

Lignes directrices pour l'expertise rhumatologique

1. Importance des lignes directrices

1.1 Définition

- Les lignes directrices constituent des recommandations pratiques. Il s'agit de normes qui portent notamment sur le contenu, la forme, le langage, les exigences imposées à l'expert et les processus.
- Elles visent à améliorer l'uniformité des pratiques parmi les rhumatologues¹ et, par là même, à promouvoir la qualité et la rentabilité.
- Le respect des lignes directrices apporte une sécurité ; tout écart doit être justifié.

1.2 Destinataires

- Les lignes directrices s'adressent aux médecins qui réalisent des expertises rhumatologiques.

2. Principes

2.1 Importance d'une expertise

- Les expertises médicales constituent avant tout des éléments de preuve.
- Une expertise est généralement commandée lorsque la situation médicale n'est pas claire pour l'autorité compétente (administration ou, en cas de litige, tribunal).
- L'expertise sert d'aide à la décision à l'autorité compétente pour déterminer si l'assuré a droit à des prestations d'assurance et, le cas échéant, lesquelles.
- L'expert médical intervient ici en tant que spécialiste. La responsabilité d'accorder ou de refuser des prestations d'assurance incombe toutefois toujours à l'autorité compétente.
- L'expertise doit être rédigée dans un langage compréhensible pour l'autorité compétente.

2.2 Rôle de l'expert

- La rédaction d'un rapport d'expertise exige un changement de perspective de la part du médecin : alors que dans le cadre thérapeutique, les préoccupations du patient sont au premier plan, dans le cadre d'une expertise, c'est la recherche des faits objectifs qui prime.
- L'expert est tenu de faire preuve de la plus grande neutralité et objectivité possibles. Ni les intérêts du mandant ni ceux de l'assuré ne doivent influencer le processus de décision. Le rhumatologue traitant ne devrait donc pas rédiger d'expertises concernant ses patients.
- L'expert doit démontrer de manière compréhensible à l'autorité compétente si, selon les connaissances de la science médicale, il s'agit d'une maladie d'une gravité considérable, pour laquelle aucun traitement n'est envisageable et dont le pronostic est défavorable.

¹ Pour faciliter la lecture, seule la forme masculine est utilisée, mais les deux sexes sont toujours visés

2.3 Exigences juridiques relatives à une expertise

Le Tribunal fédéral a formulé comme suit les exigences relatives à une expertise médicale destinée à l'assurance sociale [ATF 125 V 351] :

« En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, le critère déterminant est de savoir si

- *le rapport est exhaustif quant aux points litigieux,*
- *il repose sur des examens approfondis de tous les aspects,*
- *tient également compte des troubles invoqués,*
- *a été établi en connaissance du dossier antérieur (anamnèse),*
- *s'avère plausible dans l'évaluation des liens médicaux et de la situation médicale, et si les conclusions de l'expert sont fondées. »*

2.4 Conditions requises à l'expert

Les conditions requises à l'expert sont les suivantes :

- Avoir suivi une formation de spécialiste en rhumatologie et être titulaire d'une autorisation d'exercer en cours de validité.
- En plus, une expérience clinique d'au moins 5 ans dans le domaine de la rhumatologie est requise.
- L'expert doit acquérir des connaissances de base en médecine des assurances. Dans le domaine de la sécurité sociale, le certificat d'expert délivré par la Swiss Insurance Medicine [www.swiss-insurance-medicine.ch] devient légalement obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2027.
- Les médecins qui exercent des activités d'expertise dans le cadre de leur formation de spécialiste doivent être supervisés par un médecin spécialiste, qui doit cosigner l'expertise. Afin de garantir une meilleure qualité des expertises, les experts sont tenus de respecter les recommandations de qualité définies par l'EKQMB¹
- Nous invitons les rhumatologues exerçant en tant qu'experts dans des centres d'expertise à s'assurer de l'accréditation de ces centres.

2.5 Différences de raisonnement entre juristes et médecins

- Le médecin doit se plonger dans l'univers de pensée du juriste et être capable de le comprendre. Le juriste est tenu d'adopter une pensée normative (déductive) ; il tire ses conclusions de normes (lois, règlements, jurisprudence) qu'il applique au cas particulier. À l'inverse, le médecin procède de manière inductive, selon une approche scientifique ; il tente de déduire une règle d'application générale à partir de l'observation de cas individuels (recherche empirique).
- L'autorité compétente souhaite obtenir des réponses claires aux questions posées. Une telle réponse claire peut également consister à indiquer qu'il n'existe aucune certitude médicale dans le cas concret faisant l'objet de l'expertise, que ce soit au niveau du diagnostic ou de l'évaluation des conséquences sur la capacité de travail.
- Il incombe certes à l'expert médical d'aider autant que possible à l'autorité compétente à clarifier les questions posées. Mais il doit également, le cas échéant, attirer l'attention sur les limites de la science médicale.

2.6 L'expertise en tant que moyen de preuve

- Les expertises constituent avant tout des éléments de preuve. L'expertise sert à prouver les atteintes à la santé (handicaps) et leurs répercussions sur la capacité de travail, ainsi que, selon la question posée, à établir le lien de causalité. En droit de la sécurité sociale, le critère de preuve applicable est celui de la « vraisemblance prépondérante ».
- Il en résulte que les diagnostics présumés ne peuvent généralement pas donner lieu à des prestations permanentes (rentes). Les diagnostics doivent être au moins « hautement probables » pour pouvoir justifier une incapacité de travail durable (invalidité) reconnue juridiquement.
- Le codage des maladies doit être effectué conformément à la « Classification internationale des maladies » (CIM). Conformément à la jurisprudence constante, l'expert doit se conformer aux systèmes de classification internationalement reconnus pour la formulation des diagnostics, à savoir actuellement en premier lieu la CIM-10. Pour la classification des douleurs chroniques, il est recommandé d'utiliser la nouvelle terminologie de la CIM-11 (voir la directive de l'AWMF relative à l'expertise médicale des personnes souffrant de douleurs chroniques).
- Les diagnostics ne correspondent pas bien à l'ampleur de l'atteinte fonctionnelle. La description et l'évaluation du handicap doivent s'appuyer sur le cadre de référence (Framework) de la « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé » (CIF). Un codage complet selon la CIF n'est pas nécessaire et n'apporte

¹ <https://www.ekqmb.admin.ch/ekqmb/de/home/empfehlungen/empfehlungen.html>

aucune valeur ajoutée. L'expertise doit exposer quels diagnostics entraînent des limitations fonctionnelles et comment ces limitations influencent l'activité et la participation. De même, l'influence des facteurs environnementaux et des facteurs liés à la personne doit être décrite, dans la mesure où ceux-ci jouent un rôle significatif.

- L'utilisation de la CIF dans l'expertise vise à renforcer la transparence et la traçabilité des limitations de capacité attestées. La CIF établit un lien essentiel entre la médecine et l'application du droit.
- Dans son arrêt BGE 141 V 281 rendu en 2015, le Tribunal fédéral suisse a posé de nouvelles exigences concernant la preuve du handicap en droit des assurances sociales. Cet arrêt repose sur une conception moderne de la maladie et du handicap, s'inspirant de la CIF. L'accent n'est pas mis uniquement sur les diagnostics, mais principalement sur les limitations fonctionnelles qui en découlent. Le handicap doit être prouvé (indirectement) à l'aide d'indicateurs : gravité et évolution de la maladie, comorbidités, limitations fonctionnelles, traitements suivis et leurs résultats, possibilité de traitement, cohérence des limitations dans des domaines de vie comparables.
- L'évaluation et l'appréciation du handicap selon la CIF impliquent que le niveau des limitations fonctionnelles dans différents domaines de la vie soit minutieusement interrogé et consigné. Il ne suffit pas de s'enquérir des symptômes et des plaintes subjectives.

2.7. La médecine factuelle dans l'expertise médico-assurancière

- La médecine des assurances utilise en principe la même méthodologie que la médecine clinique. Cependant, pour de nombreuses questions relevant de la médecine des assurances, les résultats de recherche disponibles sont nettement moins nombreux que pour les questions cliniques. De plus, les résultats de recherche en médecine des assurances présentent généralement un niveau de preuve inférieur à celui de la médecine clinique.
- En particulier dans le cas de situations médicales rares et controversées (maladies rares, traitements et évolutions inhabituels, complications rares, expertises préalables contradictoires, évaluations difficiles de la causalité), il est recommandé d'étayer également l'évaluation contenue dans l'expertise par des conclusions tirées de la littérature spécialisée disponible (recherche clinique, recommandations et manuels d'expertise). Les citations (accompagnées de leurs références) doivent être insérées là où elles sont utilisées pour étayer l'argumentation. L'ajout d'une bibliographie sans lien concret avec l'argumentation n'est guère convaincant.

2.8. Importance de l'expertise rhumatologique (rapport partiel) dans l'expertise bidisciplinaire et pluridisciplinaire

- Dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire, il convient de veiller à ce que le rhumatologue reste dans son domaine de spécialité et ne s'aventure pas dans des domaines qui ne relèvent pas de sa compétence.
- Le rhumatologue doit faire preuve de prudence lorsqu'il pose des diagnostics d'aggravation, de simulation et de somatisation. Une attention particulière doit être accordée aux éventuels symptômes extra-articulaires pouvant être associés à des troubles de l'appareil locomoteur. Une description neutre du comportement et une formulation telle que « syndrome de douleur hémilatérale droite sans corrélat somatique adéquat » laissent au psychiatre une marge de manœuvre suffisante pour déterminer s'il existe ou non un trouble psychique de nature pathologique.
- L'expertise des personnes souffrant de douleurs chroniques nécessite généralement une expertise à la fois somatique et psychosomatique/psychiatrique et requiert une évaluation conjointe des experts.

- Dans le cadre d'une expertise interdisciplinaire, le rhumatologue participe activement à l'examen du cas visant à parvenir à un consensus². Les lignes directrices de la SIM relatives à la recherche d'un consensus lors d'évaluations multidisciplinaires sont à sa disposition.

3. Procédure pratique

3.1 Étude du dossier et informations

- **Étude du dossier** : il incombe en principe au mandant et (dans le cadre de l'obligation de coopération) à l'assuré de se procurer l'intégralité des documents médicaux (dossiers, examens d'imagerie, résultats de laboratoire, etc.) et de les mettre à la disposition de l'expert. Les dossiers présentés doivent être étudiés de manière approfondie et pris en compte. Dans le rapport d'expertise, les pièces du dossier pertinentes doivent être résumées en mentionnant leur auteur et leur date de création. À cet égard, on est en droit d'attendre du mandant que les dossiers soient classés par ordre chronologique et fournis sans redondances. Les dossiers manquants qui sont importants pour l'évaluation de la question posée doivent être demandés par l'expert, soit par l'intermédiaire du mandant, soit directement auprès de leur auteur. Il convient notamment de prendre en compte le parcours professionnel avant et depuis la survenue de l'atteinte à la santé, l'évolution de l'incapacité de travail, les profils d'exigences professionnelles ou descriptions de poste éventuellement disponibles, ainsi que les déroulements et observations consignés lors des tentatives de réinsertion professionnelle. L'analyse des dossiers antérieurs constitue un élément important d'une expertise.
- **Communication** : l'expert doit s'assurer d'une communication linguistique irréprochable avec la personne examinée. Le recours éventuel à un interprète est à la charge du mandant.
- **Information** : l'assuré doit être informé de l'identité du mandant, de la levée de l'obligation de confidentialité à son égard, de l'objet de la mission (questions), de la position et de la neutralité de l'expert, ainsi que de la portée et du contexte de l'expertise.
- **Résultats de l'examen/des investigations** : ils sont documentés et analysés dans le rapport d'expertise.
- **Copies** : le rapport écrit est adressé exclusivement au mandant. L'assuré est en droit (droit du patient) d'en obtenir une copie auprès du mandant. Il peut l'utiliser à sa guise.

3.2 Entretien

L'entretien approfondi avec l'assuré doit permettre d'obtenir des informations sur :

- **l'évolution de la maladie** : début, antécédents familiaux, conséquences/influences de maladies ou d'accidents antérieurs, dépendance par rapport à la position et à l'effort, résultats des examens, interventions et traitements antérieurs. Il peut s'avérer nécessaire de recueillir des renseignements auprès de tiers.
- **Accidents** : état antérieur, circonstances de l'accident, symptômes initiaux, évolution, traitements et réactions à ceux-ci.
- **Situation actuelle** : symptômes, gênes, limitations concernant les activités et la participation.
L'évaluation selon la CIF nécessite de s'enquérir en détail du niveau des limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne, par exemple : Pouvez-vous vous habiller/vous

² <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/medizinische-gutachten/leitlinien-medicinische-begutachtung>

déshabiller seul(e) ? Pouvez-vous vous occuper de votre hygiène corporelle de manière autonome ? Pour quoi avez-vous besoin d'aide ? Quelles tâches ménagères effectuez-vous vous-même, pour lesquelles avez-vous besoin d'aide, et quelles sont celles que vous ne pouvez plus du tout faire vous-même ? Pratiquez-vous un sport ? Lequel ? À quelle fréquence ? La situation était-elle différente auparavant ? Êtes-vous membre d'un club ? Quels loisirs pratiquez-vous ? Recevez-vous des visites ? Rendez-vous visite à d'autres personnes ? Allez-vous au cinéma, au théâtre, à des concerts ou à des manifestations sportives ? Savez-vous faire du vélo ? Savez-vous conduire ? Combien de kilomètres parcourez-vous par an en conduisant vous-même ? Savez-vous utiliser les transports en commun ? À quand remonte votre dernier départ en vacances ? Où ? Comment avez-vous voyagé ? À quoi ressemble votre quotidien actuel ? Qu'est-ce qui vous empêche le plus d'exercer une activité professionnelle rémunérée ?

- **Tableau clinique par rapport au travail**

Le tableau clinique par rapport au travail exploitable peut fournir des indications importantes permettant de déterminer s'il existe un lien entre des activités ou des exigences professionnelles concrètes et l'apparition, le maintien ou l'aggravation d'un état de santé (ce que l'on appelle les troubles liés au travail). Des indications importantes peuvent par exemple en être retirées par les questions suivantes : Comment étaient-ils les troubles dans les jours de congé ou pendant les vacances ? Des activités individuelles concrètes ont-elles eu un effet positif ou négatif sur les troubles au moment où l'activité concrète était exercée ? Quelles activités pouvaient être exercées sans difficulté ou avec peu de difficultés, lesquelles ne pouvaient l'être qu'avec peine, voire plus du tout ?

- **Médicaments actuels** : médicaments pris régulièrement et irrégulièrement, posologie ; en cas de prise à la demande, fréquence par semaine/par mois, effets sur la maladie et ses symptômes.
- **Déroulement de la journée** : le relevé minutieux du déroulement de la journée fournit des indications importantes sur les répercussions de l'affection dans les différents domaines de la vie.
- **Parcours professionnel** : formation, diplômes professionnels, évolution professionnelle avant et après l'apparition du problème de santé.
- **Évolution de l'incapacité de travail** : évolution de l'incapacité de travail, absences répétées ou continues, capacités de travail partielles, tentatives de reprise du travail d'un point de vue subjectif. Recoupement avec les informations issues de l'anamnèse du dossier.
- **Exigences liées au poste habituel** : l'évaluation de la capacité de travail au poste habituel nécessite l'établissement d'un profil d'exigences aussi précis que possible. Idéalement on dispose d'un profil de compétences fourni par l'employeur, (par exemple sous la forme du profil ReWork de Compasso). Les questionnaires AI adressés a posteriori à l'employeur doivent être traités avec une certaine prudence : ils sont souvent remplis par un collaborateur des ressources humaines, qui n'a pas une idée précise des tâches effectivement exercées. Parfois, même les intitulés de poste ne correspondent pas. Eventuelles informations figurant dans le dossier ainsi que les compléments apportés par l'entretien et les rapports sur les tentatives de réinsertion doivent être pris en compte. Lorsque les informations proviennent exclusivement de la personne concernée, elles doivent être examinées d'un œil critique et comparatif, et complétées si nécessaire par des renseignements provenant de tiers. Souvent, les personnes assurées disposent également de photos sur leur téléphone portable, ce qui peut s'avérer utile (attention à la réutilisation des images dans l'expertise pour des raisons de protection des données !). L'entretien porte sur la détermination du volume d'activité en pourcentage et en heures de travail par jour, des principales tâches

partielles exercées et du temps qu'elles occupent, des éventuelles fluctuations saisonnières, des exigences physiques (par exemple, manipulation de charges, adoption fréquente de postures non ergonomiques ou station debout, marche ou position assise prolongées), la possibilité de faire des pauses et de bénéficier d'aménagements ergonomiques, l'exposition à des facteurs environnementaux (humidité, froid, chaleur), les risques d'accident, ainsi que les facteurs de stress psychosociaux ou liés à l'organisation du travail. Une approche pragmatique consiste à recenser les trois tâches les plus fréquentes et les trois tâches les plus pénibles du point de vue de la personne assurée. Cela donne un bon aperçu qui sert de base à une évaluation.

- **Activités/engagements** : activités extra-professionnelles ou parallèles, obligations, loisirs.
- **Intégration** : familiale, professionnelle, sociale.
- **Initiatives et observance** : thérapies, entraînement, essais de retour au travail, mesures visant à limiter les dommages.
- **Point de vue et évaluation de la situation par l'assuré** : auto-évaluation de la capacité de travail, solutions, projets d'avenir, évaluation personnelle du pronostic, modèle personnel de la maladie, problèmes avec l'assurance, demandes adressées à l'assurance.

3.3 Examen clinique

- L'examen clinique revêt une importance capitale pour déterminer de manière objective si les troubles subjectifs ont des répercussions sur l'état général et la condition physique globale. Il convient à cet effet de relever des paramètres tels que le poids, la taille, l'IMC, la tension artérielle et la fréquence cardiaque. La force de préhension, mesurable à l'aide d'un dynamomètre, fournit des informations sur l'état général et la coopération du patient. L'analyse de la gestuelle spontanée et de la démarche permet de déterminer s'il existe une limitation segmentaire des mouvements, une attitude de protection constante, une faiblesse musculaire localisée ou une ankylose, ainsi qu'une altération des tissus mous en lien avec les symptômes rapportés.
- Un examen ostéo-articulaire peut être complété par un examen intra-oral, qui fournit des informations sur l'état dentaire du patient sur les lésions des muqueuses, et sur son état de santé général.
- Il est important de faire la distinction entre l'observation et l'invitation du patient à effectuer des mouvements conformément aux indications issues de l'analyse de l'appareil locomoteur (mobilisation active), et de comparer ces résultats à l'analyse de la mobilité passive, aux tests de sollicitation des structures tendineuses et à la palpation des articulations et de leur environnement.
- La mesure des amplitudes articulaires devrait être rapportée selon la Méthode-Neutre-Zéro afin de permettre d'analyser si l'état a changé au cours du temps.
- Cette mesure quantitative des amplitudes articulaires sert plus avant dans l'évaluation, à comparer l'examen actuel aux examens antérieurs figurant dans le dossier et d'analyser si l'état est stable, s'est amélioré ou s'est aggravé par rapport aux analyses précédentes.
- L'échographie complémentaire réalisée au cours de l'examen clinique peut constituer une aide supplémentaire pour détecter des signes d'inflammation et des épanchements

3.4 Examens complémentaires

- **Les examens de laboratoire** ne doivent être prescrits que s'ils sont déterminants pour l'argumentation ou pour apporter une réponse concluante aux questions posées, notamment pour confirmer ou infirmer un diagnostic. En cas de demande de précisions, l'expert doit être en mesure de justifier ces examens (connaissance de la probabilité a priori, de la sensibilité, de la spécificité et de la valeur prédictive). Les examens qui servent à la prise en charge médicale du patient sont intégrés dans les recommandations.
- **Les dosages sanguins** peuvent aider à évaluer l'efficacité du traitement au cours de son déroulement ainsi que l'observance du patient, au moins le jour de l'expertise. Des notions de pharmacocinétique sont nécessaires pour pouvoir les interpréter. Attention : une valeur basse ne signifie pas nécessairement une mauvaise observance, mais seulement au cas où le dosage du médicament dans le sang revienne indosable, alors on peut retenir un manque de prise. Il est aussi possible par le dosage de révéler un surdosage.
- **Imagerie** : la radiographie conventionnelle est considérée comme l'examen de référence. Dans la mesure où cela est nécessaire à l'évaluation de l'expert, des examens complémentaires doivent également être prescrits. La nécessité de répéter des examens antérieurs dépend de la probabilité d'une modification significative des résultats. Si la documentation des résultats antérieurs est suffisante et que l'évolution est stable, il est possible de se passer d'une imagerie récente. L'experte doit consigner quels documents étaient disponibles et de quelle manière elle a examiné les images (prise en compte exclusive des rapports écrits des radiologues ? Analyse et interprétation personnelles des radiographies ?). Une documentation fiable des examens d'imagerie pris en compte est particulièrement importante pour la reconstitution et l'évaluation de l'évolution, mais aussi pour les évaluations de causalité et l'appréciation des expertises antérieures.
- **Évaluation des exigences professionnelles dans des situations particulières** : pour des questions spécifiques, telles que l'évaluation du préjudice lié aux tâches ménagères ou de la capacité de travail des travailleurs indépendants, et lorsque cela est pertinent pour la réinsertion, une évaluation ergonomique du poste de travail ou une visite du domicile peut s'avérer utile. Les conditions préalables sont l'existence d'un poste de travail ou d'une situation familiale stable.
- **Évaluation des capacités fonctionnelles liées au travail (EFL selon les directives du groupe de travail BERE de la SIM)** L'EFL est un système de tests standardisé qui sert à représenter de la manière la plus réaliste possible les capacités physiques et fonctionnelles (activité dans le cadre de la CIF). Ce système de tests fournit également des résultats concernant la cohérence (cohérence comportementale) et la motivation des clients évalués. Une enquête détaillée sur le travail fait également partie de l'évaluation. L'évaluation EFL ne peut être effectuée que par une Institution officiellement accréditée à ce sujet.
- **Auto-évaluation de ses propres capacités (SELF selon le groupe de travail BERE de la SIM)** Le SELF (en anglais : Modified Spinal Function Sort, M-SFS) a été développé en collaboration avec des patients et des experts en réadaptation et en réinsertion professionnelle, en s'appuyant sur des critères statistiques et en tenant compte des données issues de la recherche. Le SELF comprend 20 questions accompagnées d'images illustrant des situations typiques de travail et de la vie quotidienne. Le SELF est disponible dans de nombreuses langues et s'avère particulièrement adapté aux personnes ayant un faible niveau de maîtrise de la langue.

3.5 Rédaction du rapport d'expertise

- **Remarque préliminaire** : il est recommandé de noter la date et la durée de l'entretien et de l'examen, ainsi que la langue (avec ou sans interprète professionnel) utilisée pour communiquer avec la personne évaluée.
- **Dossier** : plus le dossier préalable est volumineux, plus il est important de présenter de manière claire les éléments pertinents, résumés de façon concise et classés par ordre chronologique. Tous les éléments du dossier utilisés dans une justification ultérieure doivent être mentionnés dans cette section. Une simple énumération des éléments du dossier préalable, sans résumé de leur contenu, ne suffit pas. À ce stade, aucune interprétation ni évaluation n'est toutefois effectuée.
- **Anamnèse** : L'anamnèse comprend l'anamnèse personnelle, médicale, professionnelle et sociale, ainsi que la description des troubles actuels. Il convient non seulement de recenser les symptômes, mais aussi leurs répercussions sur l'activité et la participation. Les troubles doivent être rapportés de manière détaillée, si possible avec les propres mots de l'assuré. Les descriptions sommaires et « médicalisées » (par exemple : « douleurs cervico-brachiales constantes du côté droit ») sont à éviter dans cette section.
- **Résultats** : L'examen clinique doit être consigné avec toute la précision et le niveau de détail requis, en particulier en ce qui concerne les résultats pathologiques. Ces derniers doivent également inclure les limitations fonctionnelles physiques qui sont à l'origine d'éventuels déficits en matière d'activité et de participation. Cette section doit également décrire les observations que l'expert peut faire lors de l'entretien et de l'examen clinique, et qui fournissent des indications sur le comportement face à la maladie (Illness Behaviour) de l'assuré. Les abréviations, telles qu'elles sont habituellement utilisées dans les rapports médicaux, doivent être écrites en toutes lettres dans l'expertise lors de leur première mention, car les destinataires sont généralement des profanes en médecine.
- **Les diagnostics** doivent être répertoriés dans une section distincte et classés par ordre d'importance. Il convient d'établir une distinction claire entre les résultats d'examen et les diagnostics. Il faut s'abstenir de fournir une description détaillée des résultats d'IRM non pertinents pour l'évaluation. Il est utile de distinguer les diagnostics entraînant une limitation de la capacité de travail de ceux qui n'en entraînent pas. L'expert ne doit poser que des diagnostics relevant de sa spécialité et s'en tenir à la terminologie scientifiquement reconnue de celle-ci. Les diagnostics présumés doivent être déclarés comme tels. Il convient d'éviter l'expression « état après », les diagnostics doivent être datés dès lors qu'il existe un début clair de la maladie ou un accident. Les diagnostics hors domaine de spécialité doivent pouvoir être étayés par le dossier médical. Le diagnostic différentiel n'a pas sa place dans la liste des diagnostics. Si un diagnostic doit rester ouvert, cela doit être clairement indiqué et abordé dans la section « Évaluation ». Lors de l'énumération des diagnostics à des fins d'expertise, il convient d'utiliser, où, dans la mesure du possible, les critères de classification des diagnostics publiés dans la littérature, ou bien les formulations reconnues dans la région linguistique concernée, ou encore la classification CIM. Les éventuelles imprécisions et incertitudes diagnostiques lors de l'établissement du diagnostic doivent être exposées dans une section commentée ; pour les diagnostics principaux pertinents pour l'expertise, il convient de se prononcer sur le degré de gravité des maladies ou états identifiés relevant du domaine de la rhumatologie.
- **Évaluation** : l'évaluation constitue le cœur d'une expertise, dans laquelle l'évolution de l'affection, les diagnostics et les considérations de diagnostic différentiel sont expliqués et pondérés. Il convient de s'abstenir de répéter en détail l'évolution de la maladie. En outre, ce sont des périodes et non des dates qui doivent être indiquées ici (par exemple : « souffre depuis 12 ans », au lieu de « depuis décembre 2004 »).

Le juge doit pouvoir comprendre pourquoi un diagnostic particulier a été posé ou écarté. Selon la jurisprudence, le diagnostic constitue « *une référence pour d'éventuelles limitations fonctionnelles* » (ATF 141 V 281, consid. 2.1.2). L'expert doit se prononcer sur le degré de gravité de la maladie. En cas de situation probatoire difficile, le degré de probabilité doit également être indiqué. Il est important que l'expert établisse le lien entre l'atteinte à la santé constatée (trouble fonctionnel) et ses répercussions sur l'activité et la participation. Les observations issues des essais de réinsertion peuvent fournir des indications importantes tant sur les aspects motivationnels que sur les handicaps. Il convient de présenter et de prendre en compte non seulement les déficits, mais aussi les fonctions résiduelles conservées (ressources). Dans l'arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral précise : « *L'incapacité de travail découle pour ainsi dire du solde de toutes les contraintes et ressources essentielles.* ». Dans son évaluation, l'expert doit également examiner les rapports et les expertises antérieures relevant de son propre domaine de spécialité et justifier les éventuelles divergences.

- **Liste de questions** : Les questions doivent recevoir une réponse claire, accompagnée, le cas échéant, du degré de probabilité correspondant. L'expert ne doit pas se laisser inciter à répondre à des questions auxquelles il ne peut apporter de réponse concluante. De telles questions doivent faire l'objet d'un commentaire approprié. Les avis ne doivent être émis que sur des questions relevant de son propre domaine de spécialité et de compétence. Les questions formulées de manière imprécise ou pour lesquelles l'expert ne peut s'appuyer sur son expérience professionnelle personnelle ou sur des résultats de recherche publiés (méthodologie de la médecine factuelle) ne peuvent pas recevoir de réponse.
- **Évaluation de l'incapacité de travail** : L'évaluation de l'incapacité de travail d'un point de vue médical doit, en s'appuyant sur la CIF, prendre en compte les aspects suivants : fonctions et structures corporelles, activités, participation (par exemple, performance professionnelle), facteurs environnementaux (par exemple, exigences professionnelles, facteurs de stress et ressources) et facteurs individuels (facteurs de stress et ressources). L'incapacité de travail se rapporte en premier lieu au poste de travail habituel. La possibilité d'une incapacité partielle, par exemple grâce à l'exercice de tâches partielles médicalement raisonnables, doit être mentionnée. Si l'exercice de l'activité habituelle n'est plus envisageable, l'expert doit décrire un profil de charge de travail médicalement raisonnable pour une activité de remplacement. En principe, une incapacité de travail peut se traduire par une réduction de la capacité de travail et du temps de travail. Il convient toujours de vérifier en premier lieu s'il est possible de définir des restrictions en matière de charge de travail ou de rendement sur la base d'une présence à temps plein. Ce n'est que si une présence à temps plein est jugée non raisonnable qu'une réduction du temps de travail doit être envisagée.
- **Contrôle de cohérence** : L'OFAS a expressément intégré l'analyse de cohérence de 2015 dans son catalogue d'indicateurs. La COQEM l'a intégrée dans ses critères de qualité en 2024. En allemand, on parle plutôt de « Konsistenz » (« consistance »). On entend par cohérence un lien logique entre les différentes parties d'un tout, le tout étant ici l'expertise médicale dans son ensemble. Les différentes informations issues de l'examen du dossier, de l'anamnèse, de l'observation clinique, y compris l'évaluation des examens paracliniques, doivent s'assembler pour former un continuum logique et cohérent, d'où découle alors de manière évidente l'évaluation de la capacité de travail. L'expert doit s'assurer qu'il n'y a aucune contradiction, non seulement dans chaque partie prise isolément, mais aussi à toutes les étapes de l'expertise. Dans le cadre d'une expertise multidisciplinaire, le rhumatologue vérifie si le diagnostic et son degré de gravité sont cohérents et correspondent aux limitations fonctionnelles constatées. Celles-ci doivent se retrouver de manière homogène dans tous les domaines de vie comparables (activité professionnelle, vie privée, sport).

L'expert évalue, sur la base des symptômes consignés dans le dossier médical, le succès des traitements ou des mesures de rééducation mis en œuvre ainsi que leur respect. En cas de douleurs chroniques de l'appareil locomoteur, une approche interdisciplinaire est souvent nécessaire. L'expert doit également veiller à respecter strictement les directives des co-experts lors de la constitution du dossier et de l'anamnèse. Il doit participer à une discussion consensuelle et cohérente avec les co-experts d'autres spécialités afin de parvenir à une conclusion qui détermine la capacité générale de travail de la personne évaluée.

La question se pose de savoir s'il existe des divergences entre :

- les symptômes subjectifs, les auto-évaluations fonctionnelles et les résultats objectifs de l'examen clinique
- les déclarations de la personne évaluée et celles issues d'anamnèses réalisées par des tiers, ainsi que celles figurant dans le dossier médical
- le degré d'incapacité de travail et les limitations dans la vie quotidienne, lors d'activités sportives, de voyages, de contacts sociaux et d'autres activités de loisirs ou bénévoles
- l'intensité des symptômes et le recours à des traitements
- la prise de médicaments et les résultats des analyses sanguines. L'analyse pharmacologique restant complexe et tenant compte de divers paramètres tels que les interactions médicamenteuses, le métabolisme génétique, ainsi que les fonctions rénales et hépatiques, la prudence s'impose lors de l'interprétation. Il convient toutefois de signaler si, au moment de l'évaluation, la concentration thérapeutique du médicament s'écarte de celle attendue, afin d'éviter des conclusions hâtives et infondées concernant l'observance.

- **Mesures médicales :** l'autorité chargée d'appliquer le droit s'intéresse en particulier à la question, si le traitement suivi jusqu'à présent était adéquat et si l'assuré s'est montré coopératif (observance).

En cas d'absence de succès des traitements antérieurs, l'expert est tenu à en analyser les causes possibles, par exemple, intolérances ou interactions médicamenteuses, particularités de la maladie, complications au traitement, éventuelles comorbidités.

La bonne réponse ou la résistance à un traitement peuvent être considérés comme des critères objectifs (indicateurs standard) du degré de gravité de l'atteinte à la santé

Dans l'évaluation des traitements antérieurs de la part de l'expert, le principe de collégialité envers les médecins traitants doit être respecté. Néanmoins, si certains traitements précédents ne sont pas effectués selon « les règles de l'art » ou ne suivent pas les lignes directrices impliquées du cas, alors l'expert est tenu à les remettre en question de façon critique et à fournir un commentaire là-dessus.

Seulement des traitements acceptés officiellement en Suisse et assumés par l'assurance obligatoire des soins (AOS) devraient être proposés.

Dans le cadre des séquelles d'un accident, la question se pose souvent de savoir si la poursuite du traitement est de nature à améliorer encore sensiblement l'état du patient ou si elle vise simplement à le maintenir dans son état actuel. La notion d'état stabilisé doit alors être prise en compte pour déterminer le préjudice durable et les séquelles fonctionnelles permanentes qui en découlent.

- **Mesures de réinsertion professionnelle :** lorsqu'il recommande des mesures de réinsertion professionnelle, l'expert doit décrire, sur la base des handicaps (déficits) constatés et des fonctions résiduelles existantes (ressources), un profil d'exigences pour une activité vers laquelle orienter la personne. Il ne doit proposer ni la mesure concrète à mettre en œuvre, ni des professions spécifiques. Il est par ailleurs important de comprendre dans quelles circonstances l'incapacité de travail en question est survenue, afin de pouvoir mettre en place des mesures professionnelles AI précoces, au cas où elles seraient indiquées.

- **Pronostic** : en ce qui concerne la notion d'atteinte durable à la santé, il est important de déterminer si un concept thérapeutique réaliste, raisonnable et accessible permet d'obtenir, dans un délai prévisible, une amélioration notable de l'état de santé, ou si le pronostic est défavorable. Les pronostics à long terme étant souvent impossibles à établir, il s'est avéré judicieux de se limiter à une période d'environ deux ans. Pour évaluer le pronostic, l'expert doit s'appuyer sur sa propre expérience professionnelle et/ou sur les résultats de recherches publiés (méthodologie de la médecine factuelle). En règle générale, il n'est pas possible de prédire de manière fiable si la capacité de travail s'améliorera de manière significative grâce à un traitement encore en cours.

4. Glossaire

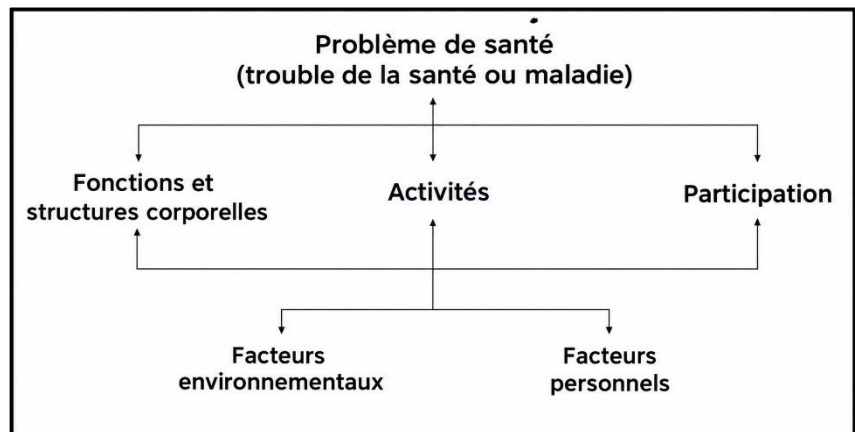
Accident (sens juridique)	Est réputé accident toute atteinte dommageable soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art.4 LPGa).
Aggravation permanente	Suite à un accident, la maladie initiale peut connaître une aggravation permanente, ce qui signifie que le status quo sine ne sera plus jamais retrouvé et que le patient présentera toujours un état déficitaire.
Aggravation déterminante	La maladie indépendante de l'accident connaît une aggravation déterminante lorsque l'accident la fait évoluer plus tôt que prévu, en accélère l'évolution ou lui fait atteindre un stade douloureux qui ne s'atténue plus.
Aggravation temporaire	L'état antérieur est temporairement aggravé par l'accident, puis on retrouve le status quo ante [1].
Amplification des symptômes	La notion d'« amplification des symptômes » n'est ni un diagnostic, ni un concept nosologique. Elle ne sert qu'à décrire un phénomène dans lequel on retrouve pour l'essentiel les observations suivantes: le patient se plaint de symptômes exagérément intenses, éventuellement étendus du point de vue de leur topographie (contredisant l'expérience clinique que l'on peut avoir de la problématique médicale concernée), il présente une limitation fonctionnelle étendue et une forte restriction de ses activités, ainsi qu'un manque de volonté lorsqu'il s'agit de participer aux évaluations fonctionnelles. On relève des incohérences évidentes lors de l'examen.
ATF	Arrêts du Tribunal fédéral ou du Tribunal fédéral des assurances publiés dans le recueil officiel du droit fédéral. Toutes les décisions matérielles peuvent être consultées sur Internet [www.bger.ch/fr].
Capacité	(angl. Capacity) : le critère d'évaluation de la capacité décrit la capacité d'une personne à accomplir une tâche ou un acte. Il s'agit ici de décrire le niveau maximal de capacité fonctionnelle qu'une personne peut atteindre dans un domaine donné à un moment donné.
Caractère raisonnable	Le caractère raisonnable est une notion juridique qui n'a jusqu'à présent été définie dans aucune loi. En tant que notion juridique, le caractère raisonnable sert à limiter les droits aux prestations d'assurance. Ce concept est étroitement lié à celui de proportionnalité : les mesures raisonnables doivent être proportionnées. Dans le langage courant, on entend par « caractère raisonnable » le fait qu'on puisse attendre ou exiger d'une personne donnée un certain comportement, même si ce comportement s'accompagne de désagréments et de sacrifices. D'un point de vue médical, le caractère raisonnable s'appuie en principe sur les capacités et les déficits existants de la personne concernée par rapport aux exigences liées au travail. Les notions de capacité de travail et de caractère raisonnable sont étroitement liées. Pour le médecin, le caractère raisonnable n'est généralement plus avéré en présence

d'une maladie d'une gravité considérable et dont le pronostic est défavorable, qui supprime totalement ou partiellement la capacité d'exercer un travail adapté ou qui comporte un risque considérable d'aggravation de l'état de santé.

CIF

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

Le cadre de référence (Framework) de la CIM:



Cohérence (contrôle de)

Y a-t-il une correspondance entre les symptômes subjectifs, les auto-évaluations fonctionnelles et les résultats objectifs de l'examen clinique, les déclarations de la personne évaluée et celles issues d'anamnèses réalisées par des tiers, ainsi que celles figurant dans le dossier médical ? Y a-t-il une correspondance parmi les limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie quotidienne ? Y a-t-il une souffrance pour laquelle un recours à des traitements est nécessaire.

COQEM

Commission fédérale pour l'assurance qualité dans l'expertise médicale, mandatée par le Conseil Fédéral dès 2022, pour élaborer des recommandations de qualité dans l'expertise et superviser leur application.

Degré d'invalidité

Pour la détermination du degré d'invalidité, on utilise le revenu professionnel que la personne assurée pourrait percevoir, après la survenance de l'invalidité et à l'issue du traitement médical et des éventuelles mesures de réadaptation, en exerçant une activité qui peut raisonnablement lui être exigée dans des conditions de marché du travail équilibrées, par rapport au revenu professionnel qu'elle aurait pu percevoir si elle n'était pas devenue invalide (art. 16 LPGa). Pour le calcul du degré d'invalidité, le dernier revenu perçu (« revenu de personne valide ») est mis en rapport avec le revenu potentiellement réalisable malgré le handicap (« revenu d'invalide ») : $\text{Degré d'invalidité} = 1 - (\text{revenu d'invalidité} / \text{revenu de personne valide})$.

Degré de preuve	Pour être reconnu par l'assurance sociale, un état de fait (par exemple l'imputabilité d'un trouble à un accident) doit être établi au moins avec une <i>vraisemblance prépondérante</i>. Une <i>supposition</i> ou une simple <i>possibilité</i> ne suffisent pas. – <i>possibilité</i> : vraisemblance inférieure à 50% – <i>vraisemblance prépondérante</i> : (nettement) supérieure à 50% – <i>vraisemblance proche de la certitude</i> : presque 100%.
EBM	Evidence-Based Medicine, médecine fondée sur les faits.
ECF	Evaluation des capacités fonctionnelles. Examen bidisciplinaire réalisé par un kinésithérapeute et un médecin. Outre un entretien et un examen ciblé sur les problèmes par le médecin, elle comprend un test de performance complet à l'aide de 29 (au moins 15) tests fonctionnels standardisés portant sur les fonctions physiques liées au travail (par exemple, soulever, porter, travailler au-dessus de la hauteur de la poitrine, etc.) en vue d'une évaluation réaliste de la capacité de charge liée au travail et conforme aux principes ergonomiques. De plus, une évaluation standardisée de l'aptitude à l'emploi, de la motivation à fournir des efforts et de la cohérence est effectuée dans le cadre de ces tests. Les institutions mandatées pour réaliser une ECF doivent être accréditées par le groupe de travail BERE de la SIM. La MTK et la SIM publient une liste correspondante. La facturation s'effectue, dans le domaine de la sécurité sociale, selon un tarif de la MTK, et dans le domaine de l'assurance privée, sur la base d'un devis.
Exigibilité	Ce terme juridique n'a jusqu'ici été défini dans aucune loi. L'exigibilité en tant que notion juridique sert à fixer des limites aux prétentions d'assurance. Cette notion est étroitement liée à celle de proportionnalité : les mesures acceptables doivent être proportionnées afin d'être reconnues exigibles. Dans le langage courant, il désigne le comportement que l'on est en droit d'attendre ou d'exiger d'une personne, même s'il implique pour cette dernière des désagréments ou des sacrifices. D'un point de vue médical, l'acceptabilité varie en fonction des capacités et des handicaps que le patient présente par rapport au profil exigé pour un poste de travail donné. La capacité de travail et l'exigibilité sont deux notions très liées. Le médecin considérera en règle générale qu'on ne peut plus parler d'exigibilité lorsqu'un patient souffre d'une maladie lourde assortie de mauvais pronostics et qui l'empêche totalement ou partiellement d'exercer un travail adéquat ou lorsqu'il existe un risque significatif de dégradation de l'état de santé du fait de la charge de travail.
Handicap	L'art. 2 de la loi sur l'égalité pour les handicapés (LHand) précise : « Est considérée comme personne handicapée au sens de la présente loi toute personne dont la déficience corporelle, mentale ou psychique présumée durable l'empêche d'accomplir les actes de la vie quotidienne, d'entretenir des contacts sociaux, de se mouvoir, de suivre une formation, de se perfectionner ou d'exercer une activité professionnelle, ou la gêne dans l'accomplissement de ces activités. »

Impotence	Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art 9. LPGA). On distingue trois degrés d'impotence.
Incapacité de gain	Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).
Incapacité de travail	Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'incapacité de travail est en fin de compte une notion juridique stipulée de manière définitive par l'instance chargée d'appliquer le droit (ATF 140 V 193). L'expert évalue, à l'intention de l'instance chargée d'appliquer le droit, l'incapacité de travail médicalement acceptable (exigible) d'un point de vue médical sous forme d'une appréciation de la capacité de travail et de l'étendue horaire par rapport aux exigences professionnelles. Celle-ci doit être justifiée avec un maximum de transparence en utilisant des résultats d'examens médicaux aussi objectivables que possible.
Indicateurs de qualité	La COQEM a défini les 6 indicateurs de qualité suivants : 1. Délais de traitement courts. 2. La durée de l'entretien d'expertise doit correspondre à la complexité du cas. 3. Déroulement équitable et respectueux de l'expertise : La personne expertisée doit être traitée équitablement et disposer de suffisamment de temps pour parler de ses problèmes et de ses expériences. 4. Justification compréhensible des divergences avec les rapports antérieurs : Lorsqu'une expertise s'écarte d'appréciations antérieures d'ordre médical, professionnel ou liées à la réadaptation, ces différences doivent être motivées de manière claire et compréhensible. 5. Prise en compte des ressources, des charges et des limitations fonctionnelles dans l'expertise. 6. Justification compréhensible de la cohérence et de la plausibilité : Dans le cadre du contrôle de la cohérence et de la plausibilité, il est vérifié si les informations médicales sont cohérentes entre elles et si les symptômes rapportés concordent avec les résultats de l'examen ainsi qu'avec les thérapies effectuées. Les contradictions ou les indications non cohérentes doivent être clarifiées et motivées de manière compréhensible.

Invalidité	Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8, al. 1 LPGA).
LAA art.6, al.2	À l'art. 6, al. 2, LAA, en vigueur depuis le 1er janvier 2017, le législateur a désormais inscrit au niveau législatif, aux côtés des accidents professionnels et non professionnels ainsi que des maladies professionnelles, la notion de « diagnostics figurant sur la liste ». Le nouvel alinéa énumère les mêmes atteintes corporelles que celles qui figuraient auparavant à l'art. 9 OLAA. Leur inscription au niveau législatif souligne toutefois leur équivalence avec les autres notions définies par la loi, à savoir « accident » et « maladie professionnelle ». En outre, la loi n'exige plus la survenance d'un événement, bien que la présence ou l'absence d'un tel événement revête une importance dans la jurisprudence, tant au sens d'un point de référence temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur accidents) que, en l'absence d'événement, pour l'administration de la preuve à décharge. L'assureur accidents ne peut se soustraire à son obligation de prestation que s'il est en mesure de démontrer, avec un degré de preuve de la probabilité prépondérante, que l'atteinte corporelle est principalement due à l'usure ou à une maladie.
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (RS 830.1)
Maladie (sens juridique)	Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 LPGA). Dans le domaine des assurances invalidité, accidents et militaire, les notions médicale et juridique de la maladie ne sont pas identiques, la notion médicale (modèle de maladie biopsychosocial) est plus large que la notion juridique, qui exclut les facteurs psychosociaux en tant que causes justifiant l'invalidité.
Mesures médicales	Sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact – pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate (art. 2 RAI).
Motifs d'exclusion	Dans l'ATF 131 V 49, puis à nouveau dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a cité les motifs d'exclusion suivants: «aggravation, bénéfice secondaire de la maladie, caractère vague des douleurs, divergence considérable entre les douleurs décrites et le comportement observé, discordance entre les douleurs

	décrites et le recours aux traitements, plaintes très démonstratives, allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement largement intact». En cas de motifs d'exclusion essentiels, un handicap revendiqué n'est généralement pas reconnu en tant qu'invalidité au sens juridique.
Moyens auxiliaires	L'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou se perfectionner, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle. Les frais de prothèses dentaires, de lunettes et de supports plantaires ne sont pris en charge par l'assurance que si ces moyens auxiliaires sont le complément important de mesures médicales de réadaptation (art. 21 LAI).
OAI	Ordonnance sur l'assurance-invalidité (RS 831.201)
Obligation de réduire le dommage	L'obligation de réduire le dommage pose pour principe que l'on peut attendre de la personne lésée qu'elle prenne les mesures que l'individu raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait prétendre à des prestations d'aucune sorte. Comme exemples de démarches, on peut citer la recherche d'un emploi ou le recours à des soins médicaux dont les frais sont remboursés par l'assurance-maladie. On ne peut attendre que des mesures proportionnées de la part de la personne assurée. L'expert médical fournit les bases de cette décision.
Plausibilité (contrôle de)	Les résultats médicaux sont-ils en soi cohérents et sans contradictions ? Les plaintes alléguées, les symptômes présents, l'anamnèse et les résultats sont-ils compatibles avec le diagnostic postulé et les limitations fonctionnelles qui en résultent et qu'il faut s'attendre ?
Performance	(angl. Performance) Le critère d'évaluation de la performance est ce que la personne fait dans son environnement réel actuel.
Prestations complémentaires	Les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI sont versées lorsque les rentes et les autres revenus d'une personne ne suffisent pas à couvrir ses besoins vitaux. Toute personne peut en bénéficier à condition de remplir les conditions d'octroi.
RAI	Règlement sur l'assurance-invalidité (RS 831.201)
Reclassement	L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. (art. 17 LAI).
Ressources	Les ressources désignent les éléments résiduels sains d'une personne: aptitudes, habileté, connaissances, adresse, expérience, talents, inclinations et points forts. En font également partie la capacité à s'en sortir dans la vie, à s'adapter à la nouveauté et à affronter le stress. De bonnes relations avec les autres et un solide réseau social constituent également des aspects importants des ressources personnelles. L'étendue des ressources personnelles dépend pour l'essentiel de la personnalité

	qui les sous-tend.
SELF	Auto-évaluation de ses propres capacités par le groupe de travail BERE (Insertion professionnelle et ergonomie) de la SIM : Le SELF comprend 20 questions accompagnées d'images illustrant des situations typiques de travail et de la vie quotidienne, accompagnées de brèves descriptions textuelles. Le score total du SELF peut être pris en compte pour établir une comparaison avec des tests physiques ou des classifications courantes de la pénibilité du travail. Le SELF est disponible dans de nombreuses langues et s'avère particulièrement adapté aux personnes ayant un faible niveau de maîtrise de la langue. L'auto-évaluation est un critère pronostique important quant à la réussite de l'insertion professionnelle et du traitement.
Simulation	Action de feindre volontairement une pathologie à des fins déterminées, clairement identifiables. Les douleurs sont présentées, mais non ressenties, ce qui les différencie des douleurs psychosomatiques et somatoformes.
Somatisation	Présentation de symptômes physiques sans cause organique décelable dans des situations de stress psychique (ancienne dénomination : trouble fonctionnel).
RS	Recueil systématique du droit fédéral. Les lois et ordonnances sont disponibles sur Internet, classées par leur numéro RS [www.admin.ch].
Status quo ante	Lorsque l'on est en présence d'une pathologie initiale non causée par un accident (maladive), celle-ci peut être aggravée par l'accident. Si cette aggravation n'est que temporaire, on atteint à un moment donné de nouveau le status quo ante, dans lequel les séquelles de l'accident ont disparu, et où l'on retrouve donc l'état antérieur à l'accident [1].
Status quo sine	Si la pathologie initiale, qui existait avant l'accident, connaît de toute façon une évolution progressive, le status quo sine est atteint au moment où l'aggravation temporaire imputable à l'accident n'a plus d'incidence sur le déroulement inéluctable de la maladie [1].
Taux d'invalidité	Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Pour le calcul du taux d'invalidité, on met en rapport le dernier revenu réalisé (dit revenu sans invalidité) et le revenu potentiellement réalisable avec le handicap (dit revenu d'invalidité) : Taux d'invalidité = $1 - (\text{revenu d'invalidité} / \text{revenu sans invalidité})$.
Tribunal fédéral	Autorité judiciaire suprême de Suisse. Les deux Cours de droit social se trouvent à Lucerne, les autres Cours et le siège principal sont sis à Lausanne.

Bibliographie

1. Groupe de travail des sociétés scientifiques médicales (Allemagne) : Lignes directrices pour l'évaluation médicale des personnes souffrant de douleurs chroniques. Version 2012 [www.awmf.org]
2. Groupe de travail des sociétés scientifiques médicales (Allemagne) : Évaluation socio-médicale de la capacité de travail en cas de pathologies discales et associées aux disques intervertébraux. Version 2010 [www.awmf.org]
3. Egle U, Kappis B, Schairer U, Stadtland C (éd.) : Évaluation des douleurs chroniques. Éditions Elsevier Urban & Fischer, Munich (2014).
4. Oesch P, Hilfiker R, Keller S, Kool J : Évaluation en rééducation. Tome 2 : Appareil locomoteur. 2e édition. Éditions Hans Huber, Berne (2011).
5. Riemer-Kafka G (éd.) : Expertises médicales en matière d'assurance. 2e édition. Éditions Stämpfli, Berne (2012).
6. Schuntermann M : Introduction à la CIF. Cours de base – Exercices – Questions ouvertes. 4e édition. Éditions Ecomed, Landsberg/Lech (2013).
7. Swiss Insurance Medicine : Incapacité de travail. Lignes directrices pour l'évaluation de l'incapacité de travail suite à un accident ou en cas de maladie. [www.swiss-insurance-medicine.ch], 4e éd. (2013)
8. Swiss Insurance Medicine : Activité professionnelle raisonnablement exigible. Guide pour l'évaluation de l'activité professionnelle raisonnablement exigible après un accident et en cas de maladie. [www.swiss-insurance-medicine.ch], 2e éd. (2013).
9. Weise K, Schiltenswolf M : Cours de base sur l'expertise en chirurgie orthopédique et traumatologique. 2e édition. Springer Verlag, Heidelberg (2014).
10. Recommandation de l'AWMF relative à l'expertise médicale des personnes souffrant de douleurs chroniques, version 2023), www.awmf.org.
11. Assurance retraite allemande : Lignes directrices relatives à l'évaluation médico-sociale de la capacité de travail en cas de maladies discales et associées aux disques intervertébraux (2009), www.deutsche-rentenversicherung.de.
12. Oesch P, Hilfiker R, Keller S, Kool J : Évaluation en rééducation. Tome 2 : Appareil locomoteur. 2e édition. Éditions Hans Huber, 3e éd. Berne (2017).
13. Riemer Kafka G. (éd.) : Expertises médicales en matière d'assurance. 3e édition, éditions Stämpfli, Berne (2017).
14. Schuntermann M. : Introduction à la CIF. Cours de base – Exercices – Questions ouvertes. Éditions Ecomed Medizin, 6e éd., Heidelberg/Munich (2022),
15. Swiss Insurance Medicine : Incapacité de travail. Lignes directrices pour l'évaluation de l'incapacité de travail après un accident et en cas de maladie. 4e éd. (2013), www.swiss.insurance.medicine.ch
16. Swiss Insurance Medicine : Activité professionnelle raisonnablement exigible. Guide pour l'évaluation de l'activité professionnelle raisonnablement exigible après un accident et en cas de maladie. 2e éd. (2013). www.swiss.insurance.medicine.ch
17. Importance de la CIF dans l'évaluation de la capacité de travail et des performances. Dans : Riemer-Kafka G. (éd.) : Expertises en médecine des assurances. 3e édition, éditions Stämpfli, Berne (2017), p. 140-173.
18. Lignes directrices pour les expertises en médecine des assurances 2020 (6 sociétés spécialisées), www.swiss.insurance.medicine.ch.
19. Cochrane Insurance Medicine : <https://insuremed.cochrane.org/>
20. Herzog-Zwitter I. : Médecine des assurances – législation et jurisprudence actuelles. Annuaire du droit de la sécurité sociale 2023, éditions DIKE, Zurich/Saint-Gall 2023 ; p. 159-186, www.swiss.insurance.medicine.ch
21. Hoffmann-Richter U./Jeger J./Schmidt H. : L'art de l'expertise médicale. Éditions Kohlhammer, Stuttgart (2012)
22. Lignes directrices pour l'évaluation consensuelle dans le cadre d'expertises bi- et pluridisciplinaires en médecine des assurances 2020 (6 sociétés spécialisées), www.swiss.insurance.medicine.ch.
23. Swiss Insurance Medicine : L'expertise médicale en Suisse, 4e éd. (2023), www.swiss.insurance.medicine.ch

-
24. Zeidler H., Michel B.A. : Diagnostic différentiel des maladies rhumatismales. Éditions Springer, 5e éd. (2019).

Groupe de travail sur la médecine des assurances de la Société suisse de rhumatologie (SGR), en collaboration avec le groupement d'intérêt Swiss Insurance Medicine (SIM) et la Société suisse de médecine physique et de réadaptation (SGPMR)