



Principes fondamentaux de l'appréciation médicale de l'exigibilité et de la capacité de travail. 1^{re} partie

Michael Oliveri^a, Hans Georg Kopp^a, Klaus Stutz^b, Andreas Klipstein^c, Jürg Zollikofer^d

^a Clinique de réadaptation Bellikon, ^b Médecine des assurances, Suva Lucerne, ^c Service de Rhumatologie, Hôpital Universitaire Zurich

^d Ossingen (cabinet), Président de la Société Suisse des Médecins-Conseils

Quintessence

- L'appréciation médicale de l'exigibilité repose sur trois critères essentiels: le niveau de charges (pénibilité du travail, limites concrètes concernant par ex. les charges à manipuler ou les postures corporelles au travail), le temps de travail (temps de présence, pauses supplémentaires en cas de besoin) et d'éventuelles restrictions supplémentaires affectant la limitation du rendement (par ex. rythme de travail, qualité, besoin d'un encadrement accru).
- L'appréciation de la capacité de travail en pourcentage doit se baser sur un travail concret. Il s'agit en général de la dernière activité qui a été exercée. Si la capacité de travail est réduite, les restrictions qui la motivent doivent être concrétisées en tenant compte des critères d'exigibilité énumérés ci-dessus.
- L'incapacité de travail de longue durée nécessite en outre une autre mesure: c'est l'estimation de l'exigibilité d'autres activités offertes sur le marché du travail et susceptibles d'entrer en ligne de compte. Cette estimation fait également appel aux critères déjà énoncés. Toutefois, la fixation de la capacité de gain en pourcentage relève de la compétence de l'assureur, qui se fonde sur l'appréciation médicale pour prendre sa décision.
- En soi, l'exigibilité n'a pas à être limitée par les douleurs qu'exprime le patient ou par des diagnostics et des examens médicaux. Nombreux sont ceux qui travaillent tout en souffrant de douleurs ou d'autres symptômes plus ou moins intenses, car ils ont appris à continuer à vivre malgré tout. Ce sont les déficits fonctionnels qui sont déterminants avant tout par rapport à l'activité professionnelle; par conséquent, ils doivent être explicités concrètement dans les rapports.
- Il faut se fixer le plus tôt possible un objectif prioritaire: la personne concernée doit être présente à son poste de travail pendant toute la journée. Cette mesure est garante d'une réinsertion optimale (il faut évidemment tenir compte des limitations concernant la pénibilité des tâches et accroître les pauses si cela s'avère nécessaire). Limiter le travail à la demi-journée est une mesure qui ne devrait être accordée qu'à titre exceptionnel et pour des motifs bien précis.

Summary

Basics of medical assessment of work capacity. Part 1

- *The essential criteria for medical assessment of working capacity/ability relate to the degree of work activity level (workload, specific limitations, e.g. regarding loads or posture), working hours (hours of attendance, extra breaks if necessary) and any additional loss of performance (e.g. work rate, quality, increased need for guidance).*
- *Assessment of work capacity in percent should be based on a concrete job, usually the current one. In case of work capacity reduction, the limitations should in general be concretised according to the criteria mentioned above.*
- *In case of ongoing work disability the patient's ability to do other possible jobs on the general labour market should also be assessed based on the criteria mentioned above. However, it is for the insurance company to determine percentage earning capacity on the basis of the medical assessment.*
- *Reports of pain or medical diagnoses and findings are not per se a reason for a limitation of work capacity/ability: many people do their jobs experiencing more or less intense pain and have learned to cope with it. Mainly decisive are the functional deficits in performing a job; these should be reported in concrete terms.*
- *In order to assist an optimum of work integration the aim should be the earliest possible full-time attendance at the workplace (with limitation of workload and/or extra breaks if needed). The "half-time working" limitation should be certified only in exceptional cases and the specific reasons for this should be reported.*

Introduction

L'appréciation correcte tant de la capacité de travail que de l'exigibilité peut avoir des conséquences d'une grande portée. D'une part, il s'agit du maintien – ou de la promotion – de la capacité de gain et de la prévention de l'invalidité, d'autre part de la recherche de règlements financiers corrects. A l'heure actuelle, de nombreux médecins tendent encore à sous-estimer ces conséquences, car ils accordent plus d'importance aux mesures diagnostiques et thérapeutiques. Souvent, la formation des médecins en médecine des assurances est insuffisante; en plus, ils ne recourent fréquemment pas au même langage que les juristes dans ce domaine particulier. Plusieurs initiatives ayant vu le jour récemment revalorisent la médecine des assurances et témoignent d'une meilleure collaboration interdisciplinaire en Suisse. En 2003, l'Institut pour les sciences et la pratique juridiques de l'Université de St-Gall (Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis) a organisé à Lucerne un symposium destiné aux médecins, aux juristes et autres spécialistes ou professionnels des assurances intitulé «Douleur et capacité de travail» («Schmerz und Arbeitsfähigkeit»). Ce symposium est à l'origine d'une publication [1]. C'est la même année qu'a été fondée l'association Swiss Insurance Medicine à laquelle appartiennent médecins et assureurs. En janvier 2005, les activités de l'Académie interdisciplinaire de médecine des assurances ont débuté à l'Université de Bâle. Dans cet article, nous aborderons de manière systématique l'appréciation médicale de la capacité de travail et de l'exigibilité, tout en tenant compte des principes de médecine des assurances. Puis nous détaillerons la question de la présentation de cette appréciation – et de l'argumentation soigneuse qui la sous-tend – dans les rapports médicaux.

1 La forme masculine sous-entend toujours également la forme féminine. En rapport avec réinsertion ou situation d'assurance, les notions «client» ou «assuré» seraient plutôt appropriées que «patient», mais par souci de clarté nous avons renoncé à cette différenciation.

Capacité ou incapacité de travail et exigibilité constituent des notions interdépendantes.

L'exigibilité joue en outre un rôle central dans les notions de capacité et d'incapacité de gain totale ou partielle (pour autant qu'elle ne concerne pas des aspects médicaux de l'exécution du travail). En cas de sinistre ou d'atteinte dommageable portée au corps humain, c'est-à-dire d'un accident assuré, il est exigé de l'assuré qu'il atténue le dommage et fasse tout ce qui est exigible de sa part pour maintenir les prestations de l'assureur aussi basses que possible.

Conditions cadres juridiques de l'assurance sociale

L'incapacité de travail bénéficie d'une définition juridique depuis le 1^{er} janvier 2003. L'art. 6 de la Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) [2] évoque 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 ou mentale. 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.» La jurisprudence en vigueur au 31 décembre 2002 conserve sa validité avec la nouvelle teneur de l'art. 6 de la LPGA; selon le droit des assurances sociales, est incapable de travailler soit la personne qui ne peut plus exercer son activité actuelle, soit celle qui ne peut plus l'exercer que d'une manière limitée, soit celle qui ne peut l'exercer qu'en courant le risque de nuire à sa santé. Dans ce cas, il faut souligner le rôle déterminant de l'évaluation médicale spécialisée qui détermine l'aptitude à exercer une activité productive au poste de travail habituel [3].

La Loi précise aussi le terme d'incapacité de gain. Selon l'art. 7 de la LPGA, il s'agit de «toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré dans un 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.» L'art. 8 al. 1 de la même loi définit l'invalidité comme «l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.» Chez les mineurs sans activité lucrative, la notion d'invalidité se réfère par contre à l'incapacité de gain future «probable» (art. 8 al. 2 LPGA). L'invalidité résulte de l'impossibilité d'accomplir les travaux habituels (art. 8 al. 3 LPGA) chez les personnes majeures n'exerçant pas d'activité lucrative.

Ces trois définitions illustrent le rôle de l'exigibilité, qui apparaît également dans d'autres arti-

cles. On peut citer en particulier l'obligation qui incombe à chaque assuré de contribuer à la diminution des dommages en participant individuellement à sa réinsertion. L'art. 21, al. 4 de la LPGA détaille [2]: «Les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de gain ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.» Les termes de cet article sont pratiquement identiques à ceux de l'art. 61 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) [4].

On cherche vainement une définition générale de l'exigibilité dans la LPGA. Seul l'art. 21, alinéa 4, [2] rappelle que les traitements et mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Comme d'habitude, la concrétisation de ce terme juridique imprécis est du ressort de l'assureur et – en cas de litige – du tribunal [5, 6]. La notion d'exigibilité génère évidemment des questions qui sortent du cadre purement médical et qui ressortent de domaines divers: il peut s'agir de l'aptitude et de l'envie de l'assuré à exécuter un travail plutôt qu'un autre. On peut également citer les aspects non médicaux de la trajectoire professionnelle, de la situation sociale ou de la rétribution, dont il s'agit également de tenir compte. L'art. 16 de la Loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI) [7] définit le concept du travail raisonnablement exigible dans le cadre particulier de l'assurance-chômage.

Concept de l'exigibilité du point de vue juridique

Dans le langage courant, la notion d'exigibilité est liée à une certaine forme de comportement que l'on est en droit d'attendre d'une personne, en l'occurrence d'une personne assurée. Ce comportement implique éventuellement des désagréments ou même des sacrifices qui doivent être consentis par les assurés. Il faut le souligner: l'assurance ne peut formuler des exigences qui sont supérieures à la moyenne et qui seraient à son seul avantage. D'autre part, il n'y a pas lieu de désavantager les assurés assidus et qui prennent des initiatives. Ce qui est exigé de l'assuré doit être compatible avec son atteinte à la santé, avec ses aptitudes et ses capacités personnelles, et ne doit pas modifier fondamentalement ses habitudes de vie [5]. L'exigibilité est également comprise comme l'expression d'un certain effort de volonté [6] ou d'une volonté tendue vers un certain but. Cette volonté permet de surmonter des difficultés d'ordre subjectif (indispositions, dou-

leurs, symptômes psychiques) qui font obstacle à l'accomplissement d'un travail. Murer voit également dans la rigueur de l'appréciation de l'exigibilité une raison plus profonde et positive. Il souligne qu'il est en fait plus humain et plus utile pour l'assuré de retrouver le chemin de la vie active plutôt que de devoir renoncer à «une partie centrale ou essentielle» de sa vie par l'octroi d'une rente [5]. La responsabilité personnelle et l'obligation pour l'assuré de réduire les dommages sont étroitement associés au principe d'exigibilité [5, 8]. L'assuré est tenu de faire tout ce qui est en son pouvoir pour que les conséquences économiques de son invalidité restent aussi réduites que possible. L'attitude suivante découle de cette obligation: les mesures qui sont exigibles de la part d'une personne lésée sont les mêmes que celles qu'une personne raisonnable prendrait si elle n'avait absolument aucune prestation à espérer [5, 8].

Un point est essentiel dans le contexte de l'appréciation médicale de la capacité ou de l'incapacité de travail et de l'exigibilité: le médecin chargé de la rédaction du rapport ou de l'expertise ne doit prendre position quant aux notions de capacité/incapacité de travail et d'exigibilité que dans l'optique exclusive de sa spécialité médicale. C'est là que se trouvent les limites de l'appréciation médicale. Par contre, le médecin ne doit pas s'exprimer sur les questions d'incapacité de gain, ni même d'invalidité (le cas échéant, les médecins concernés ne doivent pas hésiter à retourner ce type de questions au mandant).

Compte tenu de la situation juridique que nous venons d'esquisser, les tâches qui sont dévolues au médecin chargé de la rédaction d'un rapport ou d'une expertise sont les suivantes:

- Dans tous les cas, le médecin spécialiste est tenu de procéder à un examen et à une appréciation minutieux de l'état de santé de la personne concernée. Ce travail comporte les étapes suivantes: étude des éléments du dossier, anamnèse, analyse des plaintes (notamment quant à leur crédibilité), examen et constatations cliniques, description des résultats des examens effectués (en précisant les méthodes et techniques utilisées), diagnostic et, le cas échéant, diagnostics différentiels. Dans la mesure du possible, le diagnostic clinique est à compléter par les éléments suivants: résultats d'examens concernant les capacités fonctionnelles (capacités fonctionnelles liées à la vie quotidienne ou celles qui sont liées à l'activité professionnelle) et observations concernant le niveau de participation (disposition à faire un effort) et la cohérence des performances à l'aide de tests fonctionnels ou dans le cadre de programmes thérapeutiques ou de réadaptation. Une expertise poly- ou interdisciplinaire peut s'avérer indiquée dans certains cas difficiles et complexes, après en avoir discuté avec le mandant. Une

expertise médicale doit être apte à fournir des preuves solides. Par conséquent, elle est soumise à un certain nombre d'exigences qui ont été précisées par la jurisprudence [6:47f., 9].

- L'appréciation de la capacité ou de l'incapacité de travail se base impérativement et spécifiquement sur le travail exercé habituellement dans les cas suivants: incapacité de travail de brève durée (n'excédant pas trois mois), situations permettant de s'attendre à la reprise du travail habituel par l'assuré après une durée prévisible. C'est au médecin qu'il revient de démontrer si l'assuré est confronté à des limites fonctionnelles dans l'exercice de son activité professionnelle habituelle et quelle est l'importance de ces limites (capacité de rendement). En outre, la connaissance de l'activité professionnelle exercée jusqu'alors fait également partie des tâches de l'expert médical. Dans la plupart des cas, la décision du médecin concernant l'incapacité de travail se concrétise par un pourcentage conclusif. En outre, en cas de capacité de travail partielle, il est indispensable de préciser la répartition temporelle du travail (par ex. 50% à plein temps ou à la demi-journée) et d'indiquer d'éventuels critères limitatifs (par ex. charges à manipuler et à soulever, postures de travail, travail sur une échelle ou un échafaudage). Le médecin peut en outre mentionner – avec leurs pourcentages respectifs – les activités qui ne peuvent plus être accomplies désormais dans le cadre du travail habituel, tout en tenant compte des mesures d'adaptation qui peuvent être prises au lieu de travail. L'activité ou la profession exercée jusqu'alors par l'assuré reste exigible tant qu'une telle aptitude au travail quantifiée persiste d'un point de vue médical spécialisé.
- L'évaluation médicale de la capacité ou de l'incapacité de travail doit nécessairement s'élargir dans les cas d'incapacité de travail de longue durée (plus de trois à six mois en fonction de la problématique) et dans l'ensemble des situations ne permettant pas une reprise de l'activité habituelle. En effet, l'expert médical ne peut se contenter alors d'une l'évaluation de la capacité ou de l'incapacité à travailler dans le secteur habituel; il est également tenu de fournir des renseignements portant sur des activités différentes de celles exercées jusqu'alors et susceptibles d'être envisagées pour l'assuré d'un point de vue médical. Il s'agit d'être très concret en répondant à cette question: dans quelle mesure faut-il tenir compte de limitations dans l'accomplissement d'un travail en raison de la diminution des capacités fonctionnelles? L'expert doit exprimer son avis de manière différenciée en fonction des restrictions imposées par les atteintes à la santé: il peut estimer si l'assuré est capable de travailler en se déplaçant,

en position assise ou en position debout, à l'air libre ou dans des locaux (chauffés), sans interruptions ou avec des pauses (supplémentaires), en évitant les facteurs environnementaux défavorables (courants d'air, bruit, matériaux toxiques, humidité, froid, chaleur, poussière), en soulevant et/ou en déplaçant des charges (limite de poids). L'expert peut également estimer si l'assuré est capable de travailler à plein temps ou dans une proportion moindre [6:48]. Lorsque des facteurs d'ordre psychique ont été mis en évidence, il revient à l'expert médical de préciser si l'assuré est capable de travailler dans les conditions suivantes: atmosphère agitée, contraintes de temps, pressions psychologiques, contraintes de haute précision, tâches ou processus de travail structurés de manière complexe. Le médecin doit confirmer l'exigibilité de la reprise et de l'exercice de l'activité professionnelle, dans la mesure où une telle capacité de travail – décrite et commentée d'un point de vue médical – existe encore. C'est ensuite à l'assureur, et en cas de litige au tribunal, de décider si les dispositions législatives en vigueur obligent les assurés à accepter un tel travail répondant à des critères d'ordre médical énoncés plus haut. Dans ce contexte, il faut également tenir compte d'autres aspects de la notion d'exigibilité, tels que l'obligation de contribuer à une réduction des dommages et le principe d'exigibilité cités en introduction (voir encart). La jurisprudence suisse privilégie une notion d'exigibilité de nature objective [10]; en d'autres termes, les critères n'illustrent pas le point de vue subjectif de l'individu définissant lui-même ce qui peut être exigible de sa part ou non; au contraire, ils sont fixés de manière objective par ceux qui sont chargés de l'application de la législation indépendamment des cas individuels. Ces critères permettent de décider si l'on peut exiger d'une personne qu'elle réintègre ou non le milieu professionnel, et dans quelle mesure.

Il n'est pas rare que le médecin soit également tenté de quantifier – sous forme d'un pourcentage – son appréciation concernant l'exigibilité d'autres types d'activités. Ce mode d'estimation n'est pas critiquable en soi, pour autant qu'il précise le plus clairement possible à quelles activités il se réfère. Mais il faut rappeler une distinction essentielle: une telle estimation globale de l'incapacité de travail par le médecin ne correspond *aucunement* au degré d'incapacité de gain. Cette distinction n'est pas toujours facile à expliquer aux patients, qui estiment souvent à tort qu'une incapacité de travail générale de 50% leur donne droit également à une rente d'environ 50%. L'appréciation médicale de l'exigibilité s'attache à définir la reprise et l'accomplissement de

nouvelles tâches bien précises tout en cherchant à les quantifier dans certains cas. C'est à l'assureur – ou au tribunal, s'il y a litige – qu'il revient de la transformer en capacité de gain. L'assureur a pour tâche de vérifier la situation suivante: les limitations se rapportant à l'exécution d'autres travaux par l'assuré et qui sont décrites et explicitées par le médecin conduisent-elles à une perte de gain si l'on se réfère aux possibilités de revenus qu'aurait le patient sans atteinte à la santé? Le calcul des pertes de gain est effectué selon l'art. 16 LPGA [2], la comparaison des revenus se fonde sur la base de données documentées des places de travail ou sur les statistiques salariales [11].

C'est surtout de l'appréciation médicale de l'exigibilité dans les cas d'incapacité de travail de longue durée qu'il va être question ci-dessous.

Principes de l'appréciation médicale de l'exigibilité

L'appréciation de l'exigibilité constitue un processus qui nécessite que des données soient récoltées, qu'une démarche décisionnelle soit instituée et que des preuves soient rassemblées. Cette appréciation recourt à une argumentation transparente qui se fonde sur les principes qui vont être développés plus loin. Il n'y a pas de règles générales et applicables à tous les cas qui définissent le contenu de l'appréciation. En forçant quelque peu le trait, nous pourrions dire la chose suivante: la qualité du processus est avant tout fonction de la transparence des constatations ainsi que de la cohérence et de la crédibilité des arguments. Que l'appréciation et son contenu soient corrects ne peut en soi être contrôlé. Une argumentation solide permet à l'ensemble des spécialistes concernés un jour ou l'autre (qu'il s'agisse de médecins, de spécialistes des assurances, de juristes, etc.) d'apprécier les constatations d'un œil critique. Une attente légitime résulte de l'obligation de veiller à la qualité du contenu de l'appréciation médicale: une appréciation soigneusement motivée ne peut que se répercuter de manière positive sur la qualité de l'appréciation de l'exigibilité.

L'appréciation de l'exigibilité se base sur les dimensions «activité» et «participation» selon l'ICF

Le système de classification ICF (International Classification of Functions, Disability and Health) repose pour l'essentiel sur les dimensions intitulées fonctions et structures physiques, activité et participation (par ex. travail) ainsi que sur les facteurs contextuels personnels et environnementaux [12]. L'exigibilité se fonde essentiellement sur les aptitudes et déficits d'une personne par rapport aux exigences de son travail; elle concerne donc en priorité les domaines acti-

tivité et participation. Le diagnostic et ses éléments qui se rapportent à l'atteinte à la santé peuvent, le cas échéant, donner une certaine plausibilité aux limitations évoquées dans l'anamnèse et aux déficits fonctionnels constatés. Cependant, en règle générale, les diagnostics ne constituent pas en eux-mêmes la base de l'appréciation de l'exigibilité. Une constatation a toute son importance dans ce contexte: souvent, il n'y a pas de vraie corrélation entre les atteintes à la santé d'une part, et les handicaps d'autre part. Dès 1959, David Mechanic [13] précisait: «Illness and disability vary independently». Des douleurs ou autres symptômes subjectifs en soi ne peuvent pas non plus motiver une limitation de l'exigibilité (par ex. se reposant sur l'argumentation du patient: «Parce que j'ai telle douleur ...» ou «Tant que j'aurais telle douleur, je ne pourrais pas travailler, ou je ne pourrais pas faire ceci ou cela»). C'est un fait bien connu en pratique médicale: des patients souffrant des mêmes atteintes à la santé peuvent différer considérablement dans leur attitude; leur tolérance à la charge démontrée, leur comportement envers les sollicitations et leur disposition à travailler varient beaucoup, leur manière de faire face à la douleur jouant un rôle essentiel (efficacité de maîtrise de la douleur, ou échec des stratégies de coping et comportement dysfonctionnel face à la maladie) [14-16].

Dans des cas simples, nous sommes en mesure de déterminer quelles activités ne sont pas exigibles; nous basons alors notre jugement plutôt théorique sur un diagnostic, sur les résultats d'examen médicaux et sur une certaine expérience; par exemple, des travaux de peinture ne sont pas exigibles s'ils doivent être effectués dans une situation de limitation notable de la mobilité de l'épaule dominante – dans la mesure où cette limitation est prouvée d'un point de vue médical. Autre exemple: les activités qui doivent être exercées essentiellement en position debout ou qui nécessitent des déplacements ne sont pas exigibles en cas de gonarthrose avancée et douloureuse. Toutefois, il faut souligner le fait que les aptitudes et déficits fonctionnels au travail ne se laissent pas déduire en toute fiabilité des diagnostics structurels et fonctionnels. Dans de telles situations, une analyse ergonomique serait justifiée, par exemple une «évaluation de la capacité fonctionnelle» (ECF) [17-19]. En outre, cette méthode d'évaluation ECF bénéficie d'une place de plus en plus importante en jurisprudence [6, 20]. D'ordinaire, une telle expertise est commandée par des assureurs-accidents, de l'assurance-invalidité, parfois des caisses de pension et des assureurs perte de gain.

L'appréciation d'activités exigibles est généralement difficile en présence de signes d'un trouble fonctionnel sans substrat organique, en cas d'un niveau de participation insuffisant et de résultats d'examen incohérents. La même remarque vaut

également pour l'évaluation ergonomique ECF. Cette analyse n'a aucun sens si l'on est confronté à un mauvais niveau de participation, l'appréciation doit alors se fonder avant tout sur des considérations médicales théoriques. Par contre, des tableaux cliniques mixtes apparaissent souvent. Ils sont caractérisés par une amplification des symptômes – partielle seulement – et par une incohérence, souvent de peur de faire certains mouvements ou certains efforts après une période d'épargne prolongée. Également, il peut arriver parfois que la question du niveau de participation ait été appréciée de manière contradictoire par les experts précédents. Dans ces cas particuliers, la contribution d'une évaluation ergonomique est loin d'être négligeable: elle peut assister en effet les patients dans leur confrontation progressive aux sollicitations du monde du travail et elle peut leur ouvrir des perspectives d'une réadaptation et d'une réinsertion fondée sur le travail. Il n'est pas rare de voir des patients manifester une reconnaissance particulière d'avoir pu bénéficier d'une évaluation ergonomique; elle les aide à réaliser qu'ils sont capables de faire des efforts beaucoup plus importants qu'ils ne le croyaient auparavant. Les très nombreuses observations collectées par les tests qui constituent l'évaluation ergonomique permettent de répondre plus clairement aux questions qui relèvent de la cohérence et du niveau de participation (disposition à faire un effort).

Éléments formels de la description de l'exigibilité

Les éléments importants et constitutifs de l'exigibilité sont présentés dans le tableau 1 ↩.

Raisons d'une limitation de la performance au travail exigible

Le tableau 2 ↩ présente les raisons principales d'une limitation de l'exigibilité et leurs manifestations éventuelles.

Des facteurs tels qu'une qualité de vie perturbée ou une instabilité psychique sont susceptibles de limiter l'exigibilité. Cependant, ils ne doivent pas être pris en compte sans un examen soigneux et prudent. Toute mention subjective, que ce soit de douleurs intenses et chroniques ou de fatigue excessive ne légitime pas – et de loin – une limitation de l'exigibilité. Des plaintes qui s'expriment de manière timide ou réservée peuvent révéler des problèmes beaucoup plus graves que si elles sont présentées sur un mode démonstratif et dramatique. En règle générale, les conditions suivantes doivent généralement être remplies:

- La constatation d'une coopération et d'un niveau de participation de bonne qualité ainsi que d'une cohérence lors des examens, des tests ou d'un séjour de réadaptation sont des indices qui confirment la plausibilité des informations. Les propositions de traitement appropriées, exigibles et destinées à atténuer

Tableau 1. Eléments constitutifs de la description de l'exigibilité.**Niveau de la capacité de charge, tolérance à la charge**

Il est peut s'avérer utile de déterminer le niveau de la capacité de charge exigible d'un point de vue physique en référence aux critères du Dictionary of Occupational Titles [21] (poids maximaux à soulever/à manipuler occasionnellement entre parenthèses):

- Très léger, surtout en position assise (5 kg au max.)
- Léger (5-10 kg au max. ou mouvements fréquents de bras nécessaires ou obligation d'actionner fréquemment une pédale)
- Léger à moyennement lourd (10-15 kg au max.)
- Moyennement lourd à lourd (15-25 kg au max.)
- Lourd (25-45 kg au max.)
- Très lourd (>45 kg)
- Aucune activité exigible (actuellement)

Des restrictions concrètes doivent être précisées – à titre complémentaire et si cela s'avère nécessaire – par ex. «alterner les positions de travail: travail en position assise et en position debout», «pas de travail à effectuer au-dessus du niveau des épaules», «pas de travail nécessitant l'usage fréquent de la force de la main gauche», «pas de travail sur une échelle». On peut aussi recommander des adaptations ergonomiques destinées à diminuer les charges ou les sollicitations mal tolérées, par ex. un plan de travail mobile (réglable mécaniquement) pouvant être déplacé jusqu'à la hauteur de la poitrine et permettant de travailler en position debout.

Le niveau de capacité de charge est une donnée connue lorsqu'il s'agit de décrire l'exigibilité de l'activité professionnelle exercée précédemment. Dans ce cas, il s'agira plutôt de préciser – si nécessaire – certains critères d'épargne, comme «ne soulever que rarement des charges de 20 kg au max. à partir du sol».

Temps de travail

Le temps de travail à effectuer comprend un temps de présence (travail à plein temps, travail à la demi-journée, nombre d'heures par jour) et des pauses supplémentaires – qui peuvent s'avérer éventuellement indispensables (total des pauses par jour). La répartition des pauses supplémentaires doit être spécifiée: pauses de durée prolongée, ou pauses fréquentes de courte durée (par ex. pour changer de position, se détendre et se dégourdir les jambes).

Autres restrictions d'effort importantes pour le travail

Diminution de la productivité (qui est exigée habituellement pendant les heures de travail prévues), par ex. rythme de travail plus lent, acceptation d'une qualité inférieure, encadrement accru. Le diagnostic de déficits psychologiques ou neuropsychologiques rendent de telles adaptations souvent indispensables.

Tableau 2. Principales raisons d'une limitation de l'exigibilité.

	Motifs d'une limitation	Constatations
Sécurité	Risque d'accident élevé (pour soi-même ou pour autrui)	Diminution de la concentration et erreurs dans le travail. Raisons: fatigue, intensification des douleurs, effets indésirables des médicaments, déficits neuropsychologiques, vertige, trouble du comportement de nature psychologique
Santé	Menaces d'atteinte à la santé ou aggravation de problèmes préexistants	Appréciation médicale avec observations fonctionnelles, indices suggestifs d'un risque d'aggravation potentielle en raison de certaines charges ou sollicitations (par ex. récurrences plus fréquentes), pronostic défavorable à long terme de l'affection avec les charges ou sollicitations actuelles
Travail	Performances et productivité trop faibles (en raison de déficits fonctionnels) par rapport aux exigences du travail	Handicap physique (force/endurance, mobilité, coordination) Apparition irrégulière des problèmes de santé: absences répétées Limitation d'ordre (neuro)psychologique tels que ralentissement, erreurs, besoin d'un encadrement accru
Qualité de vie	Décompensation psychique consécutive à une incapacité de faire face à la douleur un état d'épuisement, un état anxieux ou un état dépressif	Douleurs chroniques affectant l'équilibre psychique Besoin élevé d'analgésiques, éventuellement avec des effets indésirables Temps de loisirs avec qualité de vie insuffisante (douleurs intenses ou état d'épuisement pendant le temps libre, le soir et le week-end) consécutive aux sollicitations professionnelles

- le problème de santé ont été acceptées par le patient et elles ont été appliquées.
- Les informations du patient sur ces plaintes sont différenciées, elles ne contredisent pas l'anamnèse, et les observations faites au cours de tests ou de séjours de réadaptation permettent de les confirmer.

Citons un exemple caractéristique: un patient – qui semble cohérent – nous informe de la manière suivante: son médecin lui aurait dit qu'une phase d'adaptation et d'habituación s'avéraient nécessaires pour que son problème s'atténue; dans ce contexte, le travail représentait également un traitement judicieux. Il aurait suivi ce conseil et il aurait repris le travail à plein temps malgré d'importantes douleurs. Il aurait été épuisé le soir et le week-end, souffrant de violentes douleurs. Il n'y aurait plus de qualité de vie dans ses loisirs, il se verrait obligé de s'allonger en permanence après le travail pour que ses douleurs s'atténuent jusqu'au lendemain. Bien qu'il ait résisté pendant 6 mois, il n'y aurait aucune amélioration constatable. Le patient dit que cela ne peut plus continuer ainsi, qu'il a besoin d'un peu de temps libre et d'une certaine qualité de vie. Une adaptation du temps de travail à la situation semble être ici justifiée.

Limitation de l'exigibilité: priorités

Une diminution du travail peut en principe être envisagée sous forme de limitation des sollicitations et/ou du temps de présence ou du temps de travail. Il faut toujours vérifier d'abord si une diminution des efforts ou des performances est possible sur la base d'un travail à plein temps. L'option d'un travail à plein temps est assortie de plusieurs avantages: elle permet d'éviter une certaine forme d'«enlèvement» – médicalement non justifiée – dans un travail d'une durée réduite et le risque de perdre l'emploi. En outre, elle contribue aussi à diminuer les prestations financières injustifiées qui sont à la charge des assureurs. La liste des limitations à prescrire établie par ordre de priorité est présentée au tableau 3 ◀. L'organisation du travail de l'entreprise et la faisabilité des limitations doivent également être prises en compte. L'exemple suivant le démontre: du point de vue médical, on exige d'un ouvrier du bâtiment qu'il travaille à mi-temps; cependant, cette décision ne peut être concrétisée pour la raison suivante: les chantiers sont éloignés et toute l'équipe d'ouvriers doit y être transportée dans un véhicule de l'entreprise. On ne peut exclure que l'employeur ne soit pas en mesure de proposer à cet ouvrier une activité moins pénible comme par ex. celle de magasinier. Une solution alternative consisterait à faire travailler l'ouvrier par périodes de trois jours interrompues par 1 jour de repos intermédiaire. La concrétisation d'une limitation certifiée de la capacité de travail est loin d'être toujours évi-

dente. Il revient alors au médecin de s'informer quant aux possibilités d'une activité adaptée au handicap du patient dans l'entreprise. Cette tâche peut être déléguée éventuellement à l'assureur. L'employeur doit, lui aussi, assumer la responsabilité de contribuer à la meilleure réinsertion possible de ses employés après une maladie ou un accident qu'ils auraient subis. Des modèles de primes peuvent l'y inciter financièrement. L'efficacité de la réinsertion professionnelle et la prévention d'une éventuelle invalidité sont fonction d'une certaine souplesse de l'employeur et de sa capacité à faire travailler un employé malgré son handicap. La bonne volonté des tous les intervenants, surtout des médecins ou des «case-managers» des assurances, et l'efficacité de leurs contacts interpersonnels jouent à cet égard un rôle essentiel.

Appréciation de l'exigibilité dans l'activité professionnelle exercée précédemment

Pour apprécier l'exigibilité et la capacité ou l'incapacité de travail qui concerne l'emploi précédent, il faut se baser sur l'activité qui était exercée habituellement avant l'accident ou la maladie. Des prestations réduites ou des tâches exécutées ultérieurement dans le cadre d'un travail adapté à une certaine forme de handicap ne peuvent servir de référence. Prenons l'exemple d'un maçon qui ne peut être occupé pendant un certain temps que comme magasinier, car il doit bénéficier d'une diminution de la pénibilité de son travail. Dans ce cas précis, on ne pourra parler sans réserve d'une prestation de travail à 100% (par rapport au travail prévu initialement dans le contrat de travail), même si cette activité est exercée pendant toute la journée. En cas de travail à temps partiel prévu de manière contractuelle, une incapacité de travail certifiée doit se référer clairement et spécifiquement à cet horaire de travail réduit.

L'appréciation de la capacité/incapacité de travail ne se fonde pas uniquement sur l'examen de l'aptitude à tolérer certaines sollicitations ou à supporter certaines charges. L'analyse des exigences professionnelles joue également un rôle essentiel à cet égard. Prenons l'exemple d'une fracture de l'avant-bras non dominant qui a été plâtrée. Ce traumatisme justifie une incapacité de travail de 100% pour un ouvrier du bâtiment, mais pas nécessairement pour un vendeur ou un secrétaire. Le médecin doit avoir une idée précise du travail exercé par son patient (charges à manipuler: type de charges, fréquence des manipulations; usage – ou non – de la force physique; mouvements et positions du corps; exigences psychomotrices). Il obtient ses premières informations de la part de son patient, mais elles ne sont pas toujours fiables. Les descriptions du poste de travail effectuées par l'assureur sont très utiles, si elles ont été réalisées. Si nécessaire, le médecin devrait obtenir ces informations par-

Tableau 3. Limitation de l'exigibilité: priorités.

<p>1. Travail à plein temps avec exclusion de certains efforts</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limites de charges/sollicitations - Mesures relatives à l'organisation du travail, moyens auxiliaires - Autres activités – adaptées au handicap – dans la même entreprise 	<p>Suppression de certaines sollicitations/charges critiques et non exigibles (poids maximums, durée/fréquence des efforts).</p> <p>Modification des conditions de travail, si nécessaire et si possible (éventuellement: job rotation), recours aux moyens auxiliaires (par ex. pour le transport de charges).</p>
<p>2. Travail à plein temps avec des pauses supplémentaires / un rendement inférieur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pauses de brève durée, mais plus fréquentes, pauses plus longues, rythme de travail ralenti - Prise en compte d'un rendement plus faible pendant le travail (si nécessaire, combiner ces mesures avec celles détaillées sous 1.) 	<p>Charges/sollicitations critiques tolérées (par ex. manipulation de certaines charges, certaines positions de travail), mais seulement avec un rythme de travail diminué ou une fréquence ou durée réduite. L'application que des mesures détaillées sous 1. La seule application des mesures détaillées sous 1 ne permet pas de réduire des effets de surcharge ou sursollicitation.</p> <p>Une présence au travail pendant toute la journée est exigible, mais le patient n'est pas en mesure d'avoir un rendement normal pour des raisons psychologiques ou (neuro)psychologiques.</p>
<p>3. Temps de travail réduit et rendement normal</p> <p>Par exemple</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demi-journée de travail ou ... heures par jour (rendement normal pendant ces périodes de travail) - Absence du travail pendant ... jours par mois (en moyenne) - Travail à plein temps, mais ... jours par semaine seulement 	<p>Les problèmes de santé augmentent notablement au cours de la journée en fonction de l'accumulation des sollicitations. Une diminution spécifique des sollicitations/charges ou des pauses plus fréquentes n'ont pas d'effets préventifs. Illustration de cet état de fait: le patient indique: «Je peux travailler pratiquement à plein régime pendant les premières heures, mais, par la suite, cela va de plus en plus mal».</p> <p>Autre exemple: on constate la présence d'un œdème qui s'accroît au fil des heures.</p> <p>L'organisation du travail dans l'entreprise n'autorise pas de diminution spécifique et suffisante des sollicitations/charges et/ou l'instauration de pauses plus fréquentes.</p> <p>Des problèmes aigus de santé récidivants entraînent des absences (par ex. plusieurs jours par mois); ils ne peuvent être prévenus par la seule réduction des sollicitations ou par des pauses plus fréquentes.</p> <p>Une présence à plein temps n'est pas exigible pour des raisons psychologiques ou (neuro)psychologiques.</p>
<p>4. Temps de travail abrégé et rendement inférieur</p>	<p>Les mesures énumérées et explicitées ci-dessus sont insuffisantes pour adapter le travail au handicap.</p>

ticulières directement de l'employeur; par la même occasion, il aurait la possibilité de s'enquérir de l'existence d'activités moins pénibles au sein de l'entreprise.

En cas d'arrêt de travail prolongé, il faut prendre en compte non seulement les résultats d'exams et de tests récents, mais également l'évolution antérieure de la capacité de travail et le déroulement des différentes tentatives de reprise du travail (quel était le rendement au travail, de quelle nature étaient les obstacles rencontrés?). Les comptes rendus des discussions entre collaborateurs des services externes des assureurs d'une part et assurés ou employeurs d'autre part contiennent souvent des renseignements précieux; ils contribuent à la formulation d'une appréciation de l'exigibilité la plus complète et la plus correcte possible.

Dans un certain nombre de cas, il est impossible d'estimer le rendement au travail auquel on pourrait s'attendre avec suffisamment de préci-

sion avant la reprise proprement dite du travail: la capacité de travail est alors estimée provisoirement dans un premier temps pour être suivie quelques semaines plus tard d'une évaluation précise du rendement au travail au sein de l'entreprise (évaluation réalisée par l'assureur en collaboration avec l'employeur). Dans ces situations, il est également possible de ne préciser que le temps de travail et de mentionner que la capacité de travail – en pourcentage – «sera fixée ultérieurement».

Parfois, une reprise du travail s'avère utile en dépit d'un rendement que l'on prévoit comme étant extrêmement faible. Une telle reprise doit être planifiée avec l'employeur et l'assureur pour permettre une réinsertion progressive dans le milieu professionnel et prévenir une absence au travail prolongée. Dans ce contexte, il est recommandé de certifier une «capacité de travail en vue d'une adaptation et d'une habitude» ou une «capacité de travail à visée thérapeutique».

Nous entendons par «adaptation» l'adaptation physique, et par «habituatation» l'adaptation psychique aux exigences du travail. Dans ces cas-là, l'intégralité de l'indemnité journalière est prise en charge par l'assureur-accidents ou l'assureur responsable des indemnités journalières.

Une limitation de la capacité de travail est toujours fixée jusqu'au prochain contrôle ou pour une période dont la durée est médicalement justifiée. Pour des raisons compréhensibles, les assurances ne peuvent accepter la certification d'une incapacité de travail de «durée indéterminée», certificat qui est porteur par ailleurs d'un signal erroné adressé au patient.

Appréciation de l'exigibilité dans une perspective à long terme (dans le cadre de rapports détaillés)

Une appréciation générale de l'exigibilité dans le cadre de rapports détaillés doit s'inscrire dans une perspective à long terme, ce qui n'est pas le cas de l'établissement de la capacité de travail, qui se fait de manière ponctuelle. Des mesures facilitant la reprise du travail pendant une phase initiale telles que des «pauses plus fréquentes, d'une durée de deux heures par jour au maximum, pendant deux mois» (par ex. après une incapacité de travail de longue durée) doivent être fixées séparément. L'appréciation de l'exigibilité doit – quant à elle – se baser sur la capacité de charge (exigible) du patient après cette phase initiale.

Par contre, l'exigibilité doit se rapporter provisoirement à la situation présente, si d'autres mesures sont prévues (réadaptation, intervention chirurgicale, entraînement progressif des déficits fonctionnels au travail). Dans ce cas, il faut aussi préciser si ces mesures amélioreront «très probablement», «probablement» ou «éventuellement» l'exigibilité.

Objectivité de l'appréciation de l'exigibilité

Tant l'appréciation que l'argumentaire développé doivent établir une distinction nette entre les données objectives – résultats d'examens, constatations, faits susceptibles d'être prouvés – et les données subjectives de l'assuré. L'appréciation doit dans toute la mesure du possible reposer sur des faits et constatations objectifs qui comportent les volets suivants: faits tirés de l'anamnèse, résultats de l'examen clinique et de l'imagerie diagnostique, résultats d'examens fonctionnels (si possible): par ex. aptitude à la marche, à monter les escaliers, à soulever et transporter des charges. D'autres observations – ou absence d'observations – sont aussi importantes: manifestations/signes d'efforts ou de douleurs lors de l'examen clinique ou au cours des tests de performance (par ex. contractions musculaires, mouvements d'évitement, stabilisation insuffisante, pouls élevé ou autres symptômes d'ordre neurovégétatif tels que sudation,

rougeur faciale). D'autres observations liées au comportement du patient sont importantes: la représentation qu'a le patient de sa maladie, la manière qu'il a de faire face aux symptômes: fait-il preuve d'une maîtrise active de ses douleurs, d'un certain sens des responsabilités et d'une volonté de réinsertion sociale et professionnelle optimale? Attend-il passivement d'être guéri (n'ayant que la «santé» et l'absence de douleur comme but, et les médecins ou thérapeutes étant les seuls responsables de son sort ou de son destin)? A-t-il un comportement marqué d'épargne et d'évitement?

Les données subjectives concernant les problèmes de santé et les limitations ne sont cependant pas négligeables. Elles ont à figurer dans l'argumentation de la manière suivante:

- Elles peuvent confirmer les données objectives (observations et faits) et contribuer ainsi à compléter le tableau.
- Souvent, les données «solides» ou objectives ne suffisent pas à une appréciation définitive de l'exigibilité; les indications subjectives peuvent par conséquent combler certaines lacunes qui persistent dans l'argumentation. Toutefois, il est important que leur plausibilité soit confirmée, ce qui est le cas lorsque le patient fait preuve de bonne volonté ou de coopération, que ses informations sont cohérentes, qu'il est bien disposé à l'égard des questionnaires, examens et tests qu'on lui fait subir et qu'il décrit ses douleurs et problèmes de santé de manière différenciée. A l'inverse, de l'incohérence, une collaboration qui laisse à désirer, une description des problèmes de santé de manière imprécise et non différenciée, sur un mode global et dramatique, mettent sérieusement en cause la plausibilité des plaintes.
- Il arrive que des données subjectives, à la fois précises et différenciées, contredisent les observations et les faits vérifiables. Cette constatation peut signifier que la problématique complexe du patient n'a été que partiellement comprise. L'approche que l'on en a doit donc être élargie. Les indications ou les plaintes d'un patient ne sont pas toujours suggestives dès le départ d'un tableau clinique précis. Il se peut que nous soyons tentés de les scotomiser. Cependant, en les réexaminant de manière plus approfondie, nous y trouvons des éléments nouveaux expliquant la problématique. C'est la plausibilité du comportement observé qui nous décide ou non à pousser nos investigations plus loin lorsque nous sommes confrontés à cette discordance.

Une formulation nuancée est parfois d'une importance considérable pour garantir l'objectivité de nos constatations. Par exemple, les affirmations suivantes diffèrent beaucoup les unes des autres: «(le patient) ne peut pas soulever plus de

10 kg», «il faut éviter de porter des charges de plus de 10 kg»; ou «(le patient) ne soulève pas plus de 10 kg», «(le patient) ne se sent pas capable / n'est pas disposé à porter plus de 10 kg». Les deux premières affirmations décrivent une limite de charge fondée d'un point de vue fonctionnel et somatique et qui se base sur des examens et des observations concordants. Les dernières formulations n'illustrent qu'un comportement face aux symptômes sans corrélation somatique évidente. Elles sont à utiliser si on ne note aucun signe d'un effort particulier réalisé ou d'un trouble de nature fonctionnelle par ex. lors d'un test de port de charge: en d'autres termes, le patient interrompt le test après n'avoir manipulé qu'une charge minime, tout en disant que «ça ne va plus», bien qu'aucune limite fonctionnelle n'ait pu être constatée à ce niveau d'effort. Peut-être que des signes évidents d'incohérence et d'amplification des symptômes avaient déjà été mis en évidence dans l'anamnèse, par l'examen clinique et par d'autres tests de performances fonctionnelles (voir chapitre «Appréciation de l'exigibilité en cas d'amplification des symptômes ...» [dans la 2^e partie]).

Caractère abstrait de l'appréciation de l'exigibilité

L'appréciation de l'exigibilité doit être effectuée théoriquement et indépendamment de la situation concrète au travail. Prenons un exemple: l'employeur ne peut offrir au patient qu'un travail à la demi-journée en tant qu'activité exigible et adaptée à son handicap. Pourtant, du point de vue de l'exigibilité, cela ne signifie pas que cette activité ne soit exigible qu'à la demi-journée. Les deux points que nous venons d'évoquer sont donc à préciser dans un tel cas: d'une part, il s'agit de mentionner l'exigibilité d'un point de vue théorique, par ex. travail à plein temps pour une activité particulière adaptée au handicap, et d'autre part, l'offre réelle, à savoir la reprise du travail à la demi-journée pour des raisons propres à l'entreprise. Dans les rapports, il est donc recommandé de faire clairement la différence entre l'exigibilité d'un point de vue théorique et les recommandations concrètes concernant le travail et les perspectives de réinsertion.

Appréciation médicale de l'exigibilité en cas de problèmes médicaux multiples: importance de la référence

Les références de l'appréciation sont à préciser et à développer lorsque plusieurs assureurs (par ex. deux assureurs-accidents ou un assureur-accidents et une assurance-maladie) sont responsables de la prise en charge de problèmes médicaux multiples:

- Les limitations constatées et établies sont à attribuer – si possible – aux atteintes à la santé correspondantes (par ex. port de charges de plus de 15 kg limité, restriction de la position

assise et de la position penchée en avant en raison d'un problème dorsal, limitation de la position debout prolongée et des déplacements en raison d'un problème de genou).

- L'appréciation de l'exigibilité et de l'incapacité ou de l'incapacité de travail peut privilégier des points de vue différents: on peut se pencher sur l'un ou l'autre problème de manière sélective (par ex. sur un problème de dos ou un problème de genou) ou procéder à une évaluation dite globale (c.-à-d. en tenant compte de l'ensemble des problèmes en présence). Les assurances-accidents désirent avant tout disposer d'une appréciation sélective relative au problème de santé qu'elles prennent en charge. Mais il est parfois difficile d'opérer une séparation claire des problèmes, surtout quand des handicaps physiques s'accompagnent de troubles psychiques. Dans de telles situations, on peut faire usage d'une appréciation d'exigibilité qualifiée de «globale»; il faut – si possible – y adjoindre les pourcentages estimés qui se rapportent à chaque problème de santé particulier et qui contribuent à la diminution globale de la capacité de travail.

La problématique de l'origine des problèmes médicaux (causalité) ne doit généralement être appréciée que dans le cadre d'une expertise. De toute manière, il faut veiller à ne pas faire usage – dans les rapports – de termes ou de notions qui établissent a priori une notion de causalité qui n'est peut-être pas prouvée. On peut prendre ici le diagnostic de «céphalées post-traumatiques» comme exemple: il se peut que l'origine des maux de tête en question fasse l'objet d'un litige en médecine des assurances, le patient ayant déjà souffert de céphalées dans le passé.

Capacité de travail malgré les douleurs?

En discutant avec les médecins de famille, il n'est pas rare d'entendre la remarque suivante: «Mais si mon patient me dit qu'il ne peut pas travailler avec les douleurs qu'il endure, je le crois». Que faut-il répondre à cette remarque?

Les douleurs qui sont rapportées par les patients et, par conséquent, la conviction qu'ils expriment d'être incapables de travailler sont pratiquement toujours «crédibles»; il est plutôt rare de rencontrer de véritables simulateurs (simulation de douleurs et d'un handicap). Pourtant, le médecin ne doit pas faire sienne la conception du patient, mais il doit l'évaluer lui-même. En effet, il fonctionne également comme conseiller et se voit aussi obligé de formuler une appréciation du point de vue de la médecine des assurances. Il est donc de son devoir de procéder à sa propre évaluation de la conception du patient. De même, le médecin ne demande pas toujours l'IRM ou il

ne va pas toujours demander l'opération qui est réclamée par son patient. En cas de chronicité, nous savons parfaitement que l'intensité de la douleur perçue et du handicap ressenti dépend très étroitement de facteurs psychiques et sociaux diversifiés comme par ex. l'occurrence de peurs, d'espoirs, d'humeurs et de situations particulières. Ces facteurs peuvent – jusqu'à un certain point – être influencés dans une direction ou dans une autre. La même remarque vaut également pour l'autoévaluation de la capacité de travail.

L'appréciation de l'exigibilité de l'exercice du travail malgré les douleurs est toujours fonction d'un examen minutieux de l'ensemble des facteurs individuels. Il n'y a aucune recette miracle en la matière. Les considérations suivantes n'en donnent que quelques exemples.

- De nombreuses personnes travaillent tout en ressentant des douleurs de divers ordres. Elles se sont vues obligées de les intégrer à leur existence. Mais après avoir subi un accident ou une maladie, certains individus sont pourtant convaincus qu'il leur est impossible de travailler en ayant mal; ils attendent d'être à nouveau en parfaite santé pour reprendre leur travail. La certitude d'une toute-puissance de la médecine moderne et des médecins est souvent évoquée: «à l'époque où l'homme peut marcher sur la lune». Ne devrions-nous pas confronter – avant tout – ces patients au fait que leur attente d'une disparition (rapide) de leurs douleurs n'est pas réaliste, malgré les succès de la médecine moderne, et qu'ils feraient mieux de s'habituer à vivre le plus normalement possible avec leurs douleurs?
- Les douleurs éprouvées dans une activité adaptée à l'atteinte à la santé seraient-elles vraiment plus intenses que celles éprouvées à domicile?
- Un travail ne contribuerait-il pas à faire oublier un peu ses douleurs au patient, ou est-il préférable de le laisser les ressasser sans cesse sur son canapé? Le principe de distraction représente l'une des stratégies les plus importantes du traitement des douleurs chroniques!
- Ne pouvons-nous pas espérer qu'avec une activité quotidienne, le patient bénéficie peu à peu d'une adaptation et d'une habitude? De nombreux patients signalent que leur douleur persiste après la reprise du travail, mais qu'ils s'y sont habitués et qu'ils peuvent, dans une certaine mesure, coexister avec elle et la contrôler.
- Le patient n'éprouve-t-il pas des difficultés à relever d'autres défis dans sa vie? Quelles sont les ressources qu'il peut mobiliser? Dire: «Je ne peux faire ni ceci, ni cela» représente une réaction humaine face à des défis qui ne relèvent pas uniquement d'une problématique

algique. Être capable franchir un tel obstacle représenterait également une étape importante d'une certaine forme du développement personnel. Dans de telles situations, des conseils et un suivi appropriés s'avèrent souvent nécessaires pour maîtriser ces difficultés (par ex. stratégies de maîtrise de la douleur). Seulement accepter, en tant que médecin, la position du patient, et formuler: «Je crois et je comprends bien que vous ne puissiez pas faire telle ou telle chose» suscite probablement chez le patient un sentiment de soutien et de compréhension momentané. Toutefois, cette réaction n'est pas vraiment garante d'une évolution positive et on ne peut exclure qu'elle contribue à la chronicité des symptômes et au développement de l'invalidité.

- Y a-t-il des facteurs dans l'environnement du patient (par ex. l'ambiance de travail, des relations difficiles avec un supérieur hiérarchique, une mauvaise influence de proches ou d'un avocat) dont il faut débattre ou qu'il s'agit de préciser, voire d'influencer dans le bon sens pour faciliter la décision de reprise du travail?
- Souvent, les patients ne sont pas conscients des conséquences psychosociales d'un long arrêt de travail, d'un licenciement et même d'une rente. Ils sous-estiment les dangers inhérents à la perte d'un statut et d'une estime sociale, à cette impression de n'être plus bon à rien, à l'isolement social, à un état dépressif, au déclin social, à de graves soucis financiers. Le médecin doit en informer son patient et le confronter avec tact et doigté à ces éventualités futures. Par contre, si un travail n'est plus exigible d'un point de vue médical, le patient doit être préparé à affronter ces difficultés et bénéficier éventuellement d'un soutien psychologique.
- Dans certaines situations, il peut s'avérer utile de prévoir une pause et de retarder la reprise du travail, pour que le patient soit en mesure de se préparer physiquement et psychiquement en toute sérénité à sa future activité professionnelle.

La situation des patients âgés handicapés est difficile et de nombreux médecins la considèrent à juste titre comme injuste. En effet, ces patients n'ont souvent aucune chance de retrouver un emploi sur le marché du travail actuel, même s'ils font preuve d'une volonté affirmée allant dans le bon sens. Les vagues de rationalisation ont entraîné la suppression de nombreux postes de travail moins pénibles. Dans ces cas-là, il n'y a malheureusement rien d'autre à faire que de constater quelles sont les aptitudes et les déficits par rapport à un travail, (ce qui comporte bien sûr toujours une certaine marge de jugement), en tenant compte des conditions cadres de la médecine des assurances. La prise en considération

des circonstances personnelles et professionnelles (par rapport à l'âge: une adaptation à une nouvelle activité professionnelle est-elle exigible? Une reconversion est-elle envisageable? Peut-on exiger d'un indépendant qu'il travaille comme employé? Dans quel degré un déclin social est-il exigible? Faut-il changer de domicile et de région à cause d'un nouvel emploi?) constitue un problème juridique et doit être confié à l'assurance et éventuellement au juge [8].

Remerciements

Nous remercions le Pr Ulrich Meyer, Dr en droit, de Lucerne, de ses précieuses remarques portant sur le chapitre «Conditions cadres juridiques de l'assurance sociale», et Dr Alain Kiener de Berne pour la traduction et Dr Pierre-André Fauchère de Sion pour sa relecture critique.

Références

- Schmerz und Arbeitsfähigkeit. Universität St. Gallen, Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis; 2003.
- Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000. Recueil systématique du droit fédéral (RS 830.1)
- Arrêt du tribunal fédéral suisse 130 V 343 s. avec remarques.
- Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) du 20 décembre 1982 (RS 832.202).
- Omlin P. Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung. Freiburg Schweiz: Universitätsverlag, 1995.
- Meyer-Blaser U. Der Rechtsbegriff der Arbeitsfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung. In: Schaffhauser R, Schlauri F, editors. Schmerz und Arbeitsfähigkeit. Universität St. Gallen, Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis; 2003. p. 27-120.
- Loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (Loi sur l'assurance-chômage, LACI, RS 837.0).
- Rüedi R. Im Spannungsfeld zwischen Schadenminderungspflicht und Zumutbarkeitsgrundsatz bei der Invaliditätsbemessung nach einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt. In: Schweiz. Institut für Verwaltungskurse UStG, editor. Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung. St. Gallen; 1998.
- Arrêt du tribunal fédéral suisse 125 V 261 compl. 4 en lien avec 352 compl. 3a.
- Arrêt du tribunal fédéral suisse 102 V 165 et 127 V 294.
- Arrêt du tribunal fédéral suisse 129 V 472.
- WHO. ICF International Classification of Function. Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Bearbeitung: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information). 2003. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. www.dimdi.de/static/en/klassi/ICF/index.html.
- Hadler NM. The disabling backache. An international perspective. Spine 1995;20:640-9.
- Kopp HG, Oliveri M, Thali A. Erfassung und Umgang mit Symptomausweitung. Medizinische Mitteilungen der Suva 1997;70:56-78.
- Matheson LN. Symptom Magnification Syndrome. In: Isernhagen SJ, editor. Work Injury: Management and Prevention. Gaithersburg, Maryland: Aspen, 1988:257-82.
- Waddell G. The Back Pain Revolution. Churchill Livingstone, 1998.
- Isernhagen SJ. Functional Capacity Evaluation. In: Isernhagen SJ, editor. Work injury: Management and Prevention. Gaithersburg: Aspen, 1988: 139-91.
- Oliveri M. Arbeitsbezogene funktionelle Leistungsfähigkeit (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit EFL). In: Hildebrandt J, Müller G, Pfingsten M, eds. Lendenwirbelsäule. Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen. München: Urban & Fischer, 2005.
- Oliveri M. Was sollen wir messen: Schmerz oder Funktion? Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit als Mittel für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. In: Schaffhauser R, Schlauri F, eds. Schmerz und Arbeitsfähigkeit. Universität St. Gallen, Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis 2003: 389-407.
- Locher T. Die invaliditätsfremden Faktoren in der rechtlichen Anerkennung von Arbeitsunfähigkeit und Invalidität. In: Schaffhauser R, Schlauri F, eds. Schmerz und Arbeitsfähigkeit. Universität St. Gallen, Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis 2003: 243-58.
- US Department of Labor. Dictionary of Occupational Titles. 4th, revised ed. Washington DC: Employment and Training Administration, 1986.

Correspondance:
Dr Michael Oliveri
Division de réadaptation
professionnelle
Clinique de réadaptation Bellikon
5454 Bellikon
michael.oliveri@rehabellikon.ch