

DOCTEUR, POUVEZ-VOUS M'ASSISTER CHEZ L'EXPERT DU TRIBUNAL DU TRAVAIL?

Toute décision de la compagnie d'assurances peut faire l'objet d'une procédure devant le tribunal du travail.

Une grande partie de ces procédures concernent le rejet de la notion d'accident du travail, la contestation de la date de consolidation, l'insuffisance du taux d'IPP, le rejet d'une demande d'aggravation. La plupart du temps, le patient, s'il est syndiqué, pourra bénéficier de l'aide de son organisation syndicale, qui s'occupera du volet juridique de son dossier. Il y a lieu également de rappeler que (sauf en cas de procédure téméraire et vexatoire) certains frais ne sont pas à charge du patient. Il s'agit des frais de justice, honoraires de l'avocat du syndicat, honoraires de l'expert médical du tribunal. Ceux-ci sont à charge de l'assurance de l'employeur. Le juge du tribunal du travail qui sera chargé du dossier de votre patient désignera habituellement un médecin expert judiciaire. Celui-ci recevra une mission précise (habituellement, fixer la date de consolidation et le taux d'IPP). Dès que l'Expert judiciaire aura reçu la notification officielle de sa mission par l'intermédiaire du greffe du tribunal du travail, il convoquera le patient, son médecin-conseil, le médecin-conseil de la compagnie d'assurances pour une première séance d'expertise. L'expertise judiciaire se déroule en plusieurs étapes. La procédure devra toujours rester contradictoire. Il y a lieu d'informer votre patient sur le déroulement des travaux d'expertise et sur le fait qu'il doit se munir d'un dossier complet afin de le remettre à l'expert. La première séance d'expertise permettra généralement à l'expert de rassembler le dossier médical du patient, de l'interroger et de décider en accord avec les médecins-conseils présents, des examens complémentaires à réaliser. Ultérieurement, le patient sera convoqué chez différents spécialistes pour subir ces mises au point. Ensuite, dès réception des résultats, l'expert judiciaire reconvoquera la victime et les médecins-conseils pour une seconde séance d'expertise consacrée à l'anamnèse complémentaire, l'examen clinique, l'étude des examens spécialisés et la discussion médico-légale. L'Expert judiciaire enverra ensuite aux parties un rapport préliminaire qui reprendra l'ensemble de ses constatations sans ses conclusions. Il y a lieu de répondre par écrit sous quinzaine à ce rapport en reprenant de façon circonstanciée l'ensemble de l'argumentation médico-légale. Ultérieurement, l'expert adressera son rapport définitif au tribunal du travail. Le dossier sera alors à nouveau évoqué devant le tribunal du travail, qui, habituellement entérinera les conclusions du rapport d'expertise. Ce n'est qu'à la fin de cette procédure qui peut prendre un an que la compagnie d'assurances procédera à la régularisation du dossier en fonction des conclusions du rapport d'expertise. L'assistance du patient aux opérations d'expertise peut également être réalisée par un médecin spécialisé en évaluation du dommage corporel et indépendant des compagnies d'assurances (médecin de recours). Pendant les opérations d'expertise, il appartient au médecin de recours · de constituer le dossier médico-légal de façon rigoureuse et professionnelle, · de sélectionner les dossiers susceptibles d'aboutir à un résultat

favorable pour le patient, · d'informer le patient de toutes les procédures auxquelles il sera confronté et ce en étroite collaboration avec son médecin traitant et son conseil juridique dans le plus strict respect du secret professionnel et de la déontologie médicale, · d'informer complètement l'expert judiciaire en lui communiquant une copie complète du dossier médical, · de postuler la réalisation des examens complémentaires qui pourront permettre d'objectiver les plaintes du patient et communiquer les résultats de ces examens au médecin traitant du patient dans un but thérapeutique éventuel, · d'insister, si nécessaire, sur certaines notions légales spécifiques au dossier (principe de globalisation, importance de facteurs socio-économiques, etc.), · de répondre de façon circonstanciée au préliminaire de l'expert en reprenant l'ensemble de son argumentation médico-légale, · de convaincre les acteurs directs du dossier du caractère équitable de sa proposition. En un mot, le rôle du médecin de recours n'est pas d'assister passivement à une expertise, mais bien de défendre activement le patient.

Dr Benoît Rennotte

L'assurance refuse ma demande en aggravation

En matière d'accident du travail (secteur privé), il existe un délai de révision de 3 ans pendant lequel le patient peut introduire une demande en aggravation.

Le début du délai de révision est fixé habituellement à la date d'entérinement par le Fonds des accidents du travail de la proposition d'accord-indemnité de la compagnie d'assurances. En cas de procédure judiciaire, il débute habituellement à la date du jugement entérinant le rapport d'expertise. Avant d'entamer des démarches, il y a lieu de se rappeler que cette procédure ne vise pas à corriger un taux d'IPP sous-évalué antérieurement. Pour introduire une demande en aggravation, il y a lieu de comparer l'état actuel de la victime avec celui décrit antérieurement dans le rapport de consolidation établi par le médecin-conseil de la compagnie d'assurances. Cette comparaison est réalisée à plusieurs niveaux: les plaintes du patient, son examen clinique, le résultat des examens complémentaires (radiographie, par exemple). Il est bien évident que, si seules les plaintes du patient sont majorées (aggravation subjective), ce type de demande n'a que peu de chance d'aboutir. Par contre, si l'aggravation des plaintes est confirmée par une dégradation de l'examen clinique ou des examens paracliniques, il y a lieu d'établir à ce moment un rapport médical circonstancié décrivant l'aggravation de l'état séquellaire et proposant un nouveau taux d'IPP. C'est au patient de prendre contact (par courrier recommandé) avec la compagnie d'assurances afin d'introduire officiellement sa demande de révision en annexant le rapport médical d'aggravation.

Tant à la hausse qu'à la baisse

Rappelons à ce propos que pendant le délai de révision le taux d'IPP du patient peut être revu à la hausse, mais également à la baisse. Il serait dès lors inopportun d'introduire une

demande en révision du dossier du patient sur base de données incomplètes ou erronées pouvant aboutir dans certains cas à une diminution du taux d'IPP. La plus grande prudence est dès lors de rigueur. Ultérieurement, le patient sera convoqué auprès du médecin-conseil de la compagnie d'assurances. Sur base de l'avis de celui-ci, l'assurance notifiera sa décision, positive ou négative, au patient. Celle-ci pourra faire l'objet d'un recours devant le tribunal du travail et donner lieu à une expertise judiciaire dans le cadre de laquelle l'expert devra déterminer s'il y a aggravation, et en cas de réponse positive, de déterminer le nouveau taux d'IPP. Un examen conciliatoire est également possible en cas de faible divergence des avis en présence. Enfin, il y a lieu également de noter que la réouverture du dossier peut être sollicitée après la fin du délai de révision de trois ans. Dans cette hypothèse, le taux d'IPP au moment de la demande doit atteindre ou dépasser 10%. Dans ce cas, la victime pourra solliciter l'intervention de l'assurance pour obtenir une allocation d'aggravation. Il faut cependant savoir que cette nouvelle allocation est calculée différemment de celle octroyée jusqu'à la fin du délai de révision et de façon moins favorable à la victime. Autrement dit, certaines majorations du taux d'IPP, postérieures au délai de trois ans, peuvent ne pas générer d'intérêt financier pour le patient. A nouveau, il y a lieu de faire preuve de prudence dans ce type de démarche.

Dr B.R.

Le présent article n'a pas la prétention d'être exhaustif. Il vise à donner aux médecins généralistes des points de repère pratiques pour conseiller au mieux leurs patients dans une procédure médico-légale.

Paru dans le Journal du Médecin du 25.06.2002