

Georges Bauherz, neuropsychiatre

L'expertise médicale

Médecine et Justice sont deux institutions qui se sont spectaculairement développées. Le champ de la médecine occupe tout ce qui concerne le corps (et souvent l'esprit) humain : la morale, la beauté, la sexualité et la reproduction, la mort. Parallèlement il y a une « judiciarisation » du social et du politique, avec un recours de plus en plus fréquent aux tribunaux pour dire la légitimité de décisions auparavant soumises à des instances de contrôle autres, une augmentation du nombre de délits possibles et une tendance à l'aggravation des peines. Ces institutions sont, aussi, instables, pour ne pas dire en crise

Je ne traiterai ici* que de mon expérience de médecin désigné expert par les Tribunaux du Travail, en ignorant l'expertise médicale pénale, surtout psychiatrique, ainsi que les quelques procès intentés aux médecins. Les experts médicaux sont quasi systématiquement requis dans les conflits opposant des malades aux assurances sociales (mutuelles, SPF handicapés, INAMI) ou les litiges entre des victimes d'accident du travail et l'assurance de l'employeur. Il s'agira de dire si la fin d'une incapacité de travail décidée par l'assurance sociale est justifiée ou non, de déterminer la diminution d'autonomie d'une personne handicapée selon une grille d'évaluation précise ou d'évaluer les conséquences d'un accident de travail.

Je n'ai pas de formation académique en dommage corporel. Je suis un expert de circonstance, un dilettante qui fit d'un hasard une opportunité et d'une opportunité un intérêt et une compétence.

Il y a des années, des victimes d'accidents de roulage me demandèrent de les assister. Mon nom circule et le Tribunal du Travail, en manque d'expert-e, me sollicite. Je me prête au jeu et accepte des missions, avec un certain bonheur. Bien sûr, le statut de l'expert-e est fondamentalement ambigu, critiquable. Iel brouille les cartes, accepte des délégations transdisciplinaires parfois nocives pour le-a patient-e comme pour le-a justiciable. Iel est un peu semblable au thérapeute acceptant l'injonction thérapeutique du juge, comme celle faite à l'usager de drogue : « consultez ou allez en prison, vous avez le choix ». Mais iel remplit une fonction sociale délaissée et offre une possibilité d'observer, d'un peu loin, des histoires de vie spectaculaires et des parcours médicaux exceptionnels.

Je fais un constat rapide : les mêmes expert-es sont soit désigné-es par le Tribunal, soit engagé-es par les assurances, pour des affaires semblables, des diagnostics identiques. Consciemment ou non, leurs évaluations vont pencher dans le sens des intérêts des assurances, puissantes et rémunératrices. Je le fais remarquer aux juges et aux médecins-experts lors de rares réunions communes. Ces dernier-es n'y voient pas malice, protestant de leur professionnalisme et de leur objectivité.

Pour éviter de me retrouver dans une situation en miroir de celle que je critique, à savoir d'être tantôt médecin de recours et tantôt expert judiciaire, j'arrête de défendre les victimes ou les malades pour me cantonner à celui d'expert désigné par le tribunal.

EVOLUTION SÉMANTIQUE ET MODIFICATION DES RITUELS

Le lexique change et au jargon médical se superpose le langage juridique. Le-a patient-e devient un-e plaignant-e, un-e justiciable, un-e demandeur-euse ou un-e défendeur-euse, un-e expertisé-e. L'expert-e fera appel, pour un avis encore plus spécialisé que le sien, à un-e sapiteur-euse, radiologue ou psychologue par exemple.

* Une version plus longue de ce texte est accessible sur notre site internet.

Les médecin-conseils des assurances deviennent des conseils médicaux. Ceux qui assistent les victimes sont de moins en moins souvent leurs médecins traitants et de plus en plus des professionnels, les médecins de recours. Le rituel de la consultation est remplacé par la séance, qui se déroule dans le bureau du médecin expert mais est organisée comme une petite audience, un prétoire anticipé. Le nombre de présents dépend de l'enjeu financier. Pour un conflit avec une mutuelle, le-a malade est souvent seul-e, perplexe. Parfois, il ou elle espère que l'expert-e, titulaire d'un diplôme de docteur en médecine va pouvoir au passage l'aider, préciser le diagnostic ou indiquer de nouveaux traitements. Espoir évidemment déçu, le-a médecin, dans ce cadre, ne le sera provisoirement plus, même si, la séance d'expertise terminée, il ou elle le redeviendra. Parfois, l'assistance est pléthorique : la victime, les avocat-es, les médecins, les stagiaires et les accompagnant-es, l'expert-e. On va chercher des chaises supplémentaires dans la salle d'attente, on se serre dans un local prévu pour une consultation. La tâche de l'expert-e devient alors celle d'un-e animateur-trice de réunion. Les médecins-conseils et les avocat-es argumentent, s'interrompent en un jargon qui désoriente encore plus la victime. Les avocat-es se retirent quand les médecins examinent ensemble la victime. Ensuite, il était de tradition de demander au plaignant-e de quitter la réunion pour la discussion. L'entre-soi aurait permis de s'expliquer librement, de parler sans entrave de l'intéressé, pour son bien. Cette habitude disparaît progressivement, suite en particulier à la décision, fondée sur la charte des droits du patient, de l'Ordre des Médecins, autorité à laquelle les médecins-experts restent soumis même si leur activité n'est plus clinique. Il n'est plus question de discuter de l'expertisé-e en son absence, que le problème soit physique ou mental.

DE LA MALADIE AU CHIFFRE

L'expertise consiste à poser un diagnostic, à décrire un handicap et à chiffrer ce dernier. Il s'agit de dire si la diminution de la capacité de gain excède, à une date déterminée, 33 ou 66 %, ou à chiffrer la diminution d'autonomie en autant de points sur 18. En cas d'accident du travail, il s'agira de déterminer la perte de capacité de gain, en pourcents, en considérant les caractéristiques de la victime et le marché général du travail.

La diminution d'autonomie est la tâche de chiffrage la moins arbitraire, et en même temps celle où l'expertise du médecin est la moins utile. Prenons la capacité de se déplacer d'une personne qui a perdu l'usage d'une jambe. L'expert-e devra décider si cela n'entraîne pas de difficultés, des difficultés minimales (un point), importantes (deux points) ou si le déplacement est impossible sans l'aide d'une tierce personne (trois points). La discussion pourra être âpre, mais il n'est pas indispensable d'être médecin pour décider. Un observateur un peu perspicace suffit pour dire les difficultés à se déplacer quand on est unijambiste. Il s'agit pourtant d'une délégation systématique.

Pour la diminution de gain, les difficultés seront encore plus importantes. Le problème est de chiffrer un handicap. Il s'agit de passer d'une catégorie à une autre, d'un vocabulaire à l'autre. C'est sans doute un processus semblable à celui inhérent à la justice pénale qui doit chiffrer en amende ou en durée d'incarcération la punition d'une infraction. Plus probablement, il s'agit ici d'une logique de financiarisation du corps évalué sur le marché du travail. La force de travail est valorisable, sa diminution évaluable. La question de la douleur n'est considérée qu'accessoirement (le « pretium doloris »). Pour évaluer la perte fonctionnelle, l'invalidité, l'existence de barèmes, anciens ou de pays limitrophes, hérités de la médecine militaire, aide. La perte d'un œil vaudra 30 %, des deux yeux 100 %, celle de l'auriculaire 3 % et une dépression avec répercussion marqué sur la vie sociale entre 30 et 80 %. Les chiffres sont presque toujours des « fourchettes » fixant un plancher et un plafond. Pour la capacité de travail, le chiffre devra tenir compte de multiples considérations socioprofessionnelles. L'auriculaire gauche d'un-e violoniste ne vaut pas la même chose que celui d'un-e téléphoniste.

Le·a violoniste handicapé·e pourra se reconvertir dans la téléphonie, l'inverse est plus rare. Le dommage, dans la mesure où il est intégré au système actuariel, celui des assurances, ne peut être considéré que financièrement, et donc chiffrable. La logique est gravée au plus profond de notre organisation sociale et de son imaginaire, qui considère le corps essentiellement comme un instrument productif. Il y a des réparations symboliques : un fauteur d'accident ou de sévices qui s'excuse, qui exprime de la compassion ou qui aide la victime, tout cela a une valeur psychologique importante, mais aucune valeur juridique dans les affaires qui nous occupent et le juge délègue au médecin la tâche d'évaluation et de chiffrage. Alors, s'agit-il d'un processus de judiciarisation de la médecine, de médicalisation du social ou des deux ?

RETOUR AU PALAIS

Le·a plaignant·e suit une trajectoire de balle de ping-pong. La maladie amène le·a patient·e chez le·a médecin qui certifie la pathologie. Cette certification est ensuite contre-certifiée par le médecin-conseil, ce qui entraîne un passage chez le·a juge qui renvoie vers le·a médecin-expert·e, cliniquement diminué·e mais juridiquement certifié·e. Et lorsque le·a juge reçoit le rapport, il ou elle l'entérine le plus souvent, estimant sa compétence limitée. Pour que force revienne à la loi, les formes sont respectées, les plaidoiries ont lieu et parfois le rapport d'expertise est contesté. Le·a juge, alors, nommera un·e nouvel·le expert·e, signifiant clairement aux justiciables que les expert·es ne sont pas équivalent·es et interchangeables, que certain·es sont plus perspicaces, plus empathiques ou plus intransigeant·es, considérations que leur neutralité d'expert·e aurait dû effacer.

MENSONGES ET SIMULATIONS

Certes, la vérité est douteuse et le mensonge universel. Mais ici, il est central. Si la suspicion d'exagération était absente, l'expertise n'aurait plus de raison d'être. Il suffirait de retranscrire les dires du malade ou de la victime. Le jeu consiste, pour l'assurance, à convaincre que le handicap est léger, la maladie bénigne et que le demandeur « en rajoute » dans le seul but d'obtenir une rétribution induue. L'expertisé·e protestera de sa bonne foi, affirmera même qu'il·elle diminue ses symptômes par décence ou scrupule, ou qu'il·elle est contraint·e de les exagérer, sachant qu'on va de toute façon les contester et les minimiser. Et comment en serait-il autrement ?

Le système de l'assurance transforme implacablement la victime en tricheur potentiel, et la privatisation des assurances exacerbe le mouvement. Et la bureaucratisation des organismes publics, leur taille et la distance mise entre la mutuelle ou l'État et la victime affaiblit le sentiment d'appartenance et de solidarité. Voler l'État, voler la mutuelle, c'est les voler « eux », pas nous. Le mécanisme de la communautarisation des risques est imperceptible et l'assurance identifiée à son gestionnaire. Ou à ses actionnaires, ce qui a au moins le mérite de la transparence.

Parfois, la situation semble simple. Un·e employé·e chute dans les escaliers de son entreprise, perd connaissance et se réveille hémiparétique. Les examens complémentaires sont tous normaux et l'examen ne montre pas de signe orientant vers une lésion du système nerveux. L'expert·e retient le diagnostic de paralysie « somatomorphe », on aurait dit autrefois d'hystérie de conversion. Il·elle évalue le handicap à 100 %. Cette appréciation est avalisée par le tribunal. Quelques années plus tard, l'assureur engage des détectives privés, agréés, qui filment la victime à son insu. Il·elle sort de chez lui·elle, ferme la porte à clé avec les deux mains, marche d'un bon pas vers la voiture où l'on charge aussi la chaise roulante. Il·elle deviendra hémiparétique le temps de la visite chez le médecin-conseil, puis on rangera le fauteuil roulant jusqu'à la prochaine convocation. Le tribunal est saisi à nouveau et demande à l'expert·e de se prononcer. Celui·celle-ci se désiste. Il·elle reconnaît son erreur passée, admet avoir pris un mensonge pour un phénomène inconscient.

La vision des films est convaincante. Mais s'il-elle accepte, il-elle fournira aux parties l'occasion de mettre ses deux appréciations en contradiction et le carrousel judiciaire se remettra en route. Il-elle se demande aussi pourquoi il faut un-e médecin pour accréditer une observation que tout spectateur de film de série B peut faire. Le tribunal, soucieux de ne pas prendre de risque, désignera un autre médecin expert pour qualifier de fraude ce qu'il est évidemment.

La situation est souvent plus subtile et les médecins sont effectivement formé-es, formaté-es même à détecter les exagérations et les simulations. Ce sont des professionnel-les du soupçon, et quand il s'agira de détecter les simulations, ils-elles seront particulièrement à l'aise.

SUR LE FIL

L'expert-e, et l'expertisé-e avec lui-elle, sont logé-es dans la zone où s'intèrennent deux institutions, deux territoires de pouvoir et de valeurs : la justice et la médecine. Or l'institution peut persister tout en s'éloignant des objectifs ayant présidé à sa création. La médecine ne sert plus uniquement, voire essentiellement, à soigner, à s'opposer à l'inéluctabilité de la maladie, et la justice n'a pas comme fonction unique de s'opposer à la loi de la jungle, de rétablir de l'équité dans le monde.

La médecine prend en charge la tâche de certifier, d'accumuler des preuves, d'instruire le jugement. Il ne s'agit pas d'une évolution qui se limite à l'expertise. Autoriser (à prendre un médicament, une drogue, à pratiquer un sport ou à conduire une voiture), interdire et certifier (une incapacité) sont des prérogatives qui expliquent le recours grandissant à la médecine. Le savoir médical est utile, indispensable parfois, mais l'expert est fragilisé par un savoir qui est éloigné de la question qu'il lui est demandée de résoudre. Il-elle exercera à la frontière de son incompétence.

De la même manière, la justice se biologise, quitte le jugement abstrait pour intégrer les qualifications biologiques à ses jugements. Au Moyen Âge, on exécutait les animaux assassins. L'acte délictueux était le pivot de la justice. Le corps, malade ou délirant, prend de nos jours une place de plus en plus grande dans le fonctionnement de la justice.

Chacune des institutions a tendance à intégrer les valeurs de l'autre, à s'étendre mais aussi à limiter cette extension pour ne pas diminuer son homogénéité et sa raison d'être. Elle devra aussi nouer des alliances avec l'autre. L'expertise médicale sera tiraillée entre deux positions : celle de l'obligé du juge et celle de l'agent de l'extension du territoire de compétence de la médecine. Il n'enfilera pas de robe mais enlèvera souvent sa blouse blanche qu'il remettra furtivement, sous couvert d'hygiène, pour déshabiller le plaignant et mettre les mains sur lui. Il déploiera son habilité à tenir la posture du funambule. Au total, il ne s'agit ni d'une judiciarisation du médical ni d'une médicalisation du droit, mais des deux, d'une collusion de deux formes de pouvoirs, à la fois dépendantes et concurrentes.

C'est au droit d'avoir le dernier mot. Parce que celui-ci jouit d'une légitimité et de mécanismes de contrôle moins arbitraires que celle accordée au seul médecin. Et le Tribunal du Travail, avec un président, un juge employé (ou ouvrier) et un juge employeur a un aspect pluriel, lointainement démocratique. Mais la séance d'expertise, quand y assistent plusieurs médecins, des avocat-es, parfois des assistant-es sociaux ou des délégué-es syndicaux, a un caractère multidisciplinaire qui assure à l'expertisé-e une sécurité psychologique et de destin.

Il serait bon que le-a juge et le-a médecin se rencontrent, que les expert-es soient physiquement invité-es à l'audience, comme c'est le cas aux assises, et que le jugement soit autre chose que l'entérinement d'un rapport médical rédigé par un-e médecin-expert-e que le-a juge n'aura croisé, au mieux, qu'au drink de Nouvel An du palais de justice.