art, malgré la bonne coopération de la personne assurée.

Dans les années qui ont suivi, d'autres syndromes sans pathogénie ni étiologie claires et sans déficit organique objectivable, souvent désignés par l'acronyme « SPECDO » ou « PÄUSBONOG » en allemand (« pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlagen ») ont été soumis à cette pratique de l'exigibilité (ATF 136 V 279).

5.2 La nouvelle jurisprudence sur les indicateurs

En 2014, le cabinet d'avocats indemnis a demandé à Henningsen de réaliser une expertise du point de vue psychosomatique et psychiatrique. Conformément aux considérations de Henningsen, le tribunal a repris Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) de l'OMS pour l'appliquer dans l'évaluation d'expertise. Cette approche, longtemps réclamée par les médecins et les juristes, a été intégrée dans la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. lignes directrices médico-juridiques des expertises interdisciplinaires (Riemer-Kafka 2018) ou encore Jeger et Ebner dans les deux numéros 2017/2 et 2018/1 d'Infoméd). L'expertise de Henningsen a été largement discutée dans les milieux spécialisés. Le Tribunal fédéral a abandonné le 3 juin 2015, dans un arrêt de principe ATF 141 V 281, la pratique établie en 2004. A sa place, il a introduit une grille d'indicateurs standardisée comme moyen de preuve.
De plus, le Tribunal fédéral a invité les sociétés médicales à élaborer des lignes directrices d'expertise correspondantes.

Les indicateurs se concentrent sur la gravité des répercussions fonctionnelles de la maladie et la constance du handicap dans tous les domaines de la vie. Il est essentiel de présenter et discuter les déficits et les ressources. Une synthèse approfondie et convaincante intégrant ces indicateurs est un critère de qualité indispensable de l'évaluation expertale.

La procédure de preuve structurée utilise des indicateurs standards pour évaluer la capacité de travail réelle. Cette évaluation prend en compte deux aspects : les contraintes extérieures qui affectent la capacité et les ressources disponibles pour compenser ces contraintes.[36] Pour la reconnaissance d'une incapacité de travail justifiant une rente, il faut démontrer de manière claire et non contradictoire, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les effets de la maladie sur la capacité fonctionnelle sont médicalement prouvés dans le cas spécifique. Cette preuve doit être basée sur les indicateurs standards. Si cette preuve fait défaut, la personne assurée, dont le fardeau de preuve lui incombe, doit supporter les conséquences de cette absence.[37] Les experts médicaux (dans le domaine de la psychiatrie selon la jurisprudence actuelle) et les organes chargés de l'application du droit doivent donc impérativement suivre les directives normatives, c'est-à-dire les indicateurs standards, lorsqu'ils évaluent la capacité fonctionnelle.[38]

D'après l'ATF 141 V 281, consid. 4.3.1, en cas de maladie psychique, pour évaluer la capacité de travail, il faut généralement utiliser les indicateurs standards. Le Tribunal fédéral a établi une procédure probatoire ainsi structurée :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnelle » (consid. 4.3)
  - Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)
    - Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1)
    - Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers (consid. 4.3.1.2)

36. ATF 141 V 281 consid. 2, consid. 3.4-3.6 et 4.1.
37. ATF 141 V 281 consid. 6 ; cf. ATF 144 V 50 consid. 4.3.
38. Les personnes chargées d'appliquer le droit examinent librement les données médicales, notamment pour savoir si les médecins ont respecté les conditions-cadres normatives déterminantes. D'un point de vue juridique, la question se pose de savoir si et dans quelle mesure les constatations médicales permettent de conclure, sur la base des indicateurs juridiquement pertinents, à une incapacité de travail telle qu'elle a été évaluée de manière définitive par le médecin expert ou l'ensemble des experts au plan médico-psychiatrique.

    - Comorbidités (consid. 4.3.1.3)
  - Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)
  - Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)
  - Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1)
  - Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2)

L'aspect comportemental de la cohérence est déterminant en matière de preuve.[39] Dans l'ATF 143 V 418, le Tribunal fédéral a étendu sa jurisprudence à tous les troubles psychiques. Depuis lors, toutes les maladies psychiques doivent être soumises à la procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 pour l'évalua- tion de la capacité de travail.[40] Cela vaut également, selon l'arrêt BGE 145 V 215, pour les maladies addictives. Dans l'arrêt BGE 151 V 194, le Tribunal fédéral a motivé que la possibilité fondamentale de traiter une atteinte à la santé n'exclut pas d'emblée une incapacité de gain et, par conséquent, une invalidité ouvrant droit à une rente. En 2024, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence issue de l'arrêt BGE 151 V 194 concernant l'octroi des prestations de rente AI en cas d'obésité : "La possibilité fondamentale de traiter l'obésité ne s'oppose donc plus d'emblée à l'octroi d'une rente. Il peut toutefois être exigé des personnes concernées qu'elles suivent des traitements raisonnablement exigibles pour remédier à l'atteinte, tels qu'un régime alimentaire ou un programme d'activité physique.".

Les conséquences d'un récent arrêt (ATF 148 V 49) du Tribunal fédéral ne sont pas encore claires. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a précisé : « Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut pas, en règle générale, être défini comme une maladie psychique grave, pouvant avoir un caractère invalidant. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante.

Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact. »

Du point de vue de l'expertise, les explications suivantes du Tribunal fédéral sont importantes à considérer : « Les experts doivent faire le lien entre tous les éléments connus (extrait du dossier, anamnèse, résultats, diagnostics, etc.) en se référant en détail aux résultats médico-psychiatriques recueillis et leur propre examen clinique et effectuer une exploration professionnelle qui relève de leur champ de compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les résultats obtenus sont susceptibles de réduire les capacités fonctionnelles et les ressources psychiques, en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels. Si l'on prend l'exemple d'évolutions dépressives récurrentes de degré léger à moyen au premier plan, souvent rencontrées lors d'évaluations pour le droit à l'invalidité selon l'AI, la personne concernée ne peut pas être considérée comme invalide. Il ne suffit pas que l'expert psychiatre conclut sans autre à une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré, à partir de l'événement dépressif diagnostiqué ; il doit encore démontrer, selon ses propres constatations (tristesse, désespoir, manque de motivation, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, capacité d'adaptation réduite, etc.), dans quelle mesure la capacité de travail est réduite sur le plan professionnel. Pour des fins de comparaison, de cohérence et de contrôle, il faut aussi tenir compte des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne examinée en vue du droit à une rente. Si les experts accomplissent cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des indicateurs standards au sens de l'ATF 141 V 281, l'évaluation médico-psychiatrique et ses conséquences sur le plan de la capacité fonctionnelle seront également valables du point de vue juridique pour l'organe décisionnel ou le tribunal ».

39. BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15.03.2018 E. 7.4.
40. ATF 141 V 281Consid. 6 et 7, changement de jurisprudence : cp. ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 en particulier en ce qui concerne les dépressions légères à modérées

6 Thèmes spécifiques du droit de l'assurance-accidents

6.1 Lésions corporelles assimilées à un accident (LCAA)

La révision de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, a notamment modifié la manière de traiter certaines lésions corporelles assimilées à un accident. Désormais, pour les lésions énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve libératoire que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Par ailleurs, l'octroi de prestations sur la base de l'art. 6 al. 2 LAA ne suppose plus que les conditions constitutives de la notion d'accident (art. 4 LPGA) soient réalisées, à la seule exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure. Le seul fait que l'on soit en présence d'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'art. 6 al. 2 LAA suffit pour présumer qu'il s'agit d'une lésion assimilée à un accident, devant être prise en charge par l'assureur-accidents.

Les lésions répertoriées à l'art. 6 al. 2 LAA sont celles qui, de par leur nature, résultent généralement d'une force ou d'une sollicitation physique et qui, en règle générale, ne peuvent être clairement attribuées à des causes dégénératives ou maladives.[41] Dans un jugement de principe, le Tribunal fédéral a clarifié l'application de ces dispositions. Lorsqu'un accident au sens de l'art. 4 LPGA est reconnu et que l'assuré souffre d'une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit prendre en charge les conséquences sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA.[42] En revanche, en l'absence d'accident au sens juridique, le cas doit être examiné selon l'art. 6 al. 2 LAA.

Pour qu'une lésion figurant sur la liste soit prise en charge par l'assurance-accidents, elle doit principalement résulter d'un traumatisme au sens médical.[43] La question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est toujours pertinente. Si l'assurance-accidents souhaite nier son obligation de prestation en relation avec une lésion ressortant de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, elle doit prouver que la cause est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. L'obligation de l'assurance-accidents de verser des prestations n'existe que si la lésion de la liste est la constatation principale.[44]

41. Kieser/Gehring/Bollinger, KVG/UVG Commentaire de l'Art. 6 LAA, N 6 ss.
42. ATF 146 V 51 consid. 9.1 ss.
43. Nabold, Commentaire UVG de l'Art. 6 LAA, N 45
44. ATF 116 V 152 consid. 4d.

En présence d'un diagnostic figurant dans la liste, le fardeau de la preuve est inversé. C'est à l'assurance-accidents qu'il incombe de démontrer que la lésion est principalement causée par l'usure ou une maladie préexistante. La question centrale devient alors de déterminer si l'on peut prouver ou exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion résulte de l'aggravation d'une maladie préexistante ou d'un processus dégénératif. L'assureur-accidents ne peut se libérer de son obligation de prester que s'il apporte la preuve d'une altération significative de l'état de santé due de manière prépondérante à des facteurs dégénératifs ou pathologiques.[45]

Ainsi, selon le Tribunal fédéral, « alors qu'en cas d'accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'obligation de l'assurance-accident de prester ne prend fin que lorsque l'accident ne constitue plus une cause partielle, même mineure, de lésions corporelles, l'assureur-accident est libéré de son obligation de prester dans le cadre d'une lésion assimilée à un accident si cette dernière est attribuable à plus de 50% à une usure ou à la maladie. »[46]

Le Tribunal fédéral a clarifié la question de la part causale en rapport avec lésion corporelle comprise dans la liste.[47] Le Tribunal fédéral a rappelé que le terme « prépondérant » est également utilisé dans le cadre de la reconnaissance maladies professionnelles (art. 9 al. 1 LAA).[48] Selon la jurisprudence en la matière, une cause « prépondérante » de maladies par des substances nocives ou à certains travaux n'est donnée que si celles-ci pèsent plus que toutes les autres causes en présence, c'est-à-dire si elles représentent plus de 50% de l'ensemble des causes.[49] Ainsi, la simple possibilité d'une lésion dégénérative ou pathologique ne suffit donc pas à satisfaire aux exigences en matière de preuve. La preuve de la pathogenèse principalement maladive ou dégénérative de la lésion ressortant de la liste est apportée lorsqu'il y a plus d'indicateurs en faveur d'une pathologie dégénérative ou maladive que pour la pathogenèse traumatique.[50] Il n'y a aucune raison d'interpréter différemment cette notion

45. Evalotta Samuelsson, Nouvelle réglementation sur les lésions corporelles accidentelles : SZS, SZS 2018, 358.
46. ATF 146 V 51 consid. 8.5.
47. ATF 146 V 51.
48. Samuelsson, 348.
49. ATF 119 V 200 consid. 2a et les références.
50. Samuelsson, 356. avec d'autres références, entre autres à l'ATF 133 III 321 consid. 3.3 ; Kieser/Gehring/Bollinger, KVG/UVG Commentaire de l'Art. 6 LAA, N 6 ss.

dans le rapport d'application de l'art. 6 al. 2 LAA. L'assureur-accidents est considéré comme ayant apporté la preuve contraire lorsqu'il démontre que le diagnostic figurant sur la liste est attribuable à plus de 50% à l'usure ou à une maladie. Pour établir cette preuve, l'assureur-accidents doit s'appuyer sur des évaluations médicales concluantes. Ces évaluations doivent pondérer les différents indices en faveur ou contre l'usure ou la maladie d'un point de vue médical.

L'assureur doit démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion en question est due majoritairement (plus de 50%) à l'usure ou à la maladie, en considérant tous les facteurs en cause.[51] L'assurance-accidents est libéré de son obligation de prester lorsque la lésion est due à plus de 50% à l'usure ou à une maladie. Si ce taux est inférieur à 50%, l'assurance-accidents est tenu à prestations. Pour nier le droit aux prestations, il est nécessaire que l'ensemble des éléments révèle une cause principalement dégénérative ou pathologique. Un seul élément isolé ne suffit pas pour écarter la lésion ressortant de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA. Il est également important de distinguer le fardeau de la preuve dans différents contextes. En cas d'accident au sens de l'art. 4 LPGA, c'est à la personne assurée de prouver qu'elle a effectivement été victime d'un accident. En revanche, pour une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA, c'est à l'assurance-accidents de démontrer qu'elle n'est pas compétente, c'est-à-dire que l'atteinte est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

6.2 Maladie professionnelle (MP)

En Suisse, l'article 9 de la loi sur l'assurance-accidents (LAA) définit deux catégories de maladies professionnelles.

La première catégorie comprend les maladies qui sont dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux (art. 9 al. 1 LAA). Ces substances ainsi que ces travaux et les affections qu'ils provoquent sont énumérées dans une liste exhaustive à l'annexe 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA).

Pour qu'une maladie soit reconnue comme professionnelle dans cette catégorie, il est nécessaire d'établir un lien de causalité d'au moins 50% entre l'atteinte à la santé et l'exposition professionnelle (substance nocive ou travail spécifique). En d'autres termes, l'activité professionnelle doit être responsable de la maladie à plus de 50%. Dans ce contexte, le médecin expert doit effectuer une analyse détaillée des circonstances. Il doit mettre en évidence les éléments qui permettent de conclure que la causalité précitée dépasse ce seuil de 50%.

La deuxième catégorie concerne les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante (au moins 75%) par l'exercice de l'activité professionnelle (art. 9 al. 2 LAA).

La reconnaissance de ces maladies nécessite non seulement des preuves cliniques, mais aussi des données épidémiologiques solides. Ces dernières doivent établir que la maladie en question est au moins quatre fois plus fréquente dans le groupe professionnel et la tranche d'âge concernés que dans la population générale.

6.3 Atteinte à l'intégrité

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une compensation financière visant à dédommager les personnes ayant subi des atteintes à leur santé. Ce concept s'inspire de la notion de réparation du tort moral présente dans le droit de la responsabilité civile. Dans le système suisse des assurances sociales, cette indemnité est prévue par deux lois : la loi sur l'assurance-accidents (LAA) et la loi sur l'assurance militaire (LAM). Dans le cadre de la loi sur l'assurance-accidents, l'assuré a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite d'accident, il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

51. ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1.

Le montant de l'indemnité est calculé en pourcentage du gain assuré maximal en vigueur au moment de l'accident. Depuis le 1er janvier 2016, ce gain maximal assuré est fixé à CHF 148'200. L'annexe 3 de l'OLAA prévoit le barème suivant pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité :

	Pourcentage		Pourcentage
Perte d'au moins deux phalanges d'un doigt long ou d'une phalange du pouce	5	Perte d'une jambe dans l'articulation du genou	40
Perte d'un pouce	20	Perte d'une jambe au-dessus de l'articulation du genou	50
Perte d'une main	40	Perte d'un pavillon d'oreille	10
Perte d'un bras au niveau ou au-dessus du coude	50	Perte du nez	30
Perte d'un gros orteil	5	Scalpage	30
Perte d'un pied	30	Déformation très grave du visage	50
Perte d'un rein	20	Altération grave de la capacité de mastication	25
Perte de la rate	10	Limitation fonctionnelle très douloureuse de la colonne vertébrale	50
Perte des organes sexuels ou de la capacité de se reproduire	40	Paraplégie	90
Perte de l'odorat ou du goût	15	Tétraplégie	100
Perte de l'audition d'une oreille	15	Altération très grave de la fonction pulmonaire	80
Perte de la vision d'un côté	30	Affection très grave de la fonction rénale	80
Surdité totale	85	Altération de fonctions psychiques partielles telles que la mémoire et la capacité de concentration	20
Cécité totale	100	Epilepsie post-traumatique avec crises ou sous médication permanente sans crises	30
Luxation habituelle de l'épaule	10	Troubles organiques très graves du langage, syndrome moteur ou psycho-organique très grave	80

La Suva a procédé à un affinement de ces tableaux dans les tables Suva relatives à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (https://www.suva.ch/fr-ch/download).

Il convient de noter que le taux d'atteinte à l'intégrité est plafonné à 100%, quel que soit le nombre ou la gravité des atteintes subies. S'il y a plusieurs atteintes, une évaluation globale est nécessaire. Cette évaluation implique une pondération des différentes atteintes pour déterminer un pourcentage total, qui ne peut excéder 100%.

Dans l'assurance militaire, si l'assuré souffre d'une atteinte notable et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une rente pour atteinte à l'intégrité (art. 48 al. 1 LAM). La gravité de l'atteinte à l'intégrité est déterminée équitablement en tenant compte de toutes les circonstances (art. 49 al. 1 LAM).

Pour examiner et évaluer une atteinte à l'intégrité, les trois conditions suivantes doivent être remplies : responsabilité de l'assurance militaire, caractère durable et stabilisation de l'état de santé. Une atteinte est durable lorsqu'elle est susceptible de persister tout au long de la vie. L'état de santé est considéré comme stable lorsque le traitement médical est terminé ou que l'on ne peut plus attendre de sa poursuite une notable amélioration. La première condition doit

être vérifiée par la personne chargée de la gestion du cas, les deux autres relèvent de la compétence du médecin.

Pour assurer un traitement équitable des cas, l'assurance militaire a établi des valeurs indicatives reflétant la nature et la gravité des principaux types d'atteintes. L'expert doit évaluer si le cas concret correspond à ces valeurs de référence, ou s'il est plus ou moins grave, en tenant compte des handicaps et des désavantages concrets dans la vie quotidienne de la personne assurée. Toutes les circonstances du cas d'espèce sont donc prises en compte, en se basant sur des valeurs de référence et des cas comparatifs des troubles, handicaps (limitations dans les activités quotidiennes) et désavantages (limitations dans la participation à la vie, dans la société).

Les valeurs indicatives pour l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité dans l'assurance militaire découlent de l'art. 49 al. 2 LAM. Selon cette disposition, la perte totale d'une fonction vitale, comme l'ouïe ou la vue, correspond à une atteinte à l'intégrité de 50%.

Un dommage est significatif au sens de la loi lorsque les troubles et les handicaps sont quotidiens, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas seulement épisodiques ou intermittents ou qu'ils ne surviennent que lors de certaines sollicitations, lorsqu'ils ont en outre des répercussions négatives sur la vie de manière générale et que le dommage correspond au moins à un vingtième de la perte totale d'une fonction vitale comme l'ouïe ou la vue (2.5%). L'évaluation se fait par paliers de 2.5%.

Les valeurs indicatives dans l'assurance militaire sont généralement deux fois moins élevées que dans l'assurance-accidents. Par exemple, alors que la perte totale de la vue correspond à une atteinte à l'intégrité de 100% dans l'assurance-accidents, elle est évaluée à 50% dans l'assurance militaire.

6.4 Expertise en cas de séquelles psychiques d'un accident et de distorsions de la colonne vertébrale (appelées «coups du lapin»)

Remarque préliminaire : la présente section aborde la notion de causalité adéquate. Il est important de rappeler que l'évaluation de ce lien relève de la compétence exclusive des juristes et non des experts médicaux. Bien que cette analyse juridique ne fasse pas partie des responsabilités de l'expert médical, une connaissance de base de ce concept peut s'avérer utile pour saisir le contexte plus large dans lequel s'inscrit l'expertise médicale.

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré serait propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de manière générale favorisée par une telle circonstance.[52]

Dans le contexte d'un accident, l'établissement du lien de causalité adéquate suit des règles spécifiques. Lorsque des modifications structurelles organiques sont objectivement constatables et qu'un lien de causalité naturelle est établi, le lien de causalité adéquate est généralement admis sans difficulté. Cependant, la situation est plus complexe lorsque les symptômes consécutifs à un accident ne sont pas objectivables du point de vue organique ainsi qu'en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident. Pour traiter ces situations de manière équitable, le Tribunal fédéral a développé une approche spécifique, appelée « Psycho-Praxis » en allemand (« pratique psycho-juridique »).[53] Dans le cadre de cette pratique, le Tribunal fédéral a établi une classification des accidents en trois catégories : légers, moyens et graves.

Il est important de souligner que cette approche jurisprudentielle relative à la causalité adéquate est spécifique au domaine des assurances sociales. Elle n'est pas utilisée dans le domaine de la responsabilité civile, où l'évaluation de la causalité adéquate suit des principes distincts.

52. ATF 148 V 356 consid. 3 ; 139 V 156 consid. 8.4.2 ; 129 V 177 consid. 3.2 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5.
53. ATF 115 V 133.

Le lien de causalité adéquate est évalué différemment selon la gravité de l'accident. Pour les accidents considérés comme insignifiants ou de peu de gravité, tels qu'une chute banale ou une chute de sa propre hauteur, l'existence d'un lien de causalité adéquate avec des troubles psychiques doit en règle générale être niée d'emblée. À l'inverse, dans le cas d'un accident grave, on admet généralement l'existence d'un tel lien de causalité adéquate entre l'événement et les troubles psychiques qui pourraient en découler.

En présence d'un accident de gravité moyenne, la jurisprudence a établi sept critères :

- Circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou caractère particulièrement impressionnant de l'accident
- Gravité ou nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques
- Durée anormalement longue du traitement médical
- Douleurs physiques persistantes
- Erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident
- Difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes
- Degré et durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis.

Concernant les distorsions de la colonne cervicale, le Tribunal fédéral a établi dans l'ATF 117 V 359 une jurisprudence spécifique (la pratique dite du « coup du lapin » ou « Schleudertrauma-Praxis » en allemand). L'examen se fait sur la base de critères particuliers n'opérant pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes, lorsque les symptômes attribuables de manière crédible au tableau clinique typique (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.) se trouvent au premier plan. Par la suite, cette pratique s'est progressivement durcie. Dans l'arrêt ATF 119 V 325, le Tribunal fédéral a ajouté une exigence supplémentaire : la distorsion cervicale doit être corroborée par des données médicales fiables pour être reconnue.

L'arrêt ATF 134 V 109 de 2008 a marqué un tournant dans l'évaluation de la causalité adéquate pour les accidents de type « coup du lapin ». Pour décider de l'existence ou non d'un rapport de causalité adéquate en cas d'accident de type « coup du lapin », il y a lieu de raisonner, par analogie, avec la jurisprudence en matière de troubles psychiques et d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et d'appliquer des critères objectifs analogues. L'examen des critères est toutefois effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques. Ces critères, dont le Tribunal a reconnu le caractère exhaustif, sont formulés de la manière suivante :

- Circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident
- Gravité ou nature particulière des lésions physiques
- Administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible
- Intensité des douleurs
- Erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident
- Difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes
- Importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

Le Tribunal fédéral a étendu l'application de sa jurisprudence, développée dans le cadre de l'assurance-invalidité pour les troubles somatoformes douloureux et les troubles psychiques (indicateurs standards), au domaine de l'assurance-accidents. Cette extension concerne spécifiquement les cas de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Concrètement, cela signifie que les indicateurs standards utilisés pour évaluer le droit dans l'assurance-invalidité sont également applicables, par analogie, lors de l'examen du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-accidents (ATF 141 V 574 consid. 5.2).[54]

7 Rôle des tribunaux et des assureurs pour l'expertise

7.1 Attribution des mandats d'expertises médicales en Suisse

Dans le système des assurances sociales suisses, la responsabilité première d'ordonner des expertises incombe aux assureurs eux-mêmes. Cette pratique découle du principe de l'instruction, selon lequel les assureurs ont le devoir de clarifier d'office les faits pertinents pour chaque cas (art. 43 LPGA). Toutefois, lorsque les faits n'ont pas été suffisamment élucidés, le tribunal dispose en principe de deux options : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Dans ce second cas, une expertise judiciaire peut s'avérer nécessaire, notamment lorsque les données recueillies par l'administration durant l'instruction ne présentent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs du dossier (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.5).

Lorsqu'un assureur sollicite une expertise auprès d'un expert indépendant dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il doit, conformément à l'art. 44 LPGA, communiquer le nom de l'expert aux parties. Ces dernières disposent alors d'un délai de 10 jours pour récuser l'expert pour des motifs valables et présenter des contre-propositions . Le Tribunal fédéral reconnaît en principe comme motifs de récusation ceux de nature formelle. Il s'agit notamment d'un intérêt personnel de l'expert dans l'affaire, du fait pour l'expert d'avoir agi dans la cause à un autre titre (membre d'une autorité, conseil d'une partie, expert ou témoin), du fait d'être parent ou allié en ligne directe ou, jusqu'au troisième degré, en ligne collatérale avec une partie, son mandataire ou une personne qui a agi dans la même cause comme membre de l'autorité précédente, du fait d'être lié avec une partie ou son mandataire par mariage, fiançailles, partenariat enregistré ou adoption. En revanche, les motifs de nature matérielle, tels que la spécialisation professionnelle ou la compétence, doivent en règle générale être traités lors de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5).

Dans le cadre de l'assurance-invalidité, l'attribution des expertises bi- et pluridisciplinaires est soumise à une réglementation stricte. Ces expertises doivent

54. ATF 125 V 456.

être confiées de manière aléatoire à des centres d'expertises ayant conclu une convention avec l'Office fédéral des assurances sociales (art. 72bis RAI). Ce processus d'attribution s'effectue via la plateforme internet « SuisseMED@P ». Outre toutes les modalités d'attribution qu'elle contient, la convention prescrit également l'assurance qualité et la tarification. **Dans l'AI, l'attribution d'expertises de gré à gré n'est possible que pour les expertises monodisciplinaires.**

En 2007, la Suva a mis en place un « bureau central de clearing pour les expertises ». Cette initiative s'inscrit dans le rôle particulier de la Suva en tant que principal assureur-accidents en Suisse, bénéficiant d'un monopole partiel notamment dans les secteurs de la construction et de l'industrie.

Ce bureau centralisé ordonne des mandats d'expertise médicale à l'externe de la part des gestionnaires de l'assurance et soutient leur exécution sur le plan administratif. Le réseau d'experts s'est continuellement développé et comprend aussi bien des experts individuels que des centres d'expertise.

En cas d'attribution de l'expertise de gré à gré, les droits de participation de l'assuré doivent être respectés, à savoir associer l'assuré au choix de l'expert, ce qui implique, en cas de désaccord, une décision incidente contestable devant le tribunal cantonal (art. 44 al. 4 LPGA). Lors de la mise en œuvre de l'expertise, l'assureur soumet à la personne assurée les questions qu'il entend poser aux experts et lui signale qu'elle a la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires (art. 44 al. 3 LPGA).

Dans le domaine de l'assurance privée, il n'existe pas de droits d'attribution définis, mais les assureurs impliquent néanmoins le plus souvent les personnes assurées dans le choix de l'expert et les questions relatives à l'expert, dans le but d'accélérer le processus.

Jusqu'à présent, les assureurs privés ont toujours refusé un service central d'attribution ou un centre d'attribution pour les mandats d'expertises. Toutefois, les critères d'attribution revêtent ici une importance moindre que dans le droit des assurances sociales, car une expertise demandée par une assurance privée n'est considérée que comme une allégation de partie.

Dans le cadre des expertises judiciaires, les tribunaux jouissent d'une autonomie complète. Les juges ont toute latitude pour sélectionner les experts qu'ils estiment les plus appropriés pour chaque cas. Ils ont également une entière liberté dans la formulation des questions posées aux experts.

7.2 Hiérarchie de la valeur probante des expertises

Il n'existe pas de règle stricte sur la manière dont les différents moyens de preuve doivent être appréciés, mais le principe de la libre appréciation des preuves s'applique. En conséquence, les assureurs et les tribunaux doivent apprécier les preuves librement, c'est-à-dire sans être liés par des règles formelles en matière de preuve, de manière exhaustive et conforme à leurs obligations. Le juge doit examiner objectivement, de manière complète et rigoureuse, tous les moyens de preuve à disposition puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

Il décide ensuite si les documents disponibles permettent une appréciation fiable de la décision contestée. En particulier, en cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin-conseil soient dûment motivées. Le Tribunal fédéral a adopté une

position nuancée concernant l'appréciation des preuves. Tout en reconnaissant le principe fondamental de la libre appréciation des preuves, il admet la possibilité d'établir des critères spécifiques pour évaluer la valeur probante des éléments présentés.

Le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types médicaux en fonction de la personne ou de l'organe dont ils émanent, sans pour autant créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles. Au sommet de cette hiérarchie se trouve l'expertise médicale judiciaire, suivie par l'expertise externe, les avis internes de l'assureurs et l'expertise privée. En queue de classement, l'avis du médecin traitant se voit accorder qu'une valeur probante très limitée et ne servant, au mieux, qu'à susciter des doutes quant aux autres pièces médicales.

Les lignes directrices accordent une valeur probante plus élevée aux expertises judiciaires qu'aux expertises administratives. Cela s'explique essentiellement par le fait que l'expert judiciaire, contrairement à l'expert commis par l'assureur social, est soumis à l'art. 307 CP.

L'expertise administrative, réalisée sur mandat dans le cadre de l'art. 44 LPGA se voit conférer, par le Tribunal fédéral, une valeur probante supérieure à toute autre pièce médicale figurant dans le dossier de la personne assurée, sous réserve d'une expertise judiciaire dont les conclusions seraient différentes ou de vices à ce point importants que sa valeur probante devrait être niée. L'administration ou le juge ne saurait écarter une expertise administrative aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé.

Il est essentiel d'adopter une approche nuancée dans l'évaluation de certaines catégories de rapports médicaux. Une prudence particulière est recommandée à l'égard des évaluations internes aux assurances, des expertises commandées par les parties, ainsi que des évaluations réalisées par les médecins traitants, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Cette réserve s'explique par le risque potentiel de partialité, qui est particulièrement important chez les médecins traitants. En effet, il est souvent difficile pour un médecin de passer du rôle de soignant à celui d'évaluateur objectif. La relation de confiance établie avec le patient peut influencer le médecin, le rendant moins enclin à remettre en question les plaintes exprimées dans un contexte thérapeutique.

S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas per se l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Lorsque le médecin traitant adopte une posture neutre, distincte de son rôle thérapeutique, son appréciation ne saurait être simplement ignorée. En particulier, lorsque les évaluations sont minutieusement réalisées et bien argumentées, sans se limiter à reprendre sans esprit critique les plaintes du patient, le tribunal doit procéder à une appréciation complète. Il doit soigneusement peser le pour et le contre avant de décider s'il est justifié d'écarter ces évaluations uniquement en raison de leur valeur probante théoriquement moindre.

Afin que le rapport d'expertise rédigé par les experts en médecine des assurances ait le poids nécessaire dans l'appréciation des preuves, il devrait être accompagné d'un dossier complet qui aura été lu et résumé au début de l'expertise.

Le médecin expert doit également fournir une liste des documents qu'il a reçus de la part du mandant et faire référence à ces documents dans ses conclusions, de manière individuelle et concrète, et en déduire ses faits et son appréciation. De même, la personne chargée de l'expertise devrait pouvoir faire référence dans ses conclusions à des études, à la littérature médicale et à des lignes directrices. De cette manière, l'expert peut apporter la preuve avec une documentation complète de la situation du patient.

Une expertise externe peut avoir une pleine valeur probante dans une procédure civile, si elle a été demandée par une autorité dans une autre procédure et si le droit d'être entendu a été respecté (cf. ATF 140 III 24 consid. 3.3.1.3) : « La recourante ne fait pas valoir que l'expertise du Centre d'Observation médicale de l'AI ne serait pas appropriée pour être considérée comme une expertise judiciaire au sens des art. 183 ss CPC dans un éventuel procès principal.

La doctrine est d'avis – à juste titre – que le juge civil peut recourir à une expertise commandée par une autre autorité et réalisée dans le cadre d'une autre procédure (p. ex. une expertise routière demandée dans le cadre d'une procédure pénale ou une expertise médicale ordonnée par un organisme d'assurance sociale) en tant qu'expertise judiciaire. La valeur probante de ces expertises externes n'est pas remise en question par le fait que les parties doivent se voir accorder le droit d'être entendues à ce sujet dans le procès principal. Ce droit comprend non seulement la possibilité de se prononcer sur le contenu de l'expertise externe (art. 187 al. 4 CPC), mais aussi celle de s'exprimer ultérieurement sur la personne de l'expert (art. 183 al. 2 CPC) et de poser des questions complémentaires (art. 185 al. 2 CPC) (…). Les expertises externes sont donc tout aussi probantes que celles obtenues par le juge civil lui-même, leur valeur probante étant, bien entendu soumise au principe de la libre appréciation des preuve (art.157 CPC). Une nouvelle expertise peut être ordonnée sur les mêmes questions d'expertise si les constatations et les conclusions d'une expertise externe ne résistent pas à une appréciation critique (…) ».

8 Bibliographie

Pour approfondir la thématique de l'assurance qualité dans l'expertise, nous renvoyons volontiers aux articles suivants, qui peuvent être utilisés comme base structurelle pour la rédaction d'une expertise :

L'utilisation de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) dans l'expertise somatique (2e partie)
Jörg Jeger
Source : MEDINFO 2018/1

CIF et expertise en psychiatrie - un exemple pratique
Gerhard Ebner
Source : MEDINFO 2018/1

Assurance qualité dans l'expertise médicale des assurances
Gerhard Ebner / Christoph Bosshard / Jörg Jeger / Andreas Klipstein / Marc Oliver Koch / Hans Rudolf Stöckli
Source : Bulletin des médecins suisses 2021;102(1920):655-656

Lignes directrices pour l'évaluation du consensus lors d'expertises bi- et polydisciplinaires dans la médecine des assurances
Gerhard Ebner / Christoph Bosshard / Jörg Jeger / Andras Klipstein / Marc Oliver Koch
Source : SZS cahier n° 3 2021 p. 132

Voir plus loin :

Points chauds de la pratique de l'expertise en médecine des assurances
Iris Herzog Zwitter
Source : in Jusletter 30 août 2021 jusletter.weblaw.ch

Littérature et jugements Médecine des assurances :
https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools

Swiss Insurance Medicine
c/o Medworld AG
Administrative Office
Sennweidstrasse 46
6312 Steinhausen
41 (0)41 748 07 30
info@swiss-insurance-medicine.ch
www.swiss-insurance-medicine.ch

Publié par Swiss Insurance Medicine (SIM),
groupe des juristes SIM
Cinquième édition, revue et mise à jour 2026
par les chargés de la formation SIM

ISBN 978-3-907219-08-9 (PDF)