

Appréciation des rapports médicaux et expertises médicales par les juges en assurances sociales

Yann-Éric Hofmann*

Fribourg, le 21 juillet 2020

*L'auteur est Juge au Tribunal cantonal fribourgeois et Juge suppléant au Tribunal fédéral ; cette contribution a été rédigée dans le cadre du Certificat d'études approfondies en magistrature 2019/2021

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	4
BIBLIOGRAPHIE.....	6
MESSAGE	8
SITES INTERNET	8
1. INTRODUCTION	10
2. LA MEDECINE ET LE DROIT	11
3. LE TRAVAIL DU JUGE.....	12
3.1. La subsumption	12
3.2. L'évaluation des appréciations médicales	13
3.3. La confrontation et la priorisation des appréciations médicales	14
3.3.1. La libre appréciation des preuves.....	14
3.3.2. Les éléments pondérés par le juge.....	15
3.3.3. Une hiérarchie des preuves en assurances sociales?	21
3.3.3.1. Le rapport médical et l'expertise médicale	22
3.3.3.2. Le rapport du médecin traitant et celui du médecin des assurances	23
3.3.3.3. La place de l'expertise privée	26
3.4. En cas d'instruction lacunaire	27
4. DES ASPECTS JURIDIQUES PARTICULIERS A CONSIDERER LORS D'UNE APPRECIATION MEDICALE.....	29
4.1. Le concept d'invalidité	29
4.2. Les aspects temporels.....	31
4.3. En cas de discrédance entre les plaintes exprimées et les constatations objectives.....	34

4.4. Les facteurs psychosociaux et socioculturels.....	35
4.5. Les facteurs relevant de l'assurance-chômage.....	36
4.6. La probabilité de la cause accidentelle	37
4.7. Les mécanismes de modification des rentes.....	39
4.8. Le grief de prévention.....	41
5. CONCLUSION.....	42
6. RESUME	42

ABREVIATIONS

AI	assurance-invalidité
al.	alinéa(s)
art.	article(s)
ASSM	Académie Suisse des Sciences Médicales
ATF	Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral suisse
ATSG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
cf.	confer
CIM	Classification internationale des maladies
CNA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (depuis 1996 SUVA pour Schweizerische Unfallversicherungsanstalt).
COMAI	Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité
consid.	considérant(s)
CPC	Code de procédure civile du 19 décembre 2008
Cst.	Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999
DTA	Revue de droit du travail et d'assurance-chômage
ECF	Evaluation de la capacité fonctionnelle liée à l'activité professionnelle
éd.	édition
édit.	éditeur
FF	Feuille fédérale
FMH	Fédération des médecins suisses
Ibid.	Ibidem (= au même endroit)
i.f.	in fine (= à la fin)
LAA	Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents
LAI	Loi fédérale du 19 juin 1957 sur l'assurance-invalidité

LPGA	Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales
not.	notamment
n°	numéro(s)
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OMS	Organisation mondiale de la santé
p.	page
pp.	pages
pt.	point(s)
RAD	Regionaler Ärztlicher Dienst
RAI	Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité
RAMA	Jurisprudence et pratique administrative de l'assurance-maladie et accidents (jusqu'en 1984: RJAM)/(= RKUV)
RS	Recueil systématique du droit fédéral suisse
RSAS	Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle
SIM	Swiss Insurance Medicine
SMR	Service médical régional de l'assurance-invalidité
s.	et suivante
ss	et suivantes
SSMC	Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances
TF	Tribunal fédéral suisse
trad.	traduction
VSI	Pratique VSI: jurisprudence et pratique administrative de l'Office fédéral des assurances sociales

BIBLIOGRAPHIE

ALIOTTA MASSIMO, *Begutachtungen im Bundessozialversicherungsrecht*, Zurich 2017.

BOLTSHAUSER MARTIN, *Die Invaliditätsbemessung in der Zeit bis zur feststehenden Dauerinvalidität*, in: Schaffhauser René/Schlauri Franz (édit.), *Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung*, Saint-Gall 2004, pp. 125-149.

DEPLAND BÉATRICE, *L'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé*, Genève/Zurich/Bâle 2012.

DUPONT ANNE-SYLVE, *Le trouble somatoforme: un peu plus douloureux?*, in: *Plaidoyer* 1/2016, pp. 20-23.

DUPONT ANNE-SYLVE, *La dépendance, une maladie psychique comme les autres*, in: *rcassurances.ch*, Newsletter septembre 2019.

EBNER GERHARD, *Ein medizinischer Blick auf « Simulation » und « Aggravation »*, in: Kieser Ueli (édit.), *Psychosomatische Störungen im Sozialversicherungsrecht*, Zurich/Saint-Gall 2017.

FAUCHÈRE PIERRE-ANDRÉ, *Douleur somatoforme*, Chêne-Bourg 2007.

FONJALLAZ JEAN/GASSER JACQUES, *Le juge et le psychiatre: une tension nécessaire*, Berne 2017.

JENTZSCH KATRIN/LÜTHI ANDREA, *La collaboration entre les offices AI et les médecins traitants*, in: *Sécurité sociale CHSS n° 2/2017*, pp. 37-42.

KAHIL-WOLFF BETTINA, *L'expertise dans la procédure relative aux prestations de l'assurance-invalidité (note au sujet de l'ATF 137 V 210)*, in: *Journal des Tribunaux* 2011 I 215 ss.

KIESER UELI, *Die rechtliche Würdigung von medizinischen Gutachten*, in: Schaffhauser René/Schlauri Franz (édit.), *Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung*, Saint-Gall 1997, pp. 115-177.

KIESER UELI, *Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG*, Zurich/Bâle/Genève 2020.

KIESER UELI, *Medizinische Gutachten – rechtliche Rahmenbedingungen*, in: Riemer-Kafka Gabriela (édit.), *Medizinische Gutachten*, Zurich/Bâle/Genève 2005, pp. 93-112.

KOCHER RALF/HERMELINK MONIKA, *Appréciations et expertises médicales dans l'AI*, in: Sécurité sociale CHSS n° 4/2017, pp. 41-45.

LOCHER THOMAS, *Stellung und Funktion der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) in der Invalidenversicherung*, in: Riemer-Kafka Gabriela (édit.), *Medizinische Gutachten*, Zurich/Bâle/Genève 2005, pp. 55-67.

MEYER-BLASER ULRICH, *Das medizinische Gutachten aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht*, in: Siegel Adrian M./Fischer Daniel (édit.), *Das neurologische Begutachtung*, Freiburg-en-Brigau 2004, pp. 91-112.

MEYER-BLASER ULRICH, *Rechtliche Vorgaben an die medizinische Begutachtung*, in: Schaffhauser René/Schlauri Franz (édit.), *Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung*, Saint-Gall 1997, pp. 9-48.

MOSER-SZELESS MARGRIT, *art. 53 LPGa*, in: Dupont Anne-Sylvie/Moser-Szeless Margrit (édit.), *Commentaire romand – Loi sur la partie générale des assurances sociales*, Bâle 2018.

OLIVERI MICHAEL/OESCH PETER/JANSEN BEATRICE, *Evaluation à visée professionnelle en cas de problèmes musculo-squelettiques*, in: Suva Medical 2010, pp. 138-154.

PASTORE ALESSANDRO, *Médecine et droit, compétition ou collaboration ?*, in: Histoire, médecine et santé, disponible sous <https://doi.org/10.4000/hms.1077>, 2017.

PIGUET JACQUES OLIVIER, *art. 44 LPGa*, in: Dupont Anne-Sylvie/Moser-Szeless Margrit (édit.), *Commentaire romand – Loi sur la partie générale des assurances sociales*, Bâle 2018.

RIEMER-KAFKA GABRIELA, *Expertises en médecine des assurances*, Bâle 2018.

RÜEDI RUDOLF, *Das medizinische Gutachten – Erwartungen des Sozialversicherungsrichters an den Arzt*, in: Gabriela Riemer-Kafka (édit.), *Medizinische Gutachten*, Zurich/Bâle/Genève 2005, pp. 69-91.

SCHWEIZER RAINER J., *Zu den Rahmenbedingungen der ärztlichen Begutachtung in der Sozialversicherung*, in: Schaffhauser René/Schlauri Franz (édit.), *Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung*, Saint-Gall 1997, pp. 227-239.

STEGER CHRISTOF, *Die juristischen Fragenstellungen zur medizinischen Begutachtung in den Sozialversicherungszweigen*, in: Schaffhauser René/Schlauri Franz (édit.), *Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung*, Saint-Gall 1997, pp. 69-113.

VALTERIO MICHEL, *Commentaire – Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)*, Genève/Zurich/Bâle 2018.

MESSAGE

Message du 24 octobre 1958 du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale relatif à un projet de loi sur l'Assurance Invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'Assurance Vieillesse et Survivants, FF 1958 II 1161.

SITES INTERNET

Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM et Fédération des médecins suisses FMH, Bases juridiques pour le quotidien du médecin, Bâle 2013, https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/FR/Les_principe_juridiques_dans_la_pratique_medicale_quotidienne_2013.pdf.

Ai-pro-medico, Informations de l'AI à l'usage des médecins, Médecins traitants, <http://www.ai-pro-medico.ch/fr/lassurance-invalidite/les-acteurs-de-lai/medecins-traitants/>.

Fédération des médecins suisses FMH, Code de la déontologie de la FMH, <https://www.fmh.ch/fr/a-propos-de-la-fmh/organisation/organes-de-la-fmh/commission-deontologie.cfm>.

Office fédéral des assurances sociales OFAS, Les expertises médicales de l'AI, <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv/grundlagen-gesetze/organisation-de-lassurance-invalidite/medizinische-gutachten-iv.html>.

Office fédéral des assurances sociales OFAS, Lettre circulaire AI n° 339, <https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/5914/download>.

Office fédéral des assurances sociales OFAS, Nouvelle structure de l'expertise dans l'assurance-invalidité, http://www.ai-pro-medico.ch/fileadmin/documents/2018-07-Erlaeu-terungen_zur_neuen_Gutachtensstruktur_FR.pdf.

Radio Télévision Suisse RTS, Pour trouver un job, changez de nom!, https://pages.rts.ch/emissions/temps-present/immigration/5162787-pour-trouver-un-job-changez-de-nom.html?anchor=528_5203#5285203.

Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances SSMC, Manuel, 12 Expertise, <https://www.medecins-conseils.ch/manual/chapter12.html>.

Société suisse de psychiatrie et psychothérapie SSPP, Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, http://www.ai-pro-medico.ch/fileadmin/documents/f_lignes_directrices_expertises_psychiatriques_assurances_-_2016_06_16_def.pdf.

Société Suisse de Rhumatologie, Lignes directrices pour l'expertise rhumatologique, <http://www.ai-pro-medico.ch/fileadmin/documents/lignes-directrices-pour-lexpertise-rhumatologique.pdf>.

Swiss orthopaedics, Lignes directrices pour l'expertise orthopédique, <https://www.iv-pro-medico.ch/fileadmin/documents/F-LeitlinienGutachten-2.2017.pdf>.

Wikipédia, Tribunal fédéral, [https://fr.wikipedia.org/wiki/Tribunal_fédéral_\(Suisse\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Tribunal_fédéral_(Suisse)).

1. INTRODUCTION

Dans le domaine des assurances sociales, les interactions entre médecine et droit sont à l'évidence légion. Les juges¹ fondent en effet leur appréciation juridique sur les rapports médicaux et expertises médicales émis par les médecins. En somme, pour pouvoir statuer valablement, ceux-là ont besoin de ceux-ci.

Toutefois, ces deux branches professionnelles ont chacune un langage ainsi qu'un système de pensées propres. De plus, les juges regrettent à certaines occasions de ne pouvoir s'appuyer sur certains éléments médicaux qu'ils souhaitaient voir figurer au dossier. Quant aux médecins, ils reprochent parfois aux magistrats de ne pas les avoir suivis dans leurs conclusions.

Il nous apparaît dès lors essentiel de renforcer la compréhension et la collaboration entre ces deux domaines. Les instances judiciaires en ont grand besoin afin de pouvoir garantir une justice de qualité. Quant aux justiciables, dont les juges et les médecins font d'ailleurs partie, il est impératif de préserver et de cultiver le sentiment de justice qu'ils éprouvent, respectivement devraient éprouver, puisqu'il est un gage de paix sociale. La devise du Tribunal fédéral suisse, "*Lex justitia pax*"², nous rappelle ces nobles objectifs.

La présente contribution est prioritairement destinée aux médecins praticiens. Son but est de leur apporter une meilleure compréhension des mécanismes assécurologiques et judiciaires du système suisse, afin qu'ils élaborent des rapports médicaux et expertises médicales pertinents au regard de la justice.

La première partie sera nécessairement théorique et traitera de la frontière existant entre la médecine et le droit (infra 2) et du travail du juge (infra 3), alors que la seconde sera d'orientation prioritairement pratique et visera à présenter des aspects juridiques particuliers devant être considérés lors d'une appréciation médicale (infra 4).

¹ En Suisse, la première appréciation juridique est opérée par l'assureur, soit l'administration (ou un établissement de droit public comme la CNA/SUVA ou un assureur privé exerçant une tâche de droit public), qui rend ainsi une décision de première instance. Les considérations émises dans la présente contribution ont donc également vocation à s'appliquer mutatis mutandis aux autorités administratives compétentes en matière d'assurances sociales.

² Trad.: Loi, justice, paix.

2. LA MEDECINE ET LE DROIT

Le domaine des assurances sociales se situe à la frontière entre la médecine et le droit. Alors qu'en matière criminelle l'activité du médecin consistant à réunir les preuves scientifiques porte un nom spécifique, soit la "*médecine légale*" ou "*médecine forensique*", celle effectuée par un médecin dans le cadre d'une procédure assécurologique n'est pas qualifiée de manière particulière mais seulement par le terme générique de "*médecine d'expertise*". De même, alors que la "*médecine légale*" dispose d'une spécialisation propre et dès lors d'un cursus universitaire propre³, "*la médecine d'expertise*" est surtout enseignée au stade de la formation continue dans le cadre d'une offre structurée⁴.

Il est généralement admis que le médecin et le juge sont des professionnels qui mettent l'un comme l'autre leurs connaissances et leurs compétences à disposition du bien commun et des intérêts individuels, et recherchent la vérité⁵. Il apparaît à cet égard "*symptomatique*" que certains écrivains de l'histoire avaient relevé des similitudes d'approches entre ces deux domaines professionnels; l'un deux avait ainsi considéré que les juriconsultes, en tant qu'ils définissent des lois comme autant de médicaments et d'antidotes, pouvaient par analogie être qualifiés de médecins⁶.

Il est cependant largement reconnu que chacun de ces professionnels use d'un langage propre, d'un jargon, réputé abscons pour les milieux profanes réciproques⁷.

Par ailleurs, au niveau de la démarche intellectuelle, on peut considérer de manière très schématisée que, alors que le raisonnement du juge est de nature plutôt déductive ou syllogistique (par la déduction ou le syllogisme on passe du général au particulier, de la loi aux faits), le raisonnement du médecin est pour sa part de nature plutôt inductive (par l'induction on passe du particulier au général, des symptômes aux diagnostics)⁸.

³ Les médecins obtiennent le titre de médecin spécialiste en médecine légale après avoir suivi une formation postgraduée pratique et théorique de 5 ans. Ils sont appelés médecins-légistes.

⁴ On citera en particulier la formation dispensée par la SIM débouchant au terme d'un examen sur l'obtention d'un certificat d'expert certifié SIM.

⁵ PASTORE, pt. 1.

⁶ PASTORE, pt. 3 et la référence citée.

⁷ Cf. STEGER, pp. 72 s.

⁸ Sur les différences entre le juge et le médecin, plus spécialement le psychiatre, cf. FONJALLAZ/GASSER, pp. 160 ss.

3. LE TRAVAIL DU JUGE

Il sied présentement d'expliquer en quoi consiste le travail opéré par le juge œuvrant dans le domaine du droit des assurances sociales, afin de cerner le rôle central joué par la médecine⁹ et d'appréhender au mieux les interactions entre les deux branches professionnelles concernées.

3.1. La subsomption

Pour rendre ses jugements, le juge procède par la méthode du syllogisme judiciaire, qui est appelée subsomption en Suisse. Cette méthode consiste dans l'opération intellectuelle permettant d'appliquer une règle de droit à une situation de fait. Ainsi, un jugement "se compose de deux parties distinctes: dans la première partie on assiste à un récapitulatif des faits et des procédures judiciaires antérieures; la seconde partie fait place au raisonnement lui-même qui commence par la majeure [du syllogisme], le rappel des bases légales existantes, leur interprétation dans la doctrine ou selon la volonté du législateur, puis par la mineure [du syllogisme] qui consiste à comparer ce qui était énoncé dans la majeure avec les faits. La conclusion [du syllogisme] vient clore cette analyse en donnant la décision finale"¹⁰.

Evidemment, le juge doit expliquer pourquoi il aboutit à la conclusion retenue. Le droit d'obtenir une décision motivée constitue d'ailleurs un des attributs du droit d'être entendu dont peuvent se prévaloir les administrés en application de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.¹¹) et de l'art. 42 1^{ère} phrase de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA¹²). Aussi le juge doit-il mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision. En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se

⁹ Cf. à cet égard KIESER, *Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG*, ad art. 44, n° 11-17.

¹⁰ Wikipédia, Tribunal fédéral, [https://fr.wikipedia.org/wiki/Tribunal_fédéral_\(Suisse\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Tribunal_fédéral_(Suisse)).

¹¹ RS 101.

¹² RS 830.1.

prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre¹³.

Dans le domaine des assurances sociales, le juge devra généralement, dans un premier temps, évaluer les pièces médicales a priori pertinentes, puis, dans un second temps, les confronter et les prioriser, même si dans la pratique ces deux opérations ont tendance à se confondre. Lors de son analyse, il examinera la complétude de l'instruction réalisée et soulèvera ainsi les éventuelles lacunes.

3.2. L'évaluation des appréciations médicales

Ce procédé intellectuel effectué par le juge a pour effet d'attribuer une certaine valeur probante à un rapport médical ou à une expertise médicale.

Négativement, notre Haute Cour a précisé que l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise¹⁴. Elle a à cet égard encore souligné que l'aspect strictement formel d'une pièce médicale n'était pas déterminant, que par exemple l'ordre dans lequel interviennent les éléments constitutifs d'une pièce probante ou l'effort relatif qu'il faut produire pour les déceler importaient peu¹⁵. Les experts disposent en effet d'une large autonomie dans la manière de conduire leur expertise et le juge doit faire preuve en règle générale de retenue avant de remettre en cause la méthodologie choisie¹⁶.

Positivement, le Tribunal fédéral a exposé que ce qui est déterminant, en ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées¹⁷. Il a ainsi, à l'ATF 125 V 351, défini les réquisits auxquels devaient répondre une

¹³ ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références citées; ATF 133 III 235 consid. 5.2; ATF 126 I 97 consid. 2b; ATF 125 III 440 consid. 2a; not. arrêt TF 9C_179/2015 du 22 septembre 2015 consid. 3.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Arrêt TF 9C_957/2012 du 21 mai 2013 consid. 3.2.

¹⁶ Arrêt TF 9C_732/2012 du 26 novembre 2012 consid. 4.2 et les références citées.

¹⁷ ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées.

pièce médicale pour pouvoir prétendre à une pleine valeur probante, ce contenu étant en définitive seul déterminant pour en juger¹⁸.

On peut, somme toute, retenir que la valeur probante d'une appréciation médicale doit avant tout être évaluée à l'aune de ces trois critères ou préceptes: complétude, clarté et cohérence ("*Vollständigkeit, Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit*")¹⁹. Un quatrième critère ou précepte, celui de l'indépendance est parfois ajouté ("*[...] sowie Unabhängigkeit*")²⁰.

3.3. La confrontation et la priorisation des appréciations médicales

3.3.1. La libre appréciation des preuves

La libre appréciation des preuves est le principe en droit administratif. Le droit fédéral ne prévoit aucune règle dictant comment confronter et prioriser les moyens de preuve individuels²¹.

Le juge apprécie donc les preuves médicales qu'il a recueillies sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des moyens de preuves figurant au dossier²². L'appréciation des preuves est libre en ce sens qu'elle n'obéit pas à des règles de preuve légales prescrivant à quelles conditions l'autorité devrait admettre que la preuve a abouti et quelle valeur probante elle devrait reconnaître aux différents moyens de preuve les uns par rapport aux autres²³.

Le Tribunal fédéral a cependant considéré que, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. La

¹⁸ ATF 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; arrêt TF I 592/99 du 13 mars 2000 consid. 3a.

¹⁹ Arrêt TF I 568/06 du 22 novembre 2006 consid. 5.1; cf. également ATF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; cf. également KIESER, *Medizinische Gutachten – rechtliche Rahmenbedingungen*, p. 99.

²⁰ Cf. not. arrêt TF 8C_623/2011 du 15 mars 2012 consid. 4.

²¹ ATF 125 V 351 consid. 3a.

²² ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées.

²³ Arrêt TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2.

tâche de l'expert est en effet précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné²⁴.

Par conséquent, il appartient au juge prioritairement de vérifier que l'appréciation médicale en question remplisse les requisits jurisprudentiels en matière d'expertise; dans l'affirmative, il doit, a priori, lui reconnaître une pleine valeur probante.

Autrement dit, le juge a l'obligation d'examiner ce qu'on peut appeler "*le contenu formel*" des pièces médicales qui lui sont soumises à l'aune de cette jurisprudence, mais sans toutefois par trop discuter "*le contenu matériel*" de la pièce en question, qui est du seul ressort du médecin²⁵.

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs qui le conduisent à donner la préséance à une appréciation plutôt qu'à une autre. Aussi doit-il, en définitive, évaluer les pièces médicales qui lui sont soumises, les confronter et prioriser une appréciation au détriment d'une autre – qui lui serait contraire – en exposant les motifs qui l'ont conduit à opérer ce choix.

3.3.2. Les éléments pondérés par le juge

La jurisprudence a établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports médicaux ou d'expertises médicales²⁶.

Les éléments suivants doivent pour l'essentiel être pondérés, mis en balance:

- La spécialisation du médecin, son expérience dans le domaine concerné, sa réputation

²⁴ ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées; en ce qui concerne les expertises judiciaires, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; ATF 118 V 290 consid. 1b et les références citées; arrêt TF 9C_957/2012 du 21 mai 2013 consid. 3.2.

²⁵ La limite est fine. Par exemple, lorsque le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F 43.1 CIM-10) est posé nonobstant une période de latence de plusieurs années, le juge peut vérifier que le médecin se soit effectivement déterminé sur cette question, voire douter de la valeur probante de son rapport s'il ne l'a pas fait (cela appartient encore au "*contenu formel*", cf. arrêt TF 9C_62/2015 du 20 novembre 2015 consid. 4.2 et la référence citée). Le juge ne pourra par contre évidemment pas se substituer au médecin et conclure qu'un autre diagnostic aurait dû être posé ou fixer lui-même une exigibilité (cela ressort du "*contenu matériel*").

²⁶ ATF 125 V 351 consid. 3b: si la jurisprudence traite le plus souvent de l'appréciation des expertises médicales, elle est également applicable aux rapports médicaux.

La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste FMH n'en est en revanche pas une condition²⁷. Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci²⁸. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un médecin d'un SMR de l'AI ou d'un médecin-conseil d'un assureur-accidents par exemple d'un médecin d'arrondissement de la CNA²⁹.

- L'objectivité et les apparences d'objectivité

On peut et on doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur³⁰. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective³¹.

²⁷ Arrêt TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3.

²⁸ Arrêt TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2.

²⁹ Cf. not. arrêt TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1; arrêt TF I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3.

³⁰ PIGUET, n° 14 ss.

³¹ Arrêt TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3; les règles de la déontologie professionnelle ont à cet égard toute leur importance, cf. SCHWEIZER, p. 235; cf. le code de la déontologie de la FMH, <https://www.fmh.ch/fr/a-propos-de-la-fmh/organisation/organes-de-la-fmh/commission-deontologie.cfm>.

Il va de soi qu'une formulation du rapport d'expertise dénotant un manque d'objectivité ou suggérant la prévention³² est en principe rédhibitoire pour l'appréciation de sa valeur probante opérée par le juge.

- L'examen personnel de la personne expertisée

Un examen personnel est en principe exigé pour qu'une pleine valeur probante puisse être reconnue à une expertise. Cependant, une expertise médicale établie sur la seule base d'un dossier peut également emporter une pleine valeur probante lorsque le dossier contient suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré³³.

- La durée de l'examen

Certes, la durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur probante d'un rapport médical³⁴. Cependant, si par exemple l'examen de la personne expertisée a été particulièrement bref, cet élément pourrait évidemment être pris en considération dans la pondération³⁵.

- La connaissance du dossier

Elle ressort de l'anamnèse, partie figurant dans la règle en tête de l'expertise médicale. L'anamnèse permet à l'autorité administrative compétente ou au juge de vérifier que tous les éléments essentiels ont bien été pris en compte dans la réflexion du médecin.

- La structure

³² En ce qui concerne le grief de prévention, cf. infra 4.7.

³³ Arrêt TF U 315/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.2; RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d. Une appréciation médicale *doit* même se faire sans examen, lorsque la personne assurée est décédée ou simplement lorsque la situation de fait s'est modifiée.

³⁴ Arrêt TF 9C_514/2011 du 26 avril 2012 consid. 4.3; arrêt TF 9C_55/2009 du 1^{er} avril 2009 consid. 3.3; arrêt TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et les références citées.

³⁵ Ainsi, un examen psychiatrique de 20 minutes a déjà été jugé insuffisant, ATF I 1094/06 du 14 novembre 2007 consid. 3.1.1 = RSAS 2008 393 consid. 3.1.1; mais un cadre temporel fixe ne peut être déterminé, arrêt TF I 58/06 du 13 juin 2006 consid. 2.2; également arrêt TF 9C_664/2009 du 6 novembre 2009 consid. 3. Sur la problématique de la preuve de la durée effective, cf. ATF I 1094/06 du 14 novembre 2007 consid. 3.1.2 = RSAS 2008 393 consid. 3.1.2.

La structure du rapport d'expertise doit permettre à cette dernière de répondre aux réquisits posés par l'ATF 125 V 351. Pour le reste, aucune structure n'est à proprement parler imposée, même si une bonne structure est évidemment essentielle pour atteindre une certaine cohérence et une certaine clarté³⁶. Des "standards" sont d'ailleurs proposés dans des directives ou des lignes directrices, en vue d'une mise en œuvre uniforme et de qualité selon les règles de l'art³⁷. On peut en particulier citer les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance³⁸, les Lignes directrices pour l'expertise rhumatologique³⁹ et les Lignes directrices pour l'expertise orthopédique⁴⁰.

Enfin, lorsque l'atteinte à la santé est d'origine psychosomatique⁴¹, psychiatrique⁴² ou lorsqu'elle provient d'un syndrome de dépendance primaire⁴³, d'un état de stress post-traumatique⁴⁴ ou d'un coup du lapin⁴⁵, le Tribunal fédéral exige en principe⁴⁶ qu'une

³⁶ Cf. KIESER, *Die rechtliche Würdigung von medizinischen Gutachten*, pp. 144 ss; également RIEMER-KAFKA, pp. 53 ss: L'auteure propose une structure ayant fait ses preuves dans la pratique et permettant une vérification aisée de sa qualité matérielle.

³⁷ Cf. arrêt TF 9C_87/2018 du 5 avril 2018 consid. 3.2.

³⁸ Société suisse de psychiatrie et psychothérapie SSPP, Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, http://www.ai-pro-medico.ch/fileadmin/documents/f_lignes_directrices_expertises_psychiatriques_assurances_-_2016_06_16_def.pdf.

³⁹ Société Suisse de Rhumatologie, Lignes directrices pour l'expertise rhumatologique, <http://www.ai-pro-medico.ch/fileadmin/documents/lignes-directrices-pour-lexpertise-rhumatologique.pdf>.

⁴⁰ Swiss orthopaedics, Lignes directrices pour l'expertise orthopédique, <https://www.iv-pro-medico.ch/fileadmin/documents/F-LeitlinienGutachten-2.2017.pdf>.

⁴¹ ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6 et les références citées; sur la distinction entre le syndrome douloureux somatoforme persistant, la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique et les autres tableaux cliniques apparentés, cf. FAUCHÈRE pp. 150 ss.

⁴² ATF 143 V 409 consid. 4.1.2; ATF 143 V 418 consid. 6 et 7.

⁴³ ATF 145 V 215; à cet égard, cf. DUPONT, La dépendance, une maladie psychique comme les autres, pt. II.B.

⁴⁴ ATF 142 V 342.

⁴⁵ Arrêt TF 8C_170/2018 du 12 septembre 2018 consid. 4.2.7; cette nouvelle jurisprudence n'a toutefois pas été étendue aux atteintes strictement somatiques, cf. arrêt TF 8C_350/2017 du 30 novembre 2017 consid. 5.4; arrêt TF 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2 i.f.

⁴⁶ S'agissant des exceptions, cf. ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 7.1.1.

expertise d'un type particulier soit diligentée, soit un examen par un catalogue des indicateurs structuré⁴⁷. Le fait qu'une expertise n'a pas été établie selon ces standards imposés par l'ATF 141 V 281 – ou n'en suit pas exactement la structure – ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral⁴⁸.

- La complétude de l'examen, les détails

Il s'agira pour le juge de vérifier que tous les éléments médicaux essentiels aient été dûment investigués et considérés lors des conclusions. L'expert aura pris soin d'exposer ses constatations médicales objectives ainsi que les plaintes subjectives exprimées par la personne expertisée. Il devra par ailleurs s'être déterminé sur tous les diagnostics ressortant de l'anamnèse et qui sont susceptibles d'avoir une influence sur le droit aux prestations de la personne assurée. Idéalement, il discutera les avis médicaux contraires à ses conclusions.

- La clarté du texte et l'univocité des conclusions

Le rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre⁴⁹. *"L'expertise doit être clairement structurée et indiquer les éléments sur lesquels l'expert s'appuie (documents, entretien, imagerie, examens, littérature spécialisée, etc.). La différence entre les faits et les déclarations des parties doit clairement apparaître, par exemple*

⁴⁷ Ce catalogue devra être structuré de la manière suivante: I. Atteinte à la santé. II. Contesté social. III. Diagnostics. IV. Traitement et réadaptation. V. Cohérence. VI. Capacité de travail. (cf. Office fédéral des assurances sociales OFAS, Lettre circulaire AI n° 339, <https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/5914/download>, pp. 2 s.; également Office fédéral des assurances sociales OFAS, Nouvelle structure de l'expertise dans l'assurance-invalidité, http://www.ai-pro-medico.ch/fileadmin/documents/2018-07-Erlaeuterungen_zur_neuen_Gutachtenstruktur_FR.pdf). Le caractère incapacitant de l'atteinte à la santé diagnostiquée doit désormais être évalué sur deux segments, celui de la gravité fonctionnelle de l'atteinte et celui de la cohérence des troubles (DUPONT, *Le trouble somatoforme: un peu plus douloureux?*, pt. 2).

⁴⁸ ATF 141 V 281 consid. 8.

⁴⁹ Arrêt TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3.

*au moyen du discours indirect*⁵⁰. Les conclusions du rapport doivent être claires et univoques. Elles doivent, autant que faire se peut, répondre aux questions posées par le juge ou l'assureur mandant.

- La cohérence interne du document

Le rapport doit suivre un fil rouge logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis exprimé⁵¹. Il doit se tenir, être convaincant dans son texte et dans son résultat, ainsi que se concentrer sur les points juridiquement pertinents. Il ne doit pas contenir de contradictions internes.

- La procédure

En cas d'attribution de mandats d'expertise à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité COMAI désormais qualifié par le terme générique Centre d'expertise pluridisciplinaire⁵², les principes établis par l'ATF 137 V 210 doivent être appliqués, en particulier celui de l'attribution des mandats selon le principe du hasard⁵³; dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a en effet considéré que les perspectives de gain que tire un tel centre de son activité pour le compte de l'assurance-invalidité risquaient de mettre en cause certaines garanties de procédure et a dès lors prévu des droits de participation renforcés ainsi que des correctifs (droit de s'exprimer sur le choix de l'expert ainsi que des questions à poser à ce dernier; droit d'interjeter recours contre une décision ordonnant telle ou telle expertise auprès de tel ou tel expert; droit, si l'instruction ou l'expertise administrative se révèle n'être point convaincante ou complète, à la mise en œuvre d'une expertise par le juge)⁵⁴. Le non-respect de ces principes est rédhibitoire.

⁵⁰ Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM et Fédération des médecins suisses FMH, Bases juridiques pour le quotidien du médecin, https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformatoren/2_Guidelines/Fr/Les_principe_juridiques_dans_la_pratique_medicale_quotidienne_2013.pdf, p. 126.

⁵¹ Ibid.

⁵² Depuis l'entrée en vigueur de l'art. 72^{bis} du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201); cf. Office fédéral des assurances sociales OFAS, Les expertises médicales de l'AI, <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv/grundlagen-gesetze/organisation-de-lassurance-invalidite/medizinische-gutachten-iv.html>.

⁵³ ATF 137 V 210 consid. 3.1. KAHIL-WOLFF, pp. 215 ss.

⁵⁴ ATF 137 V 210 consid. 2.4, 2.5, 3 et 4. KAHIL-WOLFF, p. 218.

Le juge pondérera dès lors ces divers éléments et exposera dans son jugement les motifs qui l'ont conduit à préférer telle ou telle appréciation.

3.3.3. Une hiérarchie des preuves en assurances sociales?

Le Tribunal fédéral a, à réitérées reprises, rappelé que la jurisprudence n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles. L'appréciation d'une situation médicale déterminée ne saurait par conséquent se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante⁵⁵.

Dans la mesure où notre Haute Cour a retenu que le contenu était seul déterminant, il convient à notre sens de parler, plutôt que d'une hiérarchie, d'une tendance naturelle fondée sur le critère de l'objectivité supposée⁵⁶. Le juge aura en effet naturellement tendance à donner préséance à une expertise judiciaire plutôt qu'à une expertise administrative ou à préférer une prise de position d'un médecin d'un SMR ou d'un médecin-conseil à une expertise privée ou a fortiori à un rapport médical émanant d'un médecin traitant⁵⁷. Cette tendance a une origine factuelle: la garantie d'objectivité d'un expert mandaté directement par un tribunal est supposée plus importante que pour un expert mandaté par l'administration; l'on peut également raisonnablement penser qu'un médecin du SMR ou un médecin-conseil sera supposément plus objectif qu'un médecin consulté par la personne assurée.

En tout état de cause, cette hiérarchie de source jurisprudentielle ou tendance demeure non rigide, en ce sens que l'examen – obligatoire – du contenu des pièces médicales peut conduire le juge à opérer un choix différent.

⁵⁵ Arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3; arrêt TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2 et les références citées.

⁵⁶ Cf. MEYER-BLASER, *Das medizinische Gutachten aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht*, p. 102. L'auteur précise qu'il s'agit de lignes directrices qui ne constituent pas des règles formelles de pondération des moyens de preuve et qu'il ne faut pas considérer comme absolues; également RÜEDI, pp. 83 s. et RIEMER-KAFKA, pp. 32 s.; d'autres auteurs estiment toutefois que ces lignes directrices ne seraient fondamentalement pas compatibles avec le principe de la libre appréciation des preuves, cf. not. ALIOTTA, p. 476 et les références citées.

⁵⁷ Cf. LOCHER, pp. 57-59. L'auteur décrit trois sources de données médicales: Les médecins traitants, les médecins internes à l'assurance et les médecins indépendants de l'assurance; également ALIOTTA, pp. 152 ss et 168 ss.

3.3.3.1. Le rapport médical et l'expertise médicale

Ainsi que nous l'avons vu, le fait qu'une pièce médicale soit appelée rapport médical ou expertise médicale n'est pas déterminant. En soi, la désignation choisie ne présente même aucune importance, dans la mesure où, selon la jurisprudence, seul le contenu d'une appréciation médicale permet de juger de sa valeur probante⁵⁸. Dès lors, la distinction est davantage théorique que pratique.

L'expertise médicale constitue un rapport médical qualifié⁵⁹. Lors même qu'une expertise médicale est en principe réalisée dans un domaine spécifique de la médecine, le fait qu'une pièce médicale émane d'un médecin spécialisé dans un certain domaine de la médecine ne signifie pas encore qu'elle puisse être qualifiée d'expertise⁶⁰. Bien plus, l'appellation d'expertise devrait être réservée aux pièces médicales remplissant les conditions suivantes:

- Un regard neuf est posé sur la situation médicale concernée.

L'expert se détermine pour la première fois sur la situation médicale de la personne expertisée. Pour l'expert, *"L'expertise implique un changement de perspective: contrairement au médecin qui pense d'abord en termes de thérapie, l'expert doit répondre objectivement aux questions posées de manière la plus neutre et scientifique possible. Les intérêts supposés du client, comme de la personne devant être expertisée n'entrent pas en ligne de compte. Il s'agit uniquement d'exposer convenablement l'état de santé de la personne et de le juger d'un point de vue médical"*⁶¹. Il apparaît en ce sens exclu d'attribuer un mandat d'expertise au médecin traitant de la personne assurée.

- Certaines exigences de forme sont respectées, un protocole particulier est suivi.

L'expertise devra notamment répondre aux réquisits posés par l'ATF 125 V 351. Par ailleurs, un certain protocole doit être suivi, avec l'obligation de respecter le droit d'être

⁵⁸ Cf. supra 3.2.

⁵⁹ Dans ce contexte, il peut être utile de rappeler à quel point il est important pour l'assureur, le juge et la Justice de pouvoir accéder aux services d'un expert. Il nous apparaît à cet égard particulièrement préoccupant de constater que les médecins disposés à procéder à des expertises se font rares, pour des motifs administratifs ou financiers, dans certains domaines médicaux et en Suisse romande surtout actuellement.

⁶⁰ Ainsi se distinguent les notions de "spécialiste" et d'"expert".

⁶¹ Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances SSMC, Manuel, 12 Expertise, <https://www.medecins-conseils.ch/manual/chapter12.html>.

entendu de la personne assurée, qui impose à l'assureur de lui communiquer préalablement le nom de l'expert à l'assuré et donne la possibilité à ce dernier de demander la récusation de l'expert en question⁶².

Une expertise sera en principe diligentée par l'administration ou le juge, lorsqu'une situation médicale litigieuse est peu claire et que sa résolution est déterminante pour définir le droit aux prestations d'assurance de la personne assurée.

Ainsi que nous l'avons vu, selon la jurisprudence, une expertise d'un type particulier sera toujours nécessaire lorsque l'atteinte à la santé est d'origine psychosomatique, psychiatrique ou lorsqu'elle provient d'un syndrome de dépendance primaire, d'un état de stress post-traumatique ou d'un coup du lapin⁶³.

3.3.3.2. Le rapport du médecin traitant et celui du médecin des assurances

Certes, de jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère qu'il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui⁶⁴. Nous avons régulièrement pu constater que cette pratique générerait beaucoup d'agacement et d'incompréhension auprès des médecins traitants, qui manifestement se sentent ainsi mésestimés.

Pourtant, l'assurance-invalidité considère que "*Les médecins traitants sont des partenaires très importants pour les offices AI. Ils ont en effet des connaissances détaillées et solides sur l'état de santé de leurs patients. Pour définir la situation médicale d'un assuré, leur collaboration est indispensable. Par les informations qu'ils fournissent sur la santé des patients, ils contribuent fortement à une détermination correcte des prestations*"⁶⁵. De plus, ils "*peuvent contribuer de façon décisive au succès de la réadaptation*"⁶⁶.

⁶² Art. 42 1^{ère} phrase LPGA; cf. not. ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées; arrêt TF 9C_552/2014 du 26 novembre 2014.

⁶³ Cf. supra 3.3.2.

⁶⁴ ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées.

⁶⁵ Ai-pro-medico, Informations de l'AI à l'usage des médecins, Médecins traitants, <http://www.ai-pro-medico.ch/fr/assurance-invalidite/les-acteurs-de-lai/medecins-traitants/>.

⁶⁶ JENTZSCH/LÜTHI, p. 38.

Il sied par ailleurs de bien comprendre la raison d'être de la jurisprudence susmentionnée. A notre sens, s'il convient de reconnaître l'inclination susmentionnée des médecins traitants, il existe également un autre risque qui sous-tend ces réflexions, soit celui généré par le fait que la personne assurée peut aller à la "*pêche aux rapports médicaux favorables*" (forme de "*fishing expedition*"): ainsi lorsqu'un rapport médical est produit en procédure par la personne assurée, l'on ne peut exclure que cette dernière ait sollicité une pluralité de médecins puis choisi de déposer seulement le rapport médical qui lui est le plus favorable⁶⁷.

Il convient de plus de relativiser l'impression donnée par cette jurisprudence. En effet, le Tribunal fédéral a toujours fermement souligné qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant⁶⁸. Comme précédemment exposé, il n'y a pas de hiérarchie formelle rigide des moyens de preuves en droit des assurances sociales et le juge doit dès lors examiner le contenu formel des rapports médicaux qui lui sont soumis et motiver ses choix⁶⁹.

Au demeurant et de manière générale, les médecins traitants ont la faculté, de par leur position et le stade auquel ils interviennent, d'influencer et d'orienter la procédure d'investigation. Ils peuvent en particulier générer la mise en œuvre d'expertises, de compléments d'expertise ou de contre-expertises. Selon la jurisprudence, le juge est en effet tenu d'examiner si l'avis du médecin traitant est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par les organes de l'assurance⁷⁰. De par la qualité de leur rapport, ils peuvent largement contribuer à réduire la durée et le coût des procédures.

Enfin, dans certaines procédures spécifiques, l'autorité administrative compétente et le juge se fondent sur les seuls rapports des médecins traitants pour statuer. Il en va ainsi lorsque, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI, la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence et qu'une nouvelle demande est déposée. Celle-ci doit alors établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée

⁶⁷ A noter qu'aux Etats Unis d'Amérique et au Canada notamment, cette forme de "*fishing expedition*" est tout à fait admissible et même répandue.

⁶⁸ Arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2.

⁶⁹ Cf. supra 3.3.3.

⁷⁰ ATF 125 V 354 consid. 3c; arrêt TF I 139/01 du 25 juillet 2001 consid. 2a.

de manière à influencer ses droits. L'appréciation de cette plausibilité se fait en principe uniquement sur la base des rapports des médecins traitants de la personne assurée⁷¹.

En définitive, nous estimons que le médecin traitant revêt une fonction tout à fait centrale en droit des assurances sociales et même qu'il est la pierre angulaire de la procédure assécurologique d'investigation.

Quant aux médecins des assurances, le Tribunal fédéral retient que le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés⁷². Il convient de relever que le risque lié à la "*pêche aux rapports médicaux favorables*" précédemment évoqué en lien avec les médecins traitants n'existe pour les médecins des assurances que dans une moindre mesure.

En matière d'assurance-invalidité, les examens médicaux sur la personne de l'assuré pratiqués par les médecins des assurances, au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, ne constituent toutefois pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles⁷³. Ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale⁷⁴.

Ces examens doivent encore être distingués des rapports au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. De tels rapports, que nous appelons volontiers "*prises de position*", ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués par le SMR lui-même mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ont de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPG. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les

⁷¹ Cf. à cet égard, ATF 109 V 108 consid. 2b; ATF 109 V 265 consid. 4a; ATF 130 V 71; quant au degré de la preuve exigée cf. arrêt TF 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et arrêt TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2; quant aux délais applicables, cf. ATF 140 V 2.

⁷² ATF 125 V 353 consid. 3b/ee et la référence citée.

⁷³ ATF 135 V 254 consid. 3.4.

⁷⁴ Arrêt TF 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in: ATF 135 V 254.

expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire⁷⁵.

Somme toute, il convient de retenir qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur⁷⁶.

3.3.3.3. La place de l'expertise privée

Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. En droit des assurances sociales⁷⁷, une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve⁷⁸.

Pour autant, elle n'a en principe pas la même valeur qu'une expertise mise en œuvre par un tribunal ou par un assureur⁷⁹. Si une expertise privée peut éventuellement remplir les deux conditions mentionnées précédemment, à savoir le regard neuf et les exigences de forme, elle ne présente pas nécessairement une garantie d'objectivité supérieure à celle d'un rapport médical émanant d'un médecin traitant et le risque lié à la "*pêche aux rapports médicaux favorables*" demeure présent.

⁷⁵ Arrêt TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 et les références citées.

⁷⁶ Arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3; arrêt TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2 et les références citées.

⁷⁷ En droit privé, l'expertise privée ne constitue qu'une simple allégation de partie (art. 168 al. 1 a contrario du Code de procédure civile du 19 décembre 2008 [CPC; RS 272]).

⁷⁸ Arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3; arrêt TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2 et les références citées.

⁷⁹ ATF 125 V 354 consid. 3c; cf. également arrêt TF I 128/98 du 24 janvier 2000 consid. 3c et arrêt TF I 592/99 du 13 mars 2000 consid. 3c.

3.4. En cas d'instruction lacunaire

En droit des assurances sociales, l'assureur, en application de l'art. 43 al. 1 LPGA, a le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas. L'assuré de son côté, conformément à son devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire ancré à l'art. 43 al. 2 LPGA⁸⁰, est tenu de se soumettre aux examens médicaux et techniques qui sont nécessaires à l'appréciation du cas et peuvent être raisonnablement exigés.

En droit suisse, ni l'assureur ni la personne assurée ne dispose d'un droit à recueillir une "*second opinion*" sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne leur convient pas dans son résultat⁸¹.

La règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Elle signifie que le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables⁸². Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de la personne assurée⁸³.

A la différence du médecin, à qui il est loisible de dire qu'il ne peut répondre à la question qui lui est posée, le juge appelé à statuer doit nécessairement trancher le litige qui lui est soumis, à la condition toutefois que l'état de fait puisse être considéré comme établi au degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux⁸⁴. L'existence de contradictions ne justifie pas la réalisation systématique d'une expertise dans la mesure où une analyse consciencieuse des pièces permet de lever lesdites contradictions⁸⁵.

⁸⁰ ATF 125 V 193 consid. 2.

⁸¹ Arrêt TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in: RSAS 2008 p. 181; arrêt TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2; arrêt TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013; KIESER, *ATSG-Kommentar*, ad art. 43 LPGA, n° 12 et 17.

⁸² ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2.

⁸³ ATF 126 V 319 consid. 5a.

⁸⁴ ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées.

⁸⁵ Arrêt TF 9C_716/2007 du 26 mai 2008 consid. 4.

La question de savoir si l'état de fait est établi au degré de preuve requis ou si au contraire l'instruction est à proprement parler lacunaire peut être des plus délicates. Lorsque le juge estime que les faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier son appréciation, il peut refuser d'administrer un moyen de preuve complémentaire qui serait requis par une partie⁸⁶.

Toutefois, une instruction complémentaire doit être mise en œuvre s'il subsiste un doute, même minime, quant au bien-fondé des rapports médicaux et expertises médicales versés au dossier par l'assureur⁸⁷.

A noter que lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, le juge doit, en règle générale, ordonner lui-même une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur⁸⁸. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments⁸⁹. Le renvoi revient pour l'assuré à obtenir entièrement gain de cause⁹⁰.

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences⁹¹.

⁸⁶ Sur le mécanisme de l'appréciation anticipée des preuves, cf. KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2^{ème} éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; également ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; ATF 137 III 208 consid. 2.2; ATF 134 I 140 consid. 5.2; ATF 130 II 425 consid. 2.1.

⁸⁷ ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et 3.3.

⁸⁸ ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4.

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ ATF 137 V 210 consid. 7.

⁹¹ Sur le fardeau de la preuve objectif, cf. DTA 43/1996-1997 n° 17 p. 83 consid. 2a; DTA 39/1991 n° 11 pp. 99 et 100 consid. 1b; DTA 38/1990 n° 12 p. 67 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb.

4. DES ASPECTS JURIDIQUES PARTICULIERS A CONSIDERER LORS D'UNE APPRECIATION MEDICALE

Cette seconde partie est directement issue de notre pratique judiciaire. Lorsque l'appréciation médicale émise dans un cas particulier est juridiquement pertinente, c'est-à-dire qu'elle permet au juge de s'appuyer sur elle pour valablement statuer, elle ne donne guère de substance à la réflexion. Les huit situations exposées ci-après traiteront dès lors nécessairement de cas de figure dans lesquels le juge pourrait renoncer à suivre le médecin ayant pris position. Après un bref résumé de l'appréciation médicale émise dans le cas d'espèce (en italique ci-dessous), les motifs pouvant inciter le juge à s'en distancer seront brièvement et schématiquement évoqués.

Cette présentation ne répond évidemment à aucun dessein d'exhaustivité. Elle entend simplement rendre le mécanisme de réflexion du juge plus intelligible, voire mettre en exergue les impératifs et difficultés auxquels il peut être confronté, à l'aide d'exemples concrets; dans le but toujours d'affiner la nécessaire collaboration entre le médecin et le juge.

4.1. Le concept d'invalidité

Le cas d'espèce: au terme de son rapport médical, un médecin demande à l'assureur compétent de revoir sa position et d'octroyer une rente entière d'invalidité à son patient.

Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité⁹² l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci. Autrement dit, la notion d'invalidité au sens du droit des assurances sociales est une notion économique et non médicale⁹³. En vertu de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le degré d'invalidité, le revenu du travail que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle. Il s'agit dès lors d'effectuer une comparaison des revenus – avant et après invalidité – de la personne assurée.

⁹² Il sied de noter que la notion d'invalidité concerne non seulement l'assurance-invalidité à proprement parler, mais également notamment l'assurance-accidents, qui octroie des rentes d'invalidité à des personnes assurées ayant subi un accident (art. 18 ss de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; RS 832.20]).

⁹³ ATF 127 V 294; ATF 110 V 275 consid. 4a; ATF 105 V 207 consid. 2; cf. VALTERIO, *ad art. 4*, pp. 28 ss.

Le taux d'invalidité ne se confond donc pas nécessairement avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer au plan médical⁹⁴:

- Lorsque l'activité habituellement exercée par la personne assurée demeure exigible, le degré d'invalidité correspondra généralement peu ou prou au taux d'incapacité de travail médicalement attesté. Dans un tel cas de figure, le juge dispose d'ailleurs à certaines conditions de la possibilité de considérer que le degré d'invalidité correspond exactement au taux d'incapacité de travail reconnu, en effectuant une comparaison des revenus en pourcents ("*Prozentvergleich*")⁹⁵.
- Lorsqu'à l'inverse l'activité habituellement exercée par la personne assurée n'est plus médicalement exigible, le degré d'invalidité ne correspondra pas nécessairement au taux d'incapacité de travail reconnu pour cette activité. En effet, en vertu du principe de l'exigibilité⁹⁶ ou de l'obligation de diminuer le dommage qui incombe à la personne assurée⁹⁷, l'exercice d'une activité de substitution adaptée à son état de santé peut être exigé d'elle. Le rôle du médecin consistera dans une telle situation, d'une part, à déterminer quelles sont les activités qui demeurent exigibles de la personne assurée et, d'autre part, à établir son taux d'incapacité de travail dans les activités de substitution envisagées⁹⁸. La question de savoir si une activité de substitution pourrait être considérée comme adaptée à l'état de santé de la personne assurée – et dans l'affirmative laquelle, à quel taux et avec quel rendement – se pose en particulier systématiquement lorsque l'ancienne activité n'apparaît plus exigible en raison d'une atteinte strictement somatique.

Partant, en ce qui concerne le cas d'espèce évoqué, il n'est pas impossible que le juge retienne que le médecin qui a pris position de cette manière s'est décrédibilisé à un double titre: premièrement, en se déterminant sur des notions économiques et juridiques, il a montré une

⁹⁴ Cf. ATF 122 V 418.

⁹⁵ Cf. ATF 104 V 135 consid. 2b et not. arrêt TF 8C_282/2012 du 11 mai 2012 consid. 7.

⁹⁶ Ce principe général du droit des assurances sociales est exprimé, en assurance-invalidité, par l'adage "*La réadaptation prime la rente*" (cf. Message du 24 octobre 1958 du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale relatif à un projet de loi sur l'Assurance Invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'Assurance Vieillesse et Survivants, FF 1958 II 1161, p. 1176).

⁹⁷ À cet égard, cf. DESPLAND, pp. 39 ss.

⁹⁸ ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1. Sur la méthode par évaluation de la capacité fonctionnelle liée à l'activité professionnelle (ECF), cf. OLIVERI/OESCH/JANSEN, p. 138 ss.

certaine méconnaissance du système asséculoologique suisse. Le médecin devrait en effet toujours veiller à ne se prononcer que sur l'incapacité de travail de son patient et non sur son incapacité de gain ou son invalidité⁹⁹; deuxièmement, d'aucun verront un manque d'objectivité dans le fait qu'il ait ainsi pris fait et cause pour son patient.

4.2. Les aspects temporels

Le cas d'espèce: dans la conclusion de son rapport d'expertise, un médecin retient qu'au jour de l'expertise la personne expertisée est totalement incapable de travailler.

Il y a de nombreux aspects temporels dans le domaine des assurances sociales, à l'exemple de l'assurance-invalidité:

- Ainsi, une rente d'invalidité est une prestation durable, fondée sur une atteinte à la santé durable. En effet, conformément à l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI¹⁰⁰), pour avoir droit à une rente, la personne assurée doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année complète. Cette condition doit être établie au plan médical.
- De plus, aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. Il est donc susceptible de naître avant la date de l'expertise.
- Au demeurant, en cas de révision, selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de la personne assurée s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption

⁹⁹ Cf. à cet égard, Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM et Fédération des médecins suisses FMH, Bases juridiques pour le quotidien du médecin, https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformatioenen/2_Guidelines/Fr/Les_principe_juridiques_dans_la_pratique_medicale_quotidienne_2013.pdf, p. 126; également RÜEDI, pp. 77 s. et RIEMER-KAFKA, p. 50.

¹⁰⁰ RS 831.20.

notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Le sens et le but de l'art. 88a al. 1 RAI sont notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision; au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entrée en force se doit d'avoir une certaine stabilité¹⁰¹.

A l'inverse, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

Autrement dit, en cas de révision, lorsque l'atteinte à la santé a un caractère évolutif, l'amélioration ou la péjoration de l'état de santé de la personne assurée ne prendra en principe effet qu'après l'écoulement d'un délai de trois mois¹⁰². La date à laquelle l'évolution de l'état de santé est survenue doit donc être déterminée au plan médical aussi précisément que possible afin de pouvoir fixer le dies a quo (le jour à partir duquel) et le dies ad quem (le jour jusqu'auquel) du délai en question.

- Il sied de souligner enfin, qu'en cas de recours c'est la date de la décision attaquée qui est déterminante pour le juge. Ainsi, si l'état de santé d'une personne recourante subi une évolution notable avant que le juge n'ait pu rendre son jugement, mais que ce changement n'est intervenu que postérieurement à la décision attaquée, cet aspect ne sera pas pris en considération par le juge. Ce dernier doit en effet vérifier que l'administration ait correctement pris sa décision sur la base des éléments dont elle disposait au jour où elle a pris la décision en question¹⁰³. Le changement de circonstances survenu ainsi pourra évidemment faire l'objet d'une procédure de révision initiée sur demande voire d'office.

Force est donc de constater qu'une appréciation médicale qui ne se détermine sur l'état de santé et la capacité de travail de la personne assurée au jour de l'expertise seulement n'est

¹⁰¹ Arrêt TF 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1; arrêt TF 9C_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 3.2.

¹⁰² Ibid.; toutefois, lorsque l'amélioration de l'état de santé a été constatée sur la base d'une expertise médicale, la rente peut être réduite ou supprimée avec effet au jour de l'expertise déjà, même lorsque l'on se trouve en présence d'une atteinte à la santé à caractère évolutif, arrêt TF 9C_687/2018 du 16 mai 2019 consid. 2 et les références citées.

¹⁰³ Cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; ATF 121 V 366 consid. 1b; ATF 116 V 248.

généralement pas suffisante au regard de la justice. Dans un tel cas de figure, un complément d'instruction devra dans la règle être mis en œuvre, avec le rallongement de la procédure et les coûts supplémentaires que cela entraîne.

La maîtrise de ces règles temporelles relevant davantage de la responsabilité des assureurs que de celle des médecins, nous estimons que les attributions de mandat devraient être détaillées et clarifiées en ce sens. Il serait à notre sens salubre que les assureurs précisent, dans chaque cas particulier et pour chaque mandat, sur quelle période l'examen du médecin devra à tout le moins porter afin qu'ils puissent ensuite valablement statuer¹⁰⁴. Des questions à formulation standardisée telle que "*Comment l'état de santé a-t-il évolué dans le temps ?*" devraient être évitées¹⁰⁵.

Evidemment parfois les médecins ne pourront pas précisément déterminer quels étaient l'état de santé et la capacité de travail de la personne assurée à un temps plus ou moins lointain¹⁰⁶. Dans un tel cas de figure, il leur appartiendra dans la mesure du possible de se prononcer sur la plausibilité des conclusions des rapports qui traitent de cette période. Si des incertitudes demeurent malgré tout, le juge devra les résoudre à l'aide des principes juridiques dont il dispose, dont ceux relatifs à l'obligation de collaborer de l'assuré et au fardeau de la preuve¹⁰⁷.

¹⁰⁴ Cf. dans ce sens RIEMER-KAFKA, p. 50.

¹⁰⁵ Voici un exemple impliquant un risque de confusion: appelé à fixer le début du droit à la rente d'un assuré, un tribunal cantonal constate, au terme d'une procédure ayant déjà duré quelques années, que l'expert sollicité ne s'est pas déterminé sur la période précédant l'expertise. Il renvoie ainsi la cause pour instruction complémentaire à l'assureur compétent. Celui-ci demande, de manière standardisée, à l'expert comment l'état de santé de l'assuré a évolué. L'expert, à défaut d'indications temporelles concrètes, se détermine sur l'évolution de l'état de santé depuis son dernier examen, mais ne s'exprime toujours pas sur la période antérieure à l'expertise.

¹⁰⁶ Sur les difficultés présentées par ces aspects temporels, cf. not. BOLTSHAUSER, pp. 133 ss.

¹⁰⁷ Dans le domaine des assurances sociales, quand bien même la procédure est régie par le principe inquisitoire, ce principe est limité par le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées).

4.3. En cas de discrédance entre les plaintes exprimées et les constatations objectives

Le cas d'espèce: un expert, exposant laconiquement que la personne expertisée majore ses symptômes, conclut à une capacité de travail totale.

Lorsqu'une discrédance entre les plaintes exprimées par un assuré et les constatations objectives du médecin est constatée, une majoration/amplification/exagération de symptômes¹⁰⁸ ou une simulation¹⁰⁹ est relevée, des opinions contradictoires figurent le plus souvent au dossier. Ce type de constatations et de conclusions est par essence de nature plutôt subjective. Lorsqu'une question de cet ordre se pose, il est à notre sens primordial que le médecin sollicite objective autant que faire se peut son opinion – que ce soit en faveur ou en défaveur d'une telle constatation – par exemple par l'observation des points de fibromyalgie, des signes de non-organicité de Waddell, des critères de majoration des symptômes selon Matheson ou tout du moins par une énumération des contradictions éventuellement relevées lors de l'examen clinique¹¹⁰. Moins l'appréciation médicale est objectivement démontrable, mieux elle devra être motivée¹¹¹.

Si, comme dans le cas particulier, la majoration de symptômes n'a été que laconiquement constatée, le médecin auteur de l'appréciation médicale s'expose au risque qu'un avis contraire mieux motivé soit préféré au sien.

¹⁰⁸ Sur la distinction entre majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et amplification de symptômes, cf. FAUCHÈRE pp. 139 ss.

¹⁰⁹ A noter que certains auteurs estiment que les termes de "*simulation*" ou d'"*exagération*" ne devraient plus être utilisés; not. RIEMER-KAFKA, p. 100.

¹¹⁰ Il est attendu de l'expert qu'il connaisse les critères d'évaluation de la consistance et de la plausibilité publiés dans les lignes directrices pour la qualité des expertises psychiatriques d'assurance, cf. EBNER, pp. 41 et 44 s. Sur l'identification d'une amplification de symptômes et sur l'évaluation du rapport entretenu avec les symptômes et de l'attitude face aux performances, à l'aide des ECF, cf. OLIVERI/OESCH/JANSEN, p. 145 ss. A noter qu'en présence de plaintes majorées, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux peut être écarté, lors même qu'il a été posé *lege artis* par les médecins (arrêt TF 9C_899/2014 du 29 juin 2015; à cet égard, cf. également DUPONT, *Le trouble somatoforme: un peu plus douloureux ?*, pt. 2).

¹¹¹ Sur la question, dans ce contexte, de la prise en considération d'un rapport d'observation d'un détective privé, cf. arrêt TF 8C_866/2011 du 27 mars 2012.

4.4. Les facteurs psychosociaux et socioculturels

Le cas d'espèce: un médecin considère que son patient n'a plus aucune motivation à reprendre une activité lucrative à cause des difficultés professionnelles précédemment traversées. Il conclut ainsi à une incapacité de travail totale.

Il s'agit ici de tracer les contours de l'assurance-invalidité.

En effet, si la médecine actuelle repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie (qui ne considère pas cette dernière comme un phénomène exclusivement biologique ou physique mais comme le résultat de l'interaction entre des symptômes somatiques et psychiques ainsi que l'environnement social du patient)¹¹², le droit des assurances sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux et socioculturels. Le droit n'ignore nullement l'importance récente de ce modèle bio-psycho-social dans l'approche thérapeutique de la maladie. Dans la mesure où il en va de l'évaluation de l'exigibilité d'une activité professionnelle, il y a néanmoins lieu de s'éloigner d'une appréciation médicale qui nierait une telle exigibilité lorsque celle-ci se fonde avant tout sur des facteurs psychosociaux ou socioculturels, qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité¹¹³. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial¹¹⁴.

¹¹² A l'instar de la CIM, publiée par l'OMS, qui intègre la composante psycho-sociale; cf. à cet égard FAUCHÈRE pp. 183 ss.

¹¹³ ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1.

¹¹⁴ ATF 127 V 294 consid. 5a; cf. not. arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4; pour plus de détails, cf. arrêt TF 9C_680/2017 du 22 juin 2018 consid. 5.2 et les références citées; cf. VALTERIO, *ad art. 4*, pp. 39 s.

A noter cependant que dans le cadre d'un examen par un catalogue des indicateurs structuré exigé dans certains cas par la jurisprudence publiée à l'ATF 141 V 281¹¹⁵, ces facteurs psychosociaux et socioculturels font désormais partie intégrante de l'appréciation médicale. Ces nouveaux principes jurisprudentiels, même s'ils ont le mérite d'intégrer plus avant le modèle bio-psycho-social de la maladie, n'ont à notre sens pas pour objectif de modifier les contours de l'assurance-invalidité, à telle enseigne que les considérations qui précèdent devraient conserver toute leur actualité.

Dans le cas d'espèce évoqué, le médecin sollicité ne fait a priori ressortir aucun diagnostic médical et ses conclusions ne semblent fondées que sur des motifs étrangers à l'assurance-invalidité. Il risque ainsi de ne pas être suivi par le juge.

4.5. Les facteurs relevant de l'assurance-chômage

Le cas d'espèce: un médecin considère que son patient n'a plus aucune chance de retrouver une activité lucrative à cause de son âge, de ses lacunes linguistiques et de son manque de formation. Il conclut ainsi à une incapacité de travail totale.

Il s'agit ici d'effectuer une délimitation entre assurance-invalidité et assurance-chômage.

Lorsque la personne assurée ne peut plus exercer son activité habituelle en raison de son état de santé, il faut se demander si elle peut exercer une activité de substitution adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans l'affirmative, pour déterminer son taux d'invalidité, son "*revenu avant invalidité*" (ou "*sans invalidité*") sera comparé au revenu qu'il peut potentiellement obtenir d'une activité raisonnablement exigible. Or, ce "*revenu après invalidité*" (ou "*avec invalidité*") sera déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail hypothétiquement "*équilibré*". Ainsi, la notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés¹¹⁶.

Autrement dit, lorsque les difficultés éprouvées par une personne à trouver un travail de substitution ne sont pas tributaires de son état de santé, lorsque cette personne pourrait

¹¹⁵ Cf. supra 3.3.6.

¹¹⁶ ATF 110 V 273 consid. 4b. Sur la notion de marché du travail équilibré de l'art. 7 al. 1 et l'art. 16 LPG, qui génère passablement d'incompréhension dans le milieu médical, qui la considère parfois irréaliste, cf. not. arrêt TF 8C_95/2020 du 14 mai 2020 consid. 5.2; arrêt TF 9C_304/2018 du 5 novembre 2018 consid. 5.1.1; arrêt TF 8C_880/2011 du 21 mars 2012 consid. 5.

encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail si les places de travail disponibles correspondaient à l'offre de la main-d'œuvre¹¹⁷, il faut retenir que les facteurs l'empêchant de travailler relèvent – tout au plus – de l'assurance-chômage et qu'elle n'a pas droit à une rente d'invalidité¹¹⁸.

Il en va notamment ainsi des facteurs liés à l'âge¹¹⁹, aux lacunes linguistiques et au manque de formation¹²⁰, à la personnalité de l'assuré¹²¹ mais également au nom de la personne¹²².

Dans l'occurrence évoquée, la conclusion du médecin sollicité ne devrait ainsi pas être suivie par le juge.

4.6. La probabilité de la cause accidentelle

Le cas d'espèce: dans son rapport médical, un médecin a dans un premier temps soutenu que l'atteinte avait probablement été générée par l'accident en question. Il a dans un second temps exposé qu'il est possible que l'accident en question ait provoqué l'atteinte à l'état de santé.

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est en revanche pas nécessaire que l'accident soit la cause

¹¹⁷ Toutefois, l'activité raisonnablement exigible ne doit pas être possible de manière tellement limitée que le marché équilibré du travail n'en connaît pratiquement pas ou qu'elle ne peut pas être réalisée de manière réaliste auprès de la moyenne des employeurs.

¹¹⁸ Cf. VSI 2000 70; arrêt TF 9C_386/2012 du 18 septembre 2012.

¹¹⁹ Toutefois, bien qu'il soit en soi un facteur sans rapport avec l'invalidité, l'âge (avancé) peut, avec d'autres circonstances personnelles et professionnelles, conduire au fait que la capacité de gain résiduelle restant pour un assuré sur le marché du travail équilibré n'est plus exigible de manière réaliste (ATF 138 V 457 consid. 3.1).

¹²⁰ Cf. VALTERIO, *ad art. 4*, pp. 45 s.

¹²¹ Cf. VALTERIO, *ad art. 4*, pp. 46 s.

¹²² Une personne dont le nom de famille renvoie à des origines balkaniques, arabes ou africaines aurait statistiquement trois fois moins de chances d'obtenir un entretien d'embauche que s'il arborait un nom "*bien de chez nous*"; à cet égard, cf. l'émission "*Pour trouver un job, changez de nom !*", <https://pages.rts.ch/emissions/temps-present/immigration/5162787-pour-trouver-un-job-changez-de-nom.html?anchor=5285203#5285203>.

unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci¹²³. Le droit à des prestations suppose en outre un rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail, question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher.

Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical¹²⁴.

Cette question doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Autrement dit, il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement "*possible*"; elle doit pouvoir être qualifiée de "*probable*" dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié¹²⁵.

En particulier, le fait que des symptômes sont apparus depuis l'accident et n'existaient pas auparavant¹²⁶ ne saurait être considéré comme une preuve suffisante et ne permet donc pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents¹²⁷.

Par conséquent, en l'occurrence, dans la mesure où le médecin sollicité a d'abord considéré que l'existence d'un lien de causalité naturelle était "*probable*", puis qu'il était seulement "*possible*", il semble a priori difficile pour le juge de déterminer si la preuve de l'existence d'un tel lien est établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Le rapport médical en question risque ainsi de ne lui être d'aucune utilité et il lui faudra vraisemblablement instruire plus avant.

Cet exemple permet de se rendre compte que pour garantir l'égalité de traitement entre assurés, il a fallu tracer une limite de preuve stricte à l'aide de termes juridiques précis. Il nous apparaît dans ce contexte particulièrement important que les médecins œuvrant dans le domaine asséculo-logique sachent que l'utilisation de certains termes peut être déterminante

¹²³ ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 4.3; arrêt TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3 et les références citées.

¹²⁴ Cf. MEYER-BLASER ULRICH, *Rechtliche Vorgaben an die medizinische Begutachtung*, pp. 37 ss; RIEMER-KAFKA, pp. 83 s.

¹²⁵ RAMA 1997 p. 167 consid. 1a; ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références citées; not. arrêt TF U 12/05 du 10 avril 2006 consid. 2.

¹²⁶ Principe rendu par l'adage "*post hoc, ergo propter hoc*" (trad.: à la suite de cela, donc à cause de cela).

¹²⁷ ATF 119 V 341 consid. 2b/bb.

pour l'issue du litige. Ainsi, en matière d'assurance-accident, les termes "*possible*" et "*probable*" ne sont pas interchangeables et se réfèrent à un degré de preuve bien déterminé.

4.7. Les mécanismes de modification des rentes

Le cas d'espèce: dans le cadre d'une procédure de révision, un médecin retient que la personne expertisée a toujours été capable de travailler à plein temps et sans diminution de rendement. Il précise que le certificat médical ayant conduit initialement à l'octroi d'une rente entière est totalement dénué de pertinence.

Le médecin qui rédige son rapport de cette manière s'attend vraisemblablement à ce que le droit à la rente entière soit retiré à la personne assurée; toute autre conséquence heurterait peut-être même son sentiment de justice. Il n'en sera pourtant probablement pas ainsi.

L'art. 17 al. 1 LPGA, traitant de la révision matérielle, prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Pour pouvoir procéder à une révision, l'état de santé de la personne assurée doit donc avoir notablement évolué, dans un sens d'une péjoration ou d'une amélioration.

Or, en retenant que la personne expertisée a toujours été capable de travailler, le médecin sollicité a précisément attesté que son état de santé était resté stationnaire ou à tout le moins qu'il n'avait pas notablement évolué. Son rapport d'expertise ne saurait donc fonder une révision matérielle.

L'idée sous-jacente est que, dans un Etat de droit, la sécurité du droit doit impérativement être protégée. Ainsi, une décision qui a porté un jugement sur un état de fait – in casu la décision ayant initialement octroyé une rente entière à la personne assurée – bénéficie de l'autorité de la chose jugée et ne saurait être remise en cause à défaut d'une modification notable des circonstances. Autrement dit, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision matérielle au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA¹²⁸.

Le droit des assurances sociales prévoit deux nuances ou exceptions à ce principe, deux moyens de modifier une décision bénéficiant de l'autorité de la chose jugée sans qu'une modification notable de l'état de santé de la personne assurée n'ait été constatée:

¹²⁸ ATF 141 V 9 consid. 2.3 et les références citées.

- La reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA¹²⁹

Cette disposition prévoit que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée¹³⁰. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits¹³¹.

Une irrégularité manifeste ne saurait toutefois être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit¹³².

En conséquence, dans le cas particulier évoqué, dans la mesure où la décision d'octroi de rente initiale était fondée sur une (autre) appréciation médicale, sa reconsidération apparaît a priori exclue.

- La révision formelle (ou procédurale) au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA

Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision formelle si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des

¹²⁹ La reconsidération "*matérielle*" de l'art. 53 al. 2 LPGA doit encore être distinguée de la reconsidération "*formelle*" de l'art. 53 al. 3 LPGA, qui, dans le cadre d'une procédure de recours, permet à l'assureur de modifier sa décision jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours.

¹³⁰ MOSER-SZELESS, n° 71 ss.

¹³¹ En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (cf. notamment arrêt TF 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2).

¹³² Cf. not. arrêt TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.1; arrêt TF 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; arrêt TF I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1.

faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont "*nouveaux*" au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus de l'assuré ou de l'assureur malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte¹³³.

Dans l'exemple ci-dessus, les conditions d'une révision formelle ne semblent pas données non plus, à défaut de faits ou de moyens de preuve nouveaux.

En définitive, le droit à la rente de la personne assurée devrait donc demeurer inchangé.

4.8. Le grief de prévention

Le cas d'espèce: avant de commencer son examen, l'expert dit à la personne assurée qu'il ne comprend pas pourquoi elle a déposé une demande de prestations. Dans son rapport, il conclut à une capacité de travail entière.

Un expert passe pour prévenu¹³⁴ lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation de ces circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs¹³⁵. Ces éléments doivent avoir été constatés dans le cas concret¹³⁶.

¹³³ ATF 134 III 669 consid. 2.2 et les références citées; MOSER-SZELESS, n° 40 ss.

¹³⁴ "*Prévenu*" est ici synonyme de "*partiel*".

¹³⁵ ATF 125 V 353 consid. 3b/ee; ATF 123 V 175 consid. 3d et la référence citée.

¹³⁶ Arrêt TF I 702/02 19 mars 2003 consid. 3.1.

Tel est par exemple le cas lorsque l'expert n'a pas rédigé son rapport de façon neutre et objective¹³⁷ ou lorsque – comme dans le cas d'espèce évoqué – il a tenu des propos dénotant une opinion préconçue sur l'issue qu'il entendait donner à son expertise¹³⁸.

Certes de telles situations ne se produisent fort heureusement que rarement. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité des experts¹³⁹.

5. CONCLUSION

Pour qu'un rapport médical ou une expertise médicale soit pertinent au regard de la justice, il nous apparaît impératif que les médecins puissent bien appréhender le processus intellectuel conduisant les juges à poser un jugement et les mécanismes juridiques qui sous-tendent le droit des assurances sociales. Au vu du rôle central tenu par les médecins dans ce domaine, une étroite et saine collaboration entre les branches médicale et juridique nous semble primordiale. Nous espérons avoir pu la renforcer par le truchement de la présente contribution.

6. RESUME

La contribution, dans une première partie théorique, met en exergue ce qui rapproche mais également ce qui éloigne les branches professionnelles concernées, soit la médecine et le droit. Elle décrit le travail intellectuel opéré par le juge en droit des assurances sociales, soit essentiellement l'évaluation, la confrontation et la priorisation des appréciations médicales. Dans une seconde partie directement issue de la pratique judiciaire, elle évoque, à l'aide de huit cas pratiques, certains aspects juridiques particuliers qui devraient être considérés par les médecins lorsqu'ils procèdent à l'appréciation d'une situation médicale. Elle entend ainsi renforcer la collaboration entre les médecins et les juges.

¹³⁷ Arrêt TF I 146/07 du 30 mai 2008 consid. 4.1.1.

¹³⁸ Arrêt TF I 724/01 du 23 mai 2002.

¹³⁹ ATF 125 V 353 consid. 3b/ee; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références citées; not. arrêt TF I 592/99 du 13 mars 2000 consid. 3.b. ee.