



Appréciation de l'incapacité de travail à l'aide de résumés de cas

Suva Medical

L'incapacité de travail doit être appréciée avec le même soin que lorsqu'un médicament est prescrit. La reprise progressive du travail doit être considérée comme faisant partie intégrante du concept thérapeutique. Mettre quelqu'un en arrêt maladie peut aussi rendre malade.

16 décembre 2025

Rédigé par

Dr Christoph Bosshard, Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, Médecine des assurances de la Suva

L'appréciation de la capacité de travail est souvent sous-estimée. Pour cela, il est essentiel de connaître la situation médicale et les restrictions qui en découlent, ainsi que les exigences auxquelles nos patients sont confrontés dans leur quotidien professionnel. À cela s'ajoute la constatation scientifiquement étayée selon laquelle la perte de la structure du quotidien, des contacts sociaux, de l'estime de soi et les craintes croissantes quant à l'avenir contribuent à elles seules au fardeau de la maladie, ce qui est malheureusement trop souvent sous-estimé, voire ignoré. Les exemples suivants illustrent ces défis et proposent des ébauches de solutions.

Cas n° 1: jeune infirmière dynamique

Une infirmière diplômée de 28 ans souffre d'une pneumonie, a besoin d'oxygène et doit donc être hospitalisée. Dès les premiers jours, elle se sent comme dans un mauvais film. En tant qu'infirmière, sa place est au chevet des malades, pas dans un lit d'hôpital! Même si ses supérieurs hiérarchiques et ses collègues manifestent leur soutien total, il reste une sorte de mauvaise conscience à l'idée de devoir abandonner l'équipe. Mais ses forces lui suffisent tout juste à se déplacer lentement dans le couloir de l'hôpital et dans les escaliers, d'étage en étage.

Une première tentative de reprise du travail après la sortie de l'hôpital et une phase de thérapie ambulatoire échoue, car le travail par équipe est fixé et la capacité de travail partielle attestée se réfère uniquement au nombre de jours de travail sans tenir compte de l'intensité du travail par équipe. Par la suite, les prescriptions médicales relatives à la capacité de travail sont précisées à 50 % de capacité de travail et 50 % de périodicité.

L'employeur ne sait plus quoi faire. Comment gérer la capacité de travail de 50 % qui est prescrite? Le travail par équipe est tout simplement ce qu'il est. On fait comprendre à la collaboratrice qu'elle ne doit revenir que lorsqu'elle sera complètement rétablie. La patiente recherche toutefois un défi professionnel comme entraînement et demande à son employeur d'avoir l'obligance de lui proposer une activité adaptée à ses capacités. L'esprit d'innovation se manifeste: une fonction de remplaçant est créée, qui n'implique aucune responsabilité liée au travail en équipe, mais permet à la collaboratrice d'assumer des tâches ciblées et plus complexes.

Cette nouvelle fonction contribue sensiblement à soulager l'ensemble de l'équipe et favorise une mise en œuvre efficace des tâches de cette dernière. Cela permet un retour au travail réussi et une augmentation progressive de l'intensité et du temps de travail jusqu'à atteindre une capacité de travail de 100 %. On aboutit ainsi à une situation gagnant-gagnant. Il n'est pas toujours possible de trouver avec les employeurs des solutions de ce type, à savoir des postes de travail adaptés. Les répondants des indemnités journalières, c'est-à-dire l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et l'assureur LAA en cas d'accident et de maladie professionnelle, peuvent aider les médecins ici. Il vaut la peine de prendre contact avec la gestion des cas!

Cas n° 2: ouvrier du bâtiment semi-qualifié, 58 ans

Un ouvrier du bâtiment semi-qualifié âgé de 58 ans souffre de séquelles limitant ses capacités physiques après une arthrodèse partielle du poignet droit, ce qui l'empêche de reprendre son travail habituel. En tant qu'ouvrier du bâtiment semi-qualifié, il appartient à la catégorie des bas salaires. Son âge et son manque de formation de base font qu'il ne peut prétendre à aucun reclassement pris en charge par l'assurance-invalidité (AI). Le profil d'exigibilité adapté aux conséquences de l'accident entraîne un revenu d'invalidité prévisible qui n'est que légèrement inférieur (moins de 10 %) au revenu déjà faible sans invalidité. Étant donné qu'une perte de revenu d'au moins 10 % est requise pour l'octroi d'une rente selon la LAA et d'au moins 40 % selon la LAI, ni la Suva ni l'AI ne peuvent accorder de rente dans ce cas.

Heureusement, dans ce contexte, il est possible de s'appuyer sur un employeur de longue date, qui apprécie beaucoup cette personne qui travaille depuis longtemps chez lui et qui peut lui proposer un poste dans la gestion des stocks, adapté autant que possible à son état de santé et que le collaborateur accepte volontiers. Le médecin traitant contacte alors la Suva et exprime avec force son incompréhension face au fait que celle-ci, contrairement à son évaluation médicale, expose son patient à une charge de travail en partie trop élevée dans le cadre de ses nouvelles fonctions. Les faits et les mécanismes techniques liés aux assurances sociales sont clarifiés lors d'un entretien collégial. S'il perd son emploi actuel, le patient risque très probablement de se retrouver au chômage et de devoir s'adresser aux services sociaux une fois arrivé en fin de droit. Nous sommes d'accord sur le fait que cette option serait encore pire que le travail actuel, parfois quelque peu excessif, que le patient est actuellement en mesure d'effectuer de manière tout à fait satisfaisante.

Le fait qu'une rente soit accordée pour des restrictions médicalement justifiées dans certains cas mais pas dans d'autres suscite régulièrement l'incompréhension et des soupçons d'inégalité de traitement. Les calculs liés à la rente comprennent toutefois la comparaison entre le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidité prévisible. Même si le calcul du revenu d'invalidité basé sur un profil d'exigibilité aboutit finalement au même résultat, le revenu sans invalidité peut varier considérablement en fonction de la situation initiale, comme décrit ci-dessus. De tels calculs ne relèvent certes pas du domaine médical, mais comme le montre cet exemple, il est important que les médecins sachent sur quoi ils se basent. Il est parfois nécessaire et préférable de tester et d'accompagner une situation professionnelle lorsqu'il n'existe aucune alternative autre que l'aide sociale.

Cas n°3: blessure à l'épaule/au coude avec incapacité de travail (IT) totale pendant au moins trois mois chez un peintre/plâtrier de 45 ans

Un peintre/plâtrier de 45 ans subit une fracture de la clavicule gauche (côté non dominant) lors d'une descente en VTT, qui est réduite chirurgicalement et stabilisée à l'aide d'une ostéosynthèse par plaque. Le traumatologue traitant atteste une IT totale pendant trois mois pour l'activité habituelle.

Au bout de quatre semaines, l'employeur contacte le traumatologue traitant et lui remet une déclaration de garder le secret du patient qui le dégage de son obligation de confidentialité vis-à-vis de l'employeur dans ce contexte. L'employeur indique que le patient souffre beaucoup de l'inactivité qui lui a été imposée. Les contacts avec ses collègues et la structure du quotidien lui manquent également. Il étouffe chez lui. C'est pourquoi l'employeur souhaiterait créer un domaine d'activité dans lequel le patient pourrait effectuer des tâches de surveillance sans utiliser son bras gauche et sans pression du temps, sans avoir à utiliser de machines ni à monter sur des échafaudages présentant un risque de chute.

Le médecin traitant souligne que le collaborateur aura également besoin de pouvoir prendre des pauses à des moments qu'il définira lui-même, et qu'il devra disposer de suffisamment de temps pour suivre la thérapie nécessaire (y compris la pratique quotidienne des exercices appris). Il est donc convenu que le collaborateur sera présent à plein temps, mais que les pauses et les séances d'entraînement occuperont finalement la moitié de son temps, ce qui correspond mathématiquement à une présence de 50 %. En ce qui concerne la capacité de charge, si l'on exclut le bras blessé et les restrictions supplémentaires qui en découlent, destinées à prévenir tout danger pour le collaborateur ou pour autrui, il reste une capacité de charge de 25 %.

Le patient se voit ainsi attribuer une IT de 87,5 %, avec une présence à temps plein et suffisamment de pauses et de moments consacrés à la thérapie. Ce résultat découle d'une capacité de charge de 25 % x temps 0,5 ($0,25 \times 0,5 = 0,125$), soit une capacité de travail de 12,5 %.

Le médecin traitant prévoit un contrôle clinique de l'évolution dans quatre semaines, et demande à l'employeur de lui envoyer un rapport quelque temps avant. Ces mesures permettent d'exploiter et de développer les capacités résiduelles du patient, de donner une structure à son quotidien, de faciliter les contacts avec ses collègues et de lever ses craintes liées à son retour au travail. Cela a un effet très positif sur le rétablissement global et, dès que le médecin autorise le patient à reprendre le travail, permet d'utiliser le travail comme un entraînement.

Cas n°4: malade pendant les vacances

Une assistante de direction de 35 ans prend rendez-vous car elle a besoin d'un certificat médical. Lors de la consultation, elle déclare ne présenter actuellement aucun symptôme, mais avoir dû rester alitée à l'hôtel pendant cinq jours au cours de ses vacances à la mer ces deux dernières semaines en raison d'une infection virale accompagnée de maux de tête et de toux. Elle souhaite maintenant que ces jours ne soient pas considérés comme des jours de vacances, car elle n'a pas pu se reposer de son travail durant cette période. Elle n'a eu recours à aucun soutien professionnel.

Dans ce genre de situations, il est conseillé de se référer aux bases juridiques applicables. Le guide juridique de l'ASSM/FMH [Table des matières | Guide juridique pour la pratique](#) contient un chapitre consacré à cette question, [7.6 Certificats et rapports destinés aux employeurs et aux assureurs d'indemnités journalières | Guide juridique pour la pratique](#). Dans cet exemple, il est clairement indiqué que les rapports et certificats médicaux ont valeur de documents officiels et doivent donc reposer sur des bases médicales plausibles et explicites. Ce n'est pas le cas dans cet exemple. Il en va autrement lorsque des documents médicaux en temps réel peuvent être présentés, qui fournissent des informations suffisantes sur les problèmes de santé pour attester de manière explicite d'une déficience fonctionnelle. Ceci est par exemple le cas lors d'un accident de la circulation documenté par la police, suite auquel la personne blessée est rapatriée en Suisse par la Rega pour y être soignée et a besoin ultérieurement d'un certificat d'IT à compter de la date de l'accident. Les bases nécessaires pour cela sont réunies ici. Globalement, les attestations rétroactives doivent être délivrées avec le plus grand soin et la plus grande retenue. Lorsqu'elles le sont, elles doivent reposer sur une base explicite et objectivable.

Cas n°5: malade après le licenciement

Un architecte de 56 ans se présente avec des douleurs dorsales exacerbées irradiant de manière diffuse dans les membres inférieurs. Ses problèmes de dos sont connus depuis de nombreuses années. L'examen clinique ne permet pas de mettre en évidence de résultats spécifiques, pas plus que l'imagerie (IRM comprise), qui a été réalisée compte tenu de la longue durée des symptômes. Au cours de l'entretien, le patient révèle un conflit sur son lieu de travail, qui a débouché sur son licenciement. C'est donc le jour de son licenciement que le patient se présente avec des douleurs invalidantes et demande un certificat d'incapacité de travail.

Les résultats cliniques restent non spécifiques. Le patient refuse catégoriquement tout retour à son poste de travail. La situation est difficile, car aucun corrélat médical n'explique les symptômes, en particulier leur exacerbation, ni sur le plan clinique ni sur le plan radiologique. Le temps de consultation est limité, la salle d'attente est pleine et d'autres urgences sont annoncées. Souvent, la solution la plus rapide ici consiste à prescrire un arrêt de travail. Cela ne résout toutefois pas le problème, car le conflit professionnel sous-jacent n'est pas éliminé pour autant. De plus, un tel arrêt maladie soulève des questions quant à son bien-fondé, auxquelles il faudra répondre ultérieurement, que ce soit vis-à-vis de l'employeur ou de l'assurance d'indemnités journalières. L'employeur a la possibilité de demander un examen médical par un médecin-conseil, tandis que l'assurance d'indemnités journalières fait appel à son service de conseil médical. Les deux parties soulèvent désormais des questions concernant la justification et le fondement de la certification d'IT.

Plus rapidement que prévu, nous sommes confrontés à la dualité des rôles qui nous sont attribués: d'une part, le rôle de praticien responsable vis-à-vis du patient, et d'autre part, la position indépendante qui s'appuie uniquement sur des faits médicaux et les bases juridiques en vigueur. N'aurait-il donc pas été préférable de ne pas délivrer d'attestation d'IT? Si, malgré cette explication, le patient continue d'insister pour obtenir une attestation d'IT, il convient de lui expliquer que, dans cette situation, il est plus judicieux, en tant que praticien, de continuer à lui prodiguer des soins et à le soutenir dans cette situation difficile et, faute de bases médicales, de confier la décision relative à l'appréciation de l'IT à un organisme indépendant qui n'est pas impliqué dans le traitement.

À cette fin, il est possible de se référer aux médecins-conseils des entreprises ainsi qu'aux répondants des indemnités journalières, qui doivent tous être contactés par l'employeur pour des raisons de prise en charge des coûts.

Je suis conscient que ces exemples ne permettent pas de répondre de manière exhaustive à toutes les questions et qu'ils soulèvent peut-être même de nouvelles interrogations. La réflexion permanente sur ce genre de défis fait partie intégrante de l'activité médicale, et doit également trouver sa place dans les discussions de cas médicaux entre collègues, voire lors des congrès annuels.

Adresse de correspondance

Dr. med. Christoph Bosshard
Suva Versicherungsmedizin
Laupenstrasse 11
3008 Bern

christoph.bosshard.bct@suva.ch