

## La CIF appliquée à l'expertise

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la santé comme un « état de bien-être total, physique, mental et social et ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition élargit le concept de santé en ce qu'elle ne le limite plus à l'individu mais fait intervenir une condition extérieure à son maintien, la responsabilité sociale. Par les 3 dimensions auxquelles elle fait référence, cette définition constitue la première ébauche d'un modèle intégré, maintenant appelé bio-psycho-social.

Toutefois, en matière de soins, le modèle qui dicte notre conduite médicale est appelé **biomédical** ou thérapeutique. Il s'agit d'un modèle linéaire qui répond à une démarche étiologique. Le raisonnement repose sur le principe de causalité : dans les mêmes conditions, les mêmes causes produisent les mêmes effets. Une maladie est ainsi reconnaissable à des signes cliniques précis, déclenchés par un agent causal unique. Cette démarche est adaptée aux situations aiguës, dans de nombreux domaines comme celui des maladies infectieuses ou par exemple, celui des urgences cardio-vasculaires. On peut le résumer par l'aphorisme suivant : une cause, une maladie, un traitement.

Mais, dans le domaine du handicap, ce modèle a montré ses limites en proposant une approche individuelle. La première classification publiée en 1980 par l'OMS instaurait une relation linéaire entre l'atteinte des structures anatomiques et leurs conséquences sur le fonctionnement personnel et social. Il s'agit ici d'une conception médicalisée du handicap, considéré comme la conséquence d'une maladie, d'un traumatisme ou d'une infirmité. En d'autres termes, ce modèle ramène le handicap à une particularité de l'individu et ne tient pas compte des freins socio-culturels et des barrières physiques et attitudinales qui sont imposées par l'environnement.

En réaction à ce modèle classique jugé stigmatisant par les personnes en situation de handicap, certains groupes se sont développés comme un contre-pouvoir en mettant l'accent sur les facteurs contextuels : ils ont élaboré un modèle dit « **social** », selon lequel le handicap ne résulte plus d'une déficience personnelle mais d'obstacles créés par la société, donc extérieurs à l'individu. Le handicap apparaît ainsi comme une construction politique et sociale qui favorise l'exclusion. Dès lors, il est inutile de rechercher une solution auprès d'experts médicaux : le processus de médicalisation, en proposant une solution inadaptée, fait courir le risque d'une aggravation de la discrimination. Le handicap devient au contraire une question politique et nécessite une réponse politique, à trouver dans le soutien mutuel, l'abaissement des barrières et la mise à disposition d'emplois.

La dialectique exposée ci-dessus trouve sa synthèse dans le modèle **bio-psycho-social**. La classification de l'OMS publiée en 2001 (CIF ou Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) admet qu'on ne peut pas inférer la limitation d'une activité aux seules déficiences. C'est l'interaction entre l'état de santé et les facteurs contextuels, au nombre desquels les facteurs environnementaux (physique, social et attitudinal), qui détermine le fonctionnement d'une personne dans un domaine particulier. La CIF développe l'idée de participation, à savoir l'implication de l'individu dans une situation de vie

réelle. Elle a le mérite de recourir à une terminologie neutre, universelle, applicable aussi bien aux handicapés qu'aux non-handicapés.

Lorsqu'il accepte d'être expert, le médecin est confronté à un problème : la loi le ramène à un modèle linéaire unicausal en définissant l'incapacité comme une perte de l'aptitude au travail obligatoirement liée à une atteinte à la santé physique ou mentale. Plusieurs arrêts du TF reprennent la position suivante:

*« Si la médecine moderne repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie, [...] le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels. [...]*

*Le droit n'ignore pas le rôle majeur que le modèle bio-psycho-social joue aujourd'hui dans l'approche thérapeutique de la maladie. Néanmoins, dans la mesure où il en va de l'évaluation de l'exigibilité d'une activité professionnelle, il y a lieu de s'éloigner d'une appréciation médicale qui nierait cette exigibilité lorsque celle-ci se fonde de manière prépondérante sur des facteurs psychosociaux ou socioculturels, facteurs qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité.»*

Le fameux **arrêt du TF du 3 juin 2015 (9C 492/2014)** ne s'éloigne pas de cette position mais demande à l'expert de décrire aussi précisément que possible les conséquences de l'atteinte à la santé, non seulement dans le domaine professionnel, mais dans tous les secteurs de la vie (famille, ménage, loisirs etc.). Le cadre de la CIF a cette vertu d'embrasser d'un seul coup d'œil l'ensemble des facteurs qui influencent la capacité de travail. Il s'agit pour l'expert d'appliquer à ce cadre le filtre que lui impose la loi (ce qui est pertinent au regard de l'assurance). Une meilleure délimitation de ce qui est imputable à l'atteinte des structures anatomiques et de ce qui est lié aux facteurs contextuels facilite l'appréciation à la fois du médecin et du juriste.

Nonobstant, dans le cadre de l'expertise, la CIF a des limites : la CIF dit ce qu'il faut mesurer en définissant les notions de capacité et de performance. Mais elle ne dit pas quels sont les outils disponibles pour mesurer. Par ailleurs, pour des raisons éthiques, la CIF ne prend pas en compte les facteurs personnels. Or deux termes, que ne contiennent ni la CIF ni la langue française, sont cruciaux au regard de la loi suisse : l'exigibilité, à savoir l'effort de volonté qu'on peut attendre de l'individu atteint dans sa santé pour qu'il réduise le dommage ; et la surmontabilité, notion qui fait appel aux ressources résiduelles dont l'individu dispose à cette fin. Pour surmonter son handicap et s'inscrire dans la perspective du retour au travail qu'est en droit d'exiger la société incarnée par l'assureur, le patient doit faire preuve de motivation, autre notion qui n'est pas comprise dans la CIF. Pour en juger, l'expert peut s'appuyer sur la cohérence, c'est-à-dire le rapport logique, non discordant entre les plaintes avancées, les données objectives et finalement le retentissement sur les activités et l'implication professionnelle.

En étant centrée sur la fonction, non sur la maladie ou l'accident, la CIF décrit la capacité d'une personne en tenant compte de son handicap, du type d'activité et de l'environnement professionnel. Elle donne ainsi une image fidèle, globale et singulière à la fois des obstacles auxquels est confronté un sujet atteint d'un handicap et des ressources dont il dispose. La principale limite de la CIF est qu'elle ne fournit pas à l'expert d'échelle validée permettant de quantifier les capacités et la performance.