

Lignes directrices pour l'expertise rhumatologique

1. Rôle des lignes directrices

1.1 Définition du concept

- Les lignes directrices sont des recommandations destinées à guider un acte spécifique. Ce sont des standards qui se rapportent notamment au contenu, à la forme, au langage, aux exigences posées aux experts dans le déroulement de l'expertise.
- Elles sont conçues pour renforcer l'unité de doctrine parmi les rhumatologues, et donc pour améliorer la qualité et le résultat.
- Le respect des lignes directrices est une garantie de sécurité, tout écart devrait être justifié.

1.2 Destinataires

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

2. Principes

2.1 Signification d'une expertise

- Les expertises médicales sont avant tout des moyens de preuve.
- Une expertise est généralement mandatée lorsque la situation médicale d'une personne n'est pas claire pour l'instance chargée d'appliquer le droit (administration, ou tribunal en cas de litige).
- L'expertise fournit une aide cette instance à décider si l'assuré est en droit de bénéficier de prestations d'assurance, et le cas échéant, dans quelles mesures prestations.
- Le médecin qui procède à l'expertise exerce dans ce cas une fonction d'expert¹. Néanmoins, la responsabilité de l'attribution ou du refus des prestations d'assurance incombe toujours à l'instance chargée d'appliquer le droit.
- Le rapport d'expertise doit être rédigé dans un langage aisément compréhensible par l'instance chargée d'appliquer le droit.

2.2 Rôle de l'expert

- La réalisation d'une expertise implique un changement de perspective pour le médecin : tandis que dans le cadre thérapeutique, les demandes thérapeutiques du patient sont au premier plan, dans la situation d'expertise, il s'agit prioritairement de mettre en évidence une situation médicale de manière objective.
- L'expert est tenu d'observer la plus grande neutralité et la plus grande objectivité possible. La prise de décision ne doit être influencée ni par les intérêts du mandant, ni par ceux de l'assuré. Pour ces raisons, un rhumatologue traitant ne doit pas réaliser d'expertise pour ses propres patients.

¹ Pour une meilleure lisibilité du texte, seule la forme masculine est employée, mais nous nous adressons bien entendu aux collègues des deux sexes.

- En se fondant sur l'état des connaissances de la science médicale, l'expert doit indiquer de manière probante à l'instance chargée d'appliquer le droit si l'on est en présence ou non d'une maladie particulièrement grave, qui ne peut pas être traitée médicalement, avec un pronostic défavorable (selon la notion d'«atteinte durable à la santé», voir le paragraphe 2.6)

2.3 Critères juridiques à respecter par l'expertise

Le Tribunal fédéral a formulé de la manière suivante les critères que doit respecter toute expertise médicale réalisée pour l'assurance sociale [ATF 125 V 351]:

Les critères déterminants pour la valeur probante d'une expertise sont les suivants :

- *les points litigieux ont fait l'objet d'une étude fouillée*
- *elle se fonde sur des examens complets,*
- *elle prend en considération les plaintes exprimées,*
- *elle a été établie en pleine connaissance du dossier (anamnèse),*
- *la description du contexte médical et l'analyse de la situation médicale sont claires,*
- *les déductions de l'expert sont fondées.*

2.4 Exigences posées à l'expert

- La condition préalable est que l'expert ait une formation de spécialiste en rhumatologie. Il doit en outre avoir une excellente connaissance de l'état actuel de la science médicale (médecine fondée sur les faits).
- Les médecins en formation post-graduée doivent être supervisés par un médecin spécialiste, tenu de cosigner l'expertise.
- De plus, l'expert doit acquérir des connaissances fondamentales en médecine des assurances, en suivant par exemple la formation en expertises médicales de Swiss Insurance Medicine [www.swiss-insurance-medicine.ch] ou une formation post-graduée comparable.
- Enfin, il ne faut pas sous-estimer l'importance de l'expérience personnelle du médecin, qui justifie sa qualité d'expert. Une longue expérience clinique en tant que médecin praticien lui donne toute sa valeur.

2.5 Juristes et médecins : deux modes de pensée différents

- Le médecin doit pouvoir pénétrer l'univers réflexif du juriste et le comprendre. Le juriste est tenu de penser de manière normative (déductive), il tire ses conclusions de normes (lois, ordonnances, jurisprudence) qu'il applique aux cas particuliers. A l'inverse, le médecin procède de manière scientifique, c'est-à-dire inductive: il observe des cas particuliers et tente d'en dégager une règle générale (recherche empirique).
- Les instances chargées d'appliquer le droit souhaitent des réponses explicites à leurs questions. Une réponse explicite peut aussi consister à démontrer qu'en ce qui concerne cette expertise concrète, la situation n'est pas claire du point de vue médical, soit en regard de l'établissement du diagnostic, soit de l'évaluation des répercussions en lien avec la capacité de travail.
- S'il est de la responsabilité de l'expert de faire tout son possible pour aider l'instance chargée d'appliquer le droit à répondre aux questions posées, il est aussi tenu d'attirer son attention sur les limites de la science médicale le cas échéant.

2.6 Notion d'« atteinte durable à la santé »

- En droit des assurances sociales, la notion d'atteinte durable à la santé occupe une place centrale. Pour qu'une invalidité soit reconnue au sens juridique, trois conditions doivent être remplies : 1) une atteinte de longue durée de la santé physique ou mentale (atteinte durable à la santé), 2) une incapacité totale ou partielle d'accomplir un travail compatible avec l'atteinte, et 3) un lien de cause à effet entre l'atteinte à la santé et l'incapacité d'accomplir un travail compatible.
- L'expert en rhumatologie évalue l'état de santé dans le champ de sa spécialité et prend position du point de vue médical sur la question de savoir si et dans quelle mesure celui-ci entraîne une incapacité de travail.
- Dans l'appréciation globale de l'état de santé, il est essentiel d'indiquer si un concept thérapeutique approprié peut permettre d'obtenir une amélioration sensible ou si le pronostic est défavorable. Un avis sur les thérapies employées jusqu'alors et leur efficacité, sur de nouvelles possibilités thérapeutiques prometteuses, ainsi que sur le pronostic constituent une partie essentielle de toute expertise.
- Dans la jurisprudence actuelle [ATF 127 V 294], les troubles de la santé essentiellement imputables aux conditions sociales ne relèvent pas de l'assurance-invalidité ni des autres assurances sociales pouvant prendre en charge les incapacités de travail ayant des causes médicales (assurance accidents, assurance militaire, prévoyance professionnelle). Les facteurs sociaux ne sont pas pris en considération en tant qu'éléments pathogènes s'ils n'ont pas entraîné une maladie indépendante. Cela permet de délimiter le champ des prestations de l'assurance-invalidité par rapport à celui de l'aide sociale et de l'assurance-chômage. Dans ce contexte, l'assurance-invalidité demande à l'expert de préciser le rôle joué par les facteurs dits « étrangers à l'invalidité » (exemples: une situation personnelle, familiale ou sociale difficile, un manque de connaissances professionnelles ou linguistiques). Il peut arriver que l'expert ait des difficultés à tracer la frontière entre les facteurs sociaux et non sociaux qui jouent un rôle dans la maladie. Là encore, l'une des missions fondamentales de l'expert consiste à attirer l'attention sur les limites de ses possibilités.

2.7 Place de l'expertise rhumatologique (expertise partielle) dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire et pluridisciplinaire

- Le rhumatologue qui participe à une expertise pluridisciplinaire doit veiller à rester dans son domaine de spécialité et à ne pas empiéter sur une spécialité dans laquelle il n'est pas compétent.
- Le rhumatologue fera notamment preuve de la plus grande prudence dans son usage des diagnostics d'amplification, de simulation ou de somatisation. Il conviendra dans ce cadre d'accorder une attention particulière aux symptômes extra-articulaires, qui peuvent être associés à des troubles de l'appareil locomoteur. Le rhumatologue s'efforcera de décrire le comportement du malade sans porter de jugement de valeur. Une description du type « syndrome hémi-algique droite sans substrat somatique adéquat » laisse au psychiatre toute latitude pour apprécier si l'on est ou pas en présence d'un trouble psychique à caractère de maladie.
- L'expertise de patients souffrant de douleurs chroniques nécessite en général des connaissances à la fois somatiques et psychosomatiques/psychiatriques et requiert une évaluation conjointe par les experts.

3. Modalités pratiques

3.1 Etude du dossier et information

- **Etude du dossier** : il incombe aux parties ayant demandé l'expertise et (dans le cadre du devoir de collaborer) à l'assuré de mettre à disposition de l'expert l'intégralité des documents médicaux (dossiers, examens d'imagerie, analyses de laboratoire, etc.). Les documents présentés doivent être étudiés et appréciés avec attention. Les documents pertinents doivent être résumés dans le rapport d'expertise, avec indication de leur auteur et de leur date de réalisation. On peut dans ce cadre attendre du mandant qu'il mette à disposition les dossiers classés par ordre chronologique et sans doublons. Les dossiers manquants importants pour l'évaluation de la question doivent être demandés par l'expert, soit par l'intermédiaire du mandant soit directement à leur auteur. Le parcours professionnel avant et après la survenue de l'atteinte à la santé, l'évolution de l'incapacité de travail, les éventuels profils d'exigences professionnelles ou descriptifs de postes de travail (DPT) et les déroulements et observations consignés lors de tentatives de réinsertion professionnelle doivent être particulièrement pris en considération. L'étude des dossiers antérieurs constitue aussi un élément important de l'expertise.
- **Communication** : il incombe à l'expert de s'assurer d'une compréhension linguistique parfaite entre le patient examiné et lui-même. Le recours éventuel à un traducteur est à la charge du mandant de l'expertise.
- **Information** : l'identité du mandant, la levée du secret médical à son endroit, la nature de la mission (questions posées), la position/neutralité de l'expert, l'importance ainsi que les tenants et aboutissants de l'expertise doivent être communiqués à l'assuré.
- **Résultats de l'examen/éclaircissements** : ils sont précisés et appréciés dans le rapport.
- **Copies** : le rapport écrit est communiqué exclusivement au mandant de l'expertise. L'assuré a le droit (droit du patient) de demander à ce dernier une copie du rapport, dont il peut disposer à sa guise.

3.2 Interrogation du patient

L'interrogation approfondie de l'assuré doit fournir des renseignements suivants :

- **Evolution de la maladie** : début, antécédents familiaux, répercussions/influences de maladies/d'accidents antérieurs, influence de la position et de la sollicitation, résultats d'examens effectués jusqu'alors, interventions et thérapies. Il peut être nécessaire de récolter des renseignements auprès d'autres sources.
- **Accidents** : état antérieur, déroulement de l'accident, symptômes initiaux, évolution, thérapies et réactions aux thérapies.
- **Situation actuelle** : symptômes, douleurs, préjudices subis quant aux activités et à la vie sociale.
- **Médicaments actuels** : médicaments pris régulièrement et irrégulièrement, dosages, fréquences des prises par semaine/mois.
- **Déroulement d'une journée** : la reconstitution minutieuse d'une journée fournit des indications précieuses au sujet des répercussions de la maladie sur les différents domaines de la vie quotidienne.
- **Parcours professionnel** : formation, diplômes, évolution professionnelle avant et après la survenue de l'atteinte à la santé.

- **Déroulement de l'incapacité de travail** : déroulement des faits qui ont amené à l'incapacité de travail, absentéisme professionnel répété ou continu, capacités de travail partielles, tentatives de reprise de travail d'un point de vue subjectif, comparaison avec les éléments anamnestiques du dossier.
- **Exigences professionnelles au poste de travail habituel** : l'évaluation de l'incapacité de travail au poste habituel exige de recueillir un profil d'exigences aussi précis que possible. Prise en considération des éventuelles données du dossier, complétées par l'enquête. Si les données ont été fournies uniquement par le patient, il convient de les soumettre à une analyse critique et comparative, voire de les compléter par des renseignements de tiers. L'enquête consiste à établir le degré d'activité en pourcentage et en nombre d'heures par jour, les principales activités exercées, le temps qu'elles représentent en pourcentage, les éventuelles variations saisonnières, les exigences physiques (manipulations de charges, nécessité fréquente de postures non ergonomiques, marche/position debout ou position assise permanente), les possibilités de pauses et d'ajustement ergonomiques, les expositions aux facteurs environnementaux (humidité, froid, chaleur), le risque d'accident, les facteurs de stress psychosociaux ou liés à l'organisation du travail.
- **Activités/engagements** : activités et obligations extraprofessionnelles, hobbies.
- **Intégration** : familiale, professionnelle, sociale.
- **Initiatives et compliance du patient** : thérapies, entraînement, tentatives de travailler, mesures pour contribuer à l'atténuation des troubles.
- **Evaluation de la situation par le patient** : estimation par l'assuré de sa propre capacité de travail, solutions, attitude face à l'avenir, évaluation personnelle du pronostic, représentation subjective de la maladie, problèmes avec l'assurance, requêtes formulées auprès de l'assurance.

3.3 Examens complémentaires

- **Les examens de laboratoire** ne sont permis que s'ils sont d'une importance décisive pour l'argumentation ou pour répondre définitivement aux questions posées, notamment s'ils permettent d'établir avec certitude un diagnostic ou de l'exclure. L'expert doit être en mesure de justifier ces examens (connaissance de la probabilité pré-test, sensibilité, spécificité, valeur prédictive). Les examens servant au suivi médical du patient sont intégrés dans les recommandations. Les dosages sanguins de médicaments peuvent aider à évaluer l'efficacité du traitement dans l'évolution, de même que la compliance du patient, au moins le jour même de l'expertise. Dans certains cas, cela permet de tirer des conclusions au sujet du devoir de collaborer.
- **Imagerie médicale** : la radiographie classique constitue l'examen standard. Des examens complémentaires ne doivent être effectués que s'ils sont nécessaires à l'évaluation par l'expert. La nécessité de réitérer des examens antérieurs dépend de la probabilité d'une évolution significative des résultats. Si les résultats antérieurs sont suffisamment documentés et que l'évolution de la maladie est stable, de nouveaux examens d'imagerie ne sont pas nécessaires.
- **Evaluation des exigences professionnelles dans des situations particulières** : lorsque des questions particulières se posent, comme l'évaluation du préjudice ménager ou de l'incapacité de travail de travailleurs indépendants et lorsque cela s'avère pertinent pour la réinsertion, une évaluation ergonomique du poste de travail ou une inspection du ménage peuvent être judicieuses, sous réserve d'existence d'un poste de travail ou d'une situation ménagère bien documentée antérieurement et stable.

- **Evaluation de la capacité fonctionnelle (ECF selon directives de la SAR) :** une ECF est généralement demandée par le mandant avec l'exigence d'un niveau de preuve plus élevé sur le plan procédural, lors d'évaluations contradictoires ou en vue d'une réinsertion professionnelle. Les différences par rapport au mandat lui-même doivent être clairement justifiées. Si une ECF est recommandée sans mandat, une garantie de prise en charge doit être obtenue et l'indication de l'ECF doit être clairement exposée.

Indications classiques pour la réalisation d'une ECF :

- Détermination de la capacité en cas de trouble fonctionnel complexe ou imprécis ;
- Evaluation d'aspects comportementaux (motivation à fournir des efforts, recherche de cohérence).

3.4 Rédaction du rapport d'expertise

- **Remarque préliminaire :** il est recommandé de noter la date et la durée de l'examen et de l'examen ainsi que la langue (avec/sans interprète professionnel) dans laquelle la communication avec le patient examiné a eu lieu.
- **Etat du dossier :** plus les documents antérieurs sont nombreux, plus une présentation claire des dossiers pertinents, résumés avec concision et listés dans l'ordre chronologique, est importante. Tous les documents utilisés dans le cadre d'une justification ultérieure doivent être présentés dans cette section. Une simple liste ne suffit pas si elle n'est pas accompagnée d'un résumé. Il n'y a toutefois pas encore d'interprétation ni d'appréciation à ce stade.
- **Anamnèse :** l'anamnèse comprend l'anamnèse personnelle, médicale, professionnelle et sociale, ainsi que la description des douleurs actuelles. Il ne suffit cependant pas de décrire les symptômes, il s'agit aussi d'évoquer leurs répercussions sur l'activité et la participation du patient. Les douleurs doivent être décrites en détail, si possible en utilisant les propres mots de l'assuré. Dans cette section, les descriptions sommaires, exprimées en langage médical (par exemple, «cervico-brachialgie permanente côté droit») doivent être évitées.
- **Résultat :** le résultat de l'examen clinique doit être consigné par écrit avec l'exhaustivité et la précision nécessaires, en particulier en ce qui concerne les aspects pathologiques. Ces derniers doivent également aborder les limitations fonctionnelles physiques qui constituent la base d'éventuels déficits somatiques d'activité et de participation. Dans cette section, il convient par ailleurs de décrire les observations que l'expert peut faire entre l'interrogation du patient et de l'analyse des résultats, ainsi que tout ce qui peut renseigner sur le comportement développé par le patient par rapport à sa maladie (Illness Behaviour). Dans le rapport d'expertise, les abréviations qui figurent habituellement dans les rapports médicaux doivent être explicitées lors de leur première occurrence, étant donné que les destinataires ne sont en général pas des spécialistes de la médecine.
- **Les diagnostics** doivent être énumérés dans une section à part et classés par ordre d'importance. Il importe d'opérer une distinction claire entre les résultats et les diagnostics. Il convient de renoncer à la présentation détaillée des résultats d'imagerie par résonance magnétique non pertinents pour l'évaluation. Il peut être utile de classer les diagnostics en deux catégories, selon qu'ils restreignent la capacité de travail ou non. L'expert ne doit poser que des diagnostics qui touchent son domaine de spécialité, et respecter la terminologie scientifique propre à sa spécialité. Les suppositions de diagnostic sont à présenter comme telles, l'expression « état post-... », ou « état après » doit être évitée, les diagnostics doivent être datés en cas de début clair de la maladie ou d'accident. Les diagnostics qui ne relèvent pas de la spécialité de l'expert doivent pouvoir être justifiés sur la base d'éléments du dossier. Le diagnostic différentiel n'a pas sa place dans la liste des diagnostics. Lorsqu'un diagnostic doit rester ouvert, cela doit être expressément déclaré et explicité dans la section « Evaluation ». Lorsque des diagnostics sont listés par l'expert, il

convient d'utiliser, partout où c'est possible, les critères de classification des diagnostics publiés dans la littérature, à défaut des formulations reconnues dans la région linguistique concernée ou respectivement la classification CIM. Les éventuelles imprécisions diagnostiques ou incertitudes dans l'établissement du diagnostic doivent être exposées dans un paragraphe de commentaire et, dans le cas des diagnostics principaux pertinents pour l'expertise, il convient de prendre position sur la sévérité des affections ou états catalogués relevant de la spécialité rhumatologique.

- **Evaluation** : l'évaluation constitue le cœur de l'expertise, dans lequel l'évolution de la maladie, les diagnostics et les réflexions qui ont guidé le diagnostic différentiel sont expliqués et pondérés. Il convient de renoncer à répéter en détail l'évolution de la maladie. Il faut par ailleurs indiquer ici des intervalles de temps et non des dates (ex. souffre depuis 12 ans et non depuis 12/2004). L'instance chargée d'appliquer le droit doit pouvoir saisir pourquoi un diagnostic précis est présenté ou a été exclu. Selon la jurisprudence, le diagnostic est *«une référence pour d'éventuelles limitations fonctionnelles.»* (ATF 141 V 281, E. 2.1.2). L'expert doit prendre position sur la sévérité de la maladie. Si elle est difficile à prouver, le degré de vraisemblance doit être indiqué. Il est important que l'expert établisse le lien entre l'atteinte à la santé constatée (trouble fonctionnel) et les répercussions sur l'activité et la participation. Les observations réalisées à l'occasion de tentatives de réinsertion peuvent apporter de précieux renseignements sur des aspects motivationnels, de même que sur le handicap. Il convient de ne pas exposer et apprécier seulement les déficits, mais aussi les fonctions résiduelles préservées (ressources). Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral stipule que: *«L'incapacité de travail découle en quelque sorte du solde de toutes les plaintes et ressources essentielles.»* Dans son évaluation, l'expert doit aussi examiner les rapports et les expertises antérieures dans sa spécialité et justifier d'éventuelles divergences.
- **Catalogue de questions** : les réponses aux questions doivent être claires et mentionner le cas échéant le degré de probabilité. L'expert ne doit pas succomber à la tentation de répondre à des questions auxquelles il ne peut apporter de réponse probante. Ce type de questions doit recevoir un commentaire approprié. L'expert ne doit prendre position que sur des questions relatives à son propre domaine de spécialité et de compétence. L'expert ne peut pas répondre aux questions qui ne sont pas posées clairement ou pour lesquelles il ne peut pas s'appuyer sur sa propre expérience professionnelle ou sur des résultats d'études publiés (méthodologie de la médecine fondée sur les faits).
- **Evaluation de l'incapacité de travail**: l'évaluation de l'incapacité de travail du point de vue médical devrait, en s'appuyant sur la CIF, tenir compte des aspects suivants: fonctions organiques et structures anatomiques, activité et participation (performance de travail, p. ex.), facteurs environnementaux (exigences professionnelles, facteurs de stress et ressources, p. ex.) et facteurs personnels (facteurs de stress et ressources). L'incapacité de travail se rapporte en premier lieu au poste de travail habituel. La possibilité d'incapacités de travail partielles, par ex. du fait de l'exécution médicalement acceptable d'une partie des tâches, devrait être retenue. Lorsque la reprise de l'activité professionnelle antérieure ne peut plus être envisagée, l'expert doit décrire un profil de sollicitations médicalement acceptable pour une activité de substitution. Fondamentalement, une incapacité de travail peut prendre la forme d'une réduction de la capacité et du temps de travail. Il faut toujours commencer par examiner si une baisse de la charge de travail peut se faire sur la base d'une présence à plein temps. C'est seulement lorsqu'on ne saurait attendre du patient qu'il soit présent à plein temps que l'on peut envisager une réduction du temps de travail.

- **Contrôle de cohérence** : le contrôle de cohérence dans l'exploration rhumatologique a pour but de clarifier la question de savoir si le diagnostic posé justifie de façon concluante, exempte de contradictions et avec une vraisemblance prépondérante une limitation fonctionnelle de la capacité de travail. Cette validation exige un rapprochement critique de l'anamnèse, des résultats d'examen, des observations comportementales et de l'état du dossier. Une approche interdisciplinaire est souvent nécessaire dans ce cadre, les douleurs chroniques pouvant être entièrement ou partiellement d'origine musculo-squelettique, mais aussi d'une tout autre origine. Il convient de vérifier la limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (environnement professionnel, privé incluant les loisirs), ainsi que le poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation (mise à profit des possibilités thérapeutiques, compliance). Il convient d'analyser les discordances entre
 - l'intensité subjective des douleurs décrites et leur caractère vague;
 - les douleurs subjectives, l'évaluation personnelle et les résultats objectifs;
 - les dires personnels et les informations anamnestiques tierces, y compris l'état du dossier;
 - les handicaps dans la vie professionnelle et limitations dans la vie quotidienne, et les activités de loisirs, le sport, les voyages et les contacts sociaux;
 - l'ampleur des douleurs et le recours aux traitements;
 - la prise de médicaments indiquée et le dosage sanguin des médicaments.
- **Mesures médicales** : l'instance chargée d'appliquer le droit est particulièrement intéressée par la question de savoir si la thérapie suivie jusqu'alors était adéquate, si l'assuré s'est montré coopératif (compliance) et s'il existe des traitements acceptables susceptibles d'améliorer la capacité de travail et le pronostic. Lorsque le patient présente des séquelles d'accidents, il importe souvent aussi de savoir si un traitement donné permettra d'atténuer encore substantiellement les troubles ou seulement de les maintenir à leur niveau actuel.
- **Mesures de réinsertion professionnelle** : lorsqu'il formule des recommandations sur d'éventuelles mesures de réinsertion professionnelle à prendre, l'expert doit se fonder sur les handicaps (déficits) et les fonctions résiduelles (ressources) constatés pour décrire le profil de compétences dans une activité de substitution. Il ne doit pas proposer de mesures concrètes à prendre ni suggérer de métiers concrets.
- **Pronostic** : concernant la notion d'atteinte durable à la santé, il est important de savoir si un traitement réaliste, convenable et disponible permettrait d'obtenir à brève ou moyenne échéance une amélioration notable de l'état de santé du patient, ou si le pronostic est au contraire défavorable. Dans la mesure où il est souvent impossible de formuler un pronostic à long terme, il convient de se limiter à peu près aux deux années à venir. Lors de l'évaluation du pronostic, l'expert doit s'appuyer sur sa propre expérience professionnelle et/ou sur des résultats d'études publiés (méthodologie de l'EBM). Il n'est en général pas possible de prévoir de manière fiable si la capacité de travail s'améliorera significativement du fait d'un traitement en cours .
- **Motifs d'exclusion**: l'instance chargée d'appliquer le droit a besoin que l'expert prenne position sur les motifs d'exclusion (ATF 131 V 49, ATF 141 V 281): *«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 »*. Les arguments devraient être présentés sans jugement de valeur. Du point de vue médical, l'examen des motifs d'exclusion doit se situer à la fin de l'évaluation. L'expert doit exposer avec soin dans quelle mesure les anomalies constatées sont symptomatiques des maladies. Quant à savoir si les motifs d'exclusion sont suffisants pour remettre en question un handicap revendiqué, il s'agit d'une question juridique qui doit être examinée par l'instance chargée d'appliquer le droit.

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	Suite à un accident, la maladie initiale peut connaître une
- 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'atténuera plus.
- permanente	aggravation permanente, ce qui signifie que le status quo ante ne sera plus jamais retrouvé et que le patient présentera toujours un état déficitaire.
- temporaire	L'état antérieur est temporairement aggravé par l'accident, puis on retrouve le status quo ante [1].
Amplification	Exagération volontaire d'un trouble existant, présenté comme plus grave ou plus intense qu'il ne l'est en réalité, dans le but d'en tirer des avantages (matériels).
Amplification des symptômes	La notion d'« amplification des symptômes » n'est ni un diagnostic, ni un concept nosologique. Elle ne sert qu'à décrire un phénomène dans lequel on retrouve pour l'essentiel les observations suivantes: 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	Le critère d'évaluation de la capacité est la faculté d'une personne à mener à bien une tâche ou une action. On décrit dans ce cadre le plus haut niveau de capacité fonctionnelle qu'une personne puisse atteindre dans un domaine précis à un moment précis.

CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: la CIF a été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en complément de la classification internationale des maladies (CIM). Elle dérive principalement du constat que le diagnostic ne donne pas d'indications directes sur l'état de santé fonctionnel d'une personne. La CIF repose sur un modèle de maladie biopsychosocial.
Degré de preuve	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none">- <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 de la capacité fonctionnelle de la CI Ergonomie du Groupe Suisse de Travail pour la Réadaptation (SAR) : examen bidisciplinaire, réalisé par le physiothérapeute et le médecin. Outre un questionnaire et un examen axé sur les problèmes effectués par le médecin, elle comprend un contrôle complet de la performance à l'aide de 29 tests fonctionnels standardisés (minimum 15) reproduisant des activités physiques au travail (soulever, porter, travailler au-dessus du niveau de la poitrine, etc.) en vue d'une évaluation réaliste de la résistance, en toute sécurité, d'un point de vue ergonomique dans le contexte professionnel. Le test comporte également une évaluation standardisée de la motivation à fournir des efforts et de la cohérence. Les ECF ne peuvent être confiées qu'à des institutions agréées par CI Ergonomie.

Exigibilité	<p>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.</p>
Handicap	<p>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.»</p>
Impotence	<p>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.</p>
Incapacité de gain	<p>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).</p>

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.
Invalidité	Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8, al. 1 LPGA).
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)
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).
Obligation de réduire le dommage	L'obligation de réduire le dommage pose pour principe que l'on peut attendre de la personne lésée qu'elle prenne les mesures que tout individu raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait prétendre à des prestations d'aucune sorte. Comme exemples de démarches, on peut citer la recherche d'un emploi ou le recours à des soins médicaux dont les frais sont remboursés par l'assurance-maladie. On ne peut attendre que des mesures proportionnées de la part de la personne assurée. L'expert médical fournit les bases de cette décision.
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.
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'invalide) : Taux d'invalidité = 1 – (revenu d'invalide/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. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Deutschland): Leitlinien für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen. Version 2012 [www.awmf.org]
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Deutschland): Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Bandscheiben- und bandscheibenassoziierten Erkrankungen. Version 2010 [www.awmf.org]
3. Egle U, Kappis B, Schairer U, Stadtland C (Hrsg.): Begutachtung chronischer Schmerzen. Verlag Elsevier Urban & Fischer, München (2014).
4. Escorpizio R, Brage S, Homa D, Stucki G (ed.): Handbook of Vocational Rehabilitation an Disability Evaluation. Application and Implementation of the ICF. Verlag Springer, Heidelberg/New York (2015).
5. Meyer-Blaser U: Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invalidenversicherung. In «Schmerz und Arbeitsunfähigkeit». Schriftenreihe IRP-HSG, Band 23, St. Gallen (2003), S. 27ff.
6. Oesch P, Hilfiker R, Keller S, Kool J: Assessment in der Rehabilitation. Band 2: Bewegungsapparat. 2. Auflage. Verlag Hans Huber, Bern (2011).
7. Oliveri M et al.: Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 1: Schweiz Med Forum 2006; 6: 420-31; Teil 2: Schweiz Med Forum 2006; 6: 448-54.
8. Riemer-Kafka G (Hrsg.): Versicherungsmedizinische Gutachten. 2. Auflage. Stämpfli Verlag, Bern (2012).
9. Schuntermann M: Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen. 4. Auflage. Ecomed Verlag, Landsberg/Lech (2013).
10. Swiss Insurance Medicine: Arbeitsunfähigkeit. Leitlinie zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Unfall und bei Krankheit. [www.swiss-insurance-medicine.ch], 4. Aufl. (2013)
11. Swiss Insurance Medicine: Zumutbare Arbeitstätigkeit. Wegleitung zur Einschätzung der zumutbaren Arbeitstätigkeit nach Unfall und bei Krankheit. [www.swiss-insurance-medicine.ch], 2. Aufl. (2013).
12. Villiger P, Seitz M: Rheumatologie in Kürze. 2. Auflage. Stuttgart, Thieme Taschenbuch (2006).
13. Weise K, Schiltenswolf M: Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung. 2. Auflage. Springer Verlag, Heidelberg (2014).

Groupe de travail « médecine d'assurance » de la Société suisse de rhumatologie (SSR), en collaboration avec la Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances Swiss Insurance Medicine (SIM), l'Association romande des praticiens en expertise médicale (ARPEM) et la Société Suisse de Médecine Physique et de Réadaptation (SSMPR).

21.07.2016