

# L'expertise médicale amiable contradictoire peut-elle survivre ?

*L'expertise médicale amiable contradictoire est une mesure d'instruction à part entière justifiant de la part des parties et des experts qu'elles mandatent autant d'attention que celle habituellement réservée aux expertises judiciaires et devant répondre aux exigences de qualités essentielles à toute expertise.*

Liège (3<sup>e</sup> ch. B), 31 mars 2014

---

*Expertise médicale amiable – Force probante – Déroulement – Caractère contradictoire.*

Siég. : Mme Prignon  
Plaid. : MM<sup>es</sup> Gilsoul *loco* Richard et Devos  
*loco* Simar  
(G. c. Delta Lloyd Life s.a.)  
R.G. n° 2013/RG/793

## **Antécédents**

L'appelant avait souscrit auprès de l'intimée en garantie individuelle indépendant une police d'assurance revenu garanti et indemnisation en cas d'accident de la vie privée ou du travail.

En date du 27 mai 2007, il fut victime d'un accident au cours duquel il s'est fracturé le genou.

Le 25 septembre 2008 fut signée une convention d'expertise médicale amiable,

l'appelant désignant le docteur C. et l'intimée le docteur W.

Conformément à l'article 5 de la convention, les médecins experts désignèrent comme troisième expert le docteur B., chargé de les départager en cas de désaccord entre eux.

Il ne sera jamais fait appel à ce troisième expert puisque les deux experts désignés dans la convention s'accorderont.

Les experts C. et W. conclurent dans leur rapport du 22 juillet 2009 à une incapacité permanente partielle de 5 %, le cas étant consolidé au 1<sup>er</sup> mars 2008.

L'appelant conteste ce taux et a assigné l'intimée devant le premier juge afin qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée.

Le jugement entrepris a débouté l'appelant de sa demande.

### Discussion

1. Les parties s'étaient certes accordées sur le recours à une expertise médicale amiable, mais elles n'ont pas qualifié cette expertise comme les liant de façon « irrévocable » selon le terme habituellement utilisé.

L'article 8 de la convention dispose ainsi que « le rapport d'expertise rédigé de commun accord par les médecins désignés, ou celui établi par l'arbitre aura valeur d'expertise judiciaire ».

Il s'ensuit que la convention à laquelle a souscrit l'appelant ne lui interdit pas de critiquer les conclusions des experts-médecins, nonobstant le fait qu'un de ces experts médecins avait été désigné par lui.

2. À l'appui de sa demande, l'appelant dépose deux avis d'un médecin qu'il a consulté, le docteur S.

Dans son premier avis du 31 mars 2010, ce médecin s'exprime comme suit :

« Suite à ma consultation d'évaluation du dommage corporel du 15 décembre 2009, concernant G., nous ne pouvons admettre le taux de 5 % d'I.P.P. retenu suite à l'expertise médicale amiable qui a eu lieu entre le docteur C. et le docteur W.

Je rappelle que G. a travaillé toute sa vie dans l'horeca, qu'il a des antécédents de méniscectomie interne partielle du genou droit et que, suite à l'accident qui nous occupe en 2007, son cas s'est tout à fait déstabilisé et une prothèse totale a dû être posée à ce genou en septembre 2009.

J'estime que la pose de cette prothèse est imputable à l'accident survenu en 2007.

G. présente actuellement de fortes difficultés à la marche, qui s'effectue avec boiterie ».

Dans son second rapport du 16 juillet 2013, il fait valoir les éléments suivants :

« Pour rappel, il a été victime d'un accident sur son lieu de travail, le 20 mai 2007. Alors qu'il sortait une poubelle, il a été entraîné par le poids de celle-ci et a chuté en avant

sur les deux genoux, et principalement le droit.

Il y a lieu de signaler qu'en 1972, il a présenté une entorse de ce genou avec atteinte des ligaments croisés.

Suite à l'accident de mai 2007, il a présenté un épanchement articulaire. Il a consulté l'orthopédiste P., qui a demandé un arthroscanner. L'examen conclut à une atteinte méniscale interne, une chondropathie fémoro-tibiale interne modérée à sévère, des remaniements post-traumatiques au niveau des ligaments latéraux internes et du L.C.A. Une arthroscopie a été réalisée par le docteur P. le 20 septembre 2007 pour résection méniscale... (on omet).

Lors de cette expertise, un bilan radiologique avait été demandé au docteur N. et réalisé le 11 juin 2009 : rupture ancienne du L.C.A., lésions dégénératives fémoro-tibiales internes sévères, une chondropathie de grade II fémoro-patellaire, des lésions méniscales d'allure plutôt dégénératives et des dépôts d'hydroxyapatite restant inchangés.

Les coexperts C. et W. étaient alors prévenus que le docteur D. (orthopédiste) avait décidé de poser une prothèse totale de genou droit en septembre 2009.

Ils ont examiné G. le 22 juillet 2009 et ont décidé de consolider le cas le 1<sup>er</sup> mars 2008 avec 5 % d'I.P.P.

À l'étude de ce dossier, je dois signaler que le cas de G. a été totalement déstabilisé suite à la chute du 20 mai 2007.

Il a présenté un épanchement articulaire, ce qui signale une souffrance de son articulation du genou droit.

L'arthroscanner du 12 juin 2007 a confirmé des lésions méniscales sur un genou déjà dégénératif.

Certes, il y avait un état antérieur d'entorse de ce genou dans les années 1970, mais l'accident de 2007 l'a manifestement déstabilisé et aggravé, au vu de la clinique, des rapports des docteurs P. et D. et le bilan RX réalisé.

J'estime que la prothèse totale de genou droit posée en septembre 2009 est imputable à l'accident survenu en 2007.

Il n'y avait donc pas lieu de consolider le cas dès le 1<sup>er</sup> mars 2008, mais bien un an après la pose de la prothèse totale de genou, c'est-à-dire en septembre 2010, avec un taux que j'estime aux alentours de 12 % d'invalidité partielle permanente avec même répercussion sur la capacité économique».

L'appelant dépose donc un avis médical motivé à l'appui de sa demande.

3. L'article 3 de la convention imposait aux experts :

- en son point 4 de « décrire l'état de santé de la victime avant l'accident (maladies, accidents, prédispositions pathologiques, déficiences physiologiques) et déterminer la mesure dans laquelle cet état antérieur a influencé l'évolution des lésions encourues » ;
- en son point 5 de « décrire les lésions en relation causale avec l'accident dont G. a été victime, leur évolution ainsi que les traitements médicaux et paramédicaux suivis » ;
- en son point 9 de « rédiger un rapport motivé... ».

4. Force est de constater que les deux experts-médecins n'ont pas rempli leur mission en conformité avec ces articles.

4.1. Dans leur rapport daté du 22 juillet 2009, ils relèvent que :

« Dans un premier temps, le blessé se soigne lui-même puis consulte le docteur P. le 4 juin 2007. Il constate un épanchement articulaire du genou droit qui, d'après le docteur P., a déjà présenté une lésion du croisé antérieur.

Le blessé est mis au repos à partir du 4 juin 2007.

Un arthroscanner est réalisé le 12 juin 2007. Cet examen conclut à une involution complète aux séquelles d'avulsion du versant moyen du ménisque interne s'accompagnant d'une chondropathie fémoro-tibiale interne modérée à sévère. Il décrit un remaniement post-traumatique au niveau des ligaments latéraux à prévalence interne. Il décrit une rupture du ligament croisé antérieur et une chondropathie fémoro-patellaire

laire exulcérée de part et d'autre du sommet rotulien.

Le docteur P. programme une arthroscopie qui est réalisée en hospitalisation de jour le 20 septembre 2007. Cette exploration permet d'observer une lésion de la corne postérieure du ménisque externe stable et au niveau du ménisque interne, une lésion de la corne postérieure et moyenne avec lésion dégénérative du condyle interne.

Il observe également la rupture ancienne du ligament croisé antérieur avec rétraction.

Il est procédé à la résection et à la régularisation du ménisque interne et à l'ablation de la lésion du croisé antérieur.

Le blessé est revu par le docteur P. le 5 octobre 2007, qui note une évolution satisfaisante et prescrit quelques séances de rééducation fonctionnelle. L'incapacité de travail a été prolongée jusqu'au 31 octobre 2007. Le blessé est revu par le docteur P. le 25 février 2008. À ce moment, le blessé se plaint encore de douleurs mécaniques.

Les radiographies des genoux en charge montrent une gonarthrose évoluée du compartiment interne du genou droit qui nécessitera à terme une arthroplastie par prothèse totale... (on omet).

Après discussion de l'ensemble du dossier, il est décidé de confier au docteur N. la réalisation d'un examen radiographique comparé des genoux en statique et dynamique avec étude de l'ensemble du dossier... (on omet).

Nous avons reçu l'étude complémentaire réalisée le 11 juin 2009 par le docteur N. qui a permis la comparaison de la situation actuelle et de l'évolution avec les clichés pris en 2007.

Il conclut comme suit : on peut considérer en 2007 :

- une rupture ancienne du ligament croisé antérieur ;
- des lésions dégénératives sévères fémoro-tibiales internes entraînant une abrasion complète du cartilage ;
- une chondropathie de grade II fémoro-patellaire ;

- des lésions méniscales plutôt d'allure dégénérative ;
- des dépôts d'hydroxyapatite étaient déjà présents et sont restés inchangés.

G. a été vu en consultation par le docteur D., qui propose la réalisation d'une arthroplastie par prothèse totale du genou droit en septembre 2009.

Sur le plan des plaintes, la situation est inchangée. Le blessé se plaint :

- de douleurs du genou droit ;
- d'une instabilité ;
- de l'impossibilité de courir.

### Examen clinique

- taille de 1 m 78 – poids de 115 kg ;
- légère boiterie à la marche ; la marche est possible aux trois modes ;
- stations monopodales instables à droite, tenues à gauche ;
- l'accroupissement est nettement limité à droite ;
- les genoux sont secs ;
- il n'y a pas de rabet ;
- pas de Zohlen ;
- la mobilité est de 0-125° à droite, 0-135° à gauche ;
- on note une légère laxité latérale à droite et un léger tiroir direct bilatéral un peu plus marqué à droite... (on omet).

### Conclusion

Incapacités temporaires... (on omet).

Consolidation : le 1<sup>er</sup> mars 2008 avec une incapacité permanente de 5 %.

4.2. Le dossier comporte également le rapport du chirurgien P. du 22 décembre 2009, qui explique, d'une part, que l'appelant « avait présenté il y a longtemps un traumatisme de son genou droit où on avait mis en évidence une rupture du ligament croisé antérieur » pour laquelle il avait conseillé il y a plusieurs années de procéder à une ligamentoplastie qu'il n'avait jamais réalisée, d'autre part, qu'à la suite de l'accident du 20 mai 2007, il a présenté « un nouveau

traumatisme au niveau de ce genou droit et la mise au point a montré, sur les examens radiographiques, une lésion méniscale interne et une chondropathie du compartiment interne » pour lesquelles il a procédé à une arthroscopie le 20 septembre 2007.

« Cette arthroscopie a montré une lésion méniscale interne, une chondropathie interne et une lésion du croisé antérieure ancienne. »

« La chondropathie du genou évoluée a nécessité une arthroplastie totale. »

4.3. Le rapport des experts-médecins C. et W., que ce soit en lui-même ou éclairé par le rapport de leur sapiteur N. ou par celui du docteur P., ne permet pas de déterminer clairement les séquelles dues à l'accident litigieux et ce qui serait dû à un état antérieur.

4.4. L'intimée fait valoir que l'expertise a fait l'objet de débats contradictoires, et qu'elle n'a pas à supporter le résultat d'une mauvaise communication entre l'appelant et le docteur C., qui avait été choisi par lui et représentait ses intérêts.

Ces éléments sont exacts, mais ils justifient d'autant plus une motivation soignée de la part des deux experts-médecins, motivation par ailleurs expressément exigée par le point 9 de leur mission et laquelle fait défaut en l'espèce.

Car si l'expertise médicale amiable est contradictoire, c'est parce que l'assuré, d'une part, la compagnie, d'autre part, sont chacun représenté par le docteur choisi par eux pour réaliser l'expertise (article 2 de la convention d'expertise, lequel énonce que « la victime souhaite se faire assister et représenter par le docteur C. [...] la Compagnie souhaite se faire assister et représenter par le docteur W. [...] »).

Dans le cadre d'une expertise médicale judiciaire, l'expert désigné ne représente aucune des parties en conflit, lesquelles sont la plupart du temps assistées d'un conseil médical et d'un conseil juridique, lequel par le biais des faits directoires oblige l'expert à approfondir son expertise et à justifier ses positions.

Certes, la mission d'expertise amiable dispose en son point 2 que les experts convoquent les parties et leurs conseils éventuels, ce qui implique la possibilité pour l'assuré d'être assisté par un conseil, et en son point 10 que les experts doivent répondre d'une manière bien motivée aux questions spécifiques des parties.

On ne peut reprocher à l'assuré de ne pas avoir d'emblée fait les frais d'un conseil pour l'assister durant l'expertise, et de ne pas avoir été à même, lors des séances d'expertise, de discuter avec les experts-médecins, alors qu'il est censé être assisté et représenté par un des deux experts dont il doit supporter d'ailleurs les honoraires.

Il est certes regrettable que le docteur C. n'ait pas davantage expliqué, avant de clôturer l'expertise, sa position à l'appelant qui l'avait choisi pour l'assister et le représenter, mais il n'en demeure pas moins que le rapport établi par les deux médecins devait comporter ces explications.

Or ce n'est que dans un courriel adressé au conseil de l'appelant le 25 décembre 2009 que le docteur C. va s'expliquer davantage : faisant référence à la lettre du docteur P. qui évoquait une rupture du ligament croisé antérieur pour laquelle il avait conseillé il y a plusieurs années de procéder à une ligamentoplastie, qui ne fut pas réalisée, il affirme « qu'il est dès lors clair que la situation du genou n'est que très partiellement imputable à la chute concernée dans ce dossier », que « la seule lésion imputable est une lésion

méniscale interne », que « la chondropathie (ou souffrance du cartilage) et la rupture L.C.A. ne sont bien entendu pas imputables, la première ayant été mise en évidence dès le 12 juin 2007, soit trois semaines après la chute ! ».

Il est regrettable que ce soit donc postérieurement au rapport d'expertise que cet expert va donner des explications dont on ne sait en outre si elles sont partagées par le docteur W.

5. Il ne serait pas opportun de solliciter, actuellement, des docteurs C. et W. des explications complémentaires, vu la dégradation de la relation de confiance entre l'appelant et le docteur C., dont celui-ci fait état dans son courriel précité.

Il y a donc lieu d'ordonner une expertise judiciaire, seule mesure d'instruction de nature à établir les séquelles de l'accident litigieux.

6. Les débats seront rouverts afin que les parties s'expliquent sur le contenu de la mission, comme convenu à l'audience de la Cour du 24 mars 2014.

Par ces motifs,

La Cour,

Statuant contradictoirement,

Reçoit l'appel.

Réforme le jugement entrepris.

Ordonne une expertise médicale judiciaire et avant dire droit sur le surplus ordonne la réouverture des débats [...].

\* \* \*

## Note d'observations

---

### Introduction

L'arrêt annoté illustre les écueils encore trop souvent rencontrés lorsque deux parties en litige décident de recourir à une expertise amiable contradictoire afin d'évaluer l'étendue du dommage corporel d'une victime.

Après avoir rappelé la nature juridique d'une expertise médicale amiable et l'objectif poursuivi par sa mise en œuvre, nous traiterons du nécessaire dialogue entre la victime et « son » expert, ainsi que de l'importance cardinale de la motivation d'un rapport d'expertise.

### I. La situation de G.

G. est blessé au genou droit le 27 mai 2007. Il y a lieu de signaler que ce genou avait souffert d'un traumatisme antérieur (entorse avec atteinte des ligaments croisés) en 1972, soit 35 ans plus tôt.

L'accident survenu le 27 mai 2007, s'alliant à l'état délétère de l'état antérieur, déstabilisa le genou. Le bilan met en évidence : une atteinte méniscale interne, chondropathie fémoro-patellaire de grade II, chondropathie fémoro-tibiale interne modérée à sévère, des remaniements post-traumatiques des ligaments latéraux internes et du ligament croisé antérieur.

Une prothèse totale de genou droit est placée en septembre 2009.

### II. Le rapport d'expertise médicale amiable et ses lacunes

Les parties signent une convention d'expertise médicale amiable le 25 septembre 2008. La mission d'expertise médicale amiable demandait aux experts notamment :

- de décrire l'état de santé de la victime avant l'accident (maladies, accidents, prédispositions pathologiques, déficiences physiologiques<sup>1</sup>) et de déterminer la mesure dans laquelle cet état antérieur a influencé l'évolution des lésions encourues ;
- de décrire les lésions en relation causale avec l'accident dont G. a été victime, leur évolution ainsi que les traitements médicaux et paramédicaux suivis.

---

<sup>1</sup> La terminologie utilisée est incorrecte. Une prédisposition n'existe qu'en l'absence de pathologie, de sorte qu'un individu ayant une prédisposition a un état de santé normal. L'expression prédisposition pathologique est antinomique. Physiologique se dit, selon le Larousse, des fonctions et des réactions normales de l'organisme. Une déficience n'est pas normale et, dès lors, ne peut être physiologique.

Dans leur rapport du 22 juillet 2009, les experts consolident à un taux d'I.P.P. de 5 % au 1<sup>er</sup> mars 2008, soit avant la pose de la prothèse de genou.

Bien qu'évoquant l'état antérieur remontant à plus de 35 ans, ils ne précisent pas quel fut l'impact de l'accident litigieux sur l'état de santé du genou droit de G.

De même, bien qu'informés de la décision chirurgicale de placer une prothèse de genou, ils fixent, sans explication, la consolidation à une date antérieure à l'opération chirurgicale. La Cour d'appel ne retrouva dans le rapport aucune explication ni quant à cette consolidation d'apparence précipitée ni quant à l'absence de prise en compte de la pose d'une prothèse totale de genou.

Enfin, le taux d'I.P.P. retenu (5 %) n'est pas expliqué.

Très clairement, les experts n'ont pas répondu à leur mission. Ils n'ont veillé à préciser ni le mécanisme lésionnel lié à l'accident du 27 mai 2007 ni en quoi celui-ci aurait pu interagir avec l'état antérieur présenté par G. Ils n'ont pas davantage débattu du lien causal entre, d'une part, cet accident et ses répercussions, d'autre part, la nécessité de recourir au placement d'une prothèse totale de genou.

La question reste posée : *sans l'accident du 27 mai 2007, G. aurait-il dû bénéficier d'une prothèse totale de genou droit ?*

La Cour d'appel, constatant les lacunes du rapport d'expertise médicale amiable, ordonna, par un arrêt du 31 mars 2014, une mesure d'expertise judiciaire.

### III. L'expertise amiable : une mesure d'instruction à part entière

Une expertise médicale amiable contradictoire<sup>2</sup> est une mesure d'instruction exécutée, après la naissance d'un litige, le plus souvent par deux médecins mandatés, non pas par le juge, mais par les parties intéressées.

L'expertise médicale amiable est contractuelle : elle trouve sa source dans la volonté des parties et est régie par les règles du Code civil et notamment l'article 1134 du Code civil. Lorsque les parties ont entendu se lier par convention, elles doivent exécuter leurs engagements, le contrat les liant comme le ferait une loi.

<sup>2</sup> À propos de l'expertise médicale amiable : P.-H. DELVAUX, « L'expertise amiable et l'expertise judiciaire offrent-elles les mêmes garanties ? », in I. LUTTE (dir.), *Droit médical et dommage corporel - État des lieux et perspectives*, Limal, Anthemis, 2014, pp. 9-36 ; X, « L'expertise médicale amiable - État des lieux et perspectives », *For. ass.*, 2009, n° 95, pp. 105-137 ; D. MAYERUS et P. STAQUET, *L'expertise en droit médical*, IV.1-3 - IV.1-29 (28 p.), octobre 2007 ; J. SCHRIJVERS, « De minnelijke medische expertise », *Verkeersrecht*, 1992, pp. 32-33 ; P. LURQUIN, *L'expertise médicale amiable, judiciaire, pénale*, Bruxelles, Bruylant, 1989, p. 151 ; J. TINANT, « L'expertise médicale amiable : principes et modalités », in X, *Questions de droit des assurances*, 1998, pp. 475-504 ; M. MATAGNE et S. PIEDBOËUF, « L'expertise médicale : un difficile dialogue interculturel », in X, *Nouveaux dialogues en droit médical*, pp. 215-263 ; X, « La transaction et l'expertise médicale amiable contradictoire », in *Manuel de la réparation des dommages corporels en droit commun*, 22 p.

Il est de doctrine et de jurisprudence constantes que la convention d'expertise médicale amiable contraint la victime, en ce qu'elle la prive de la possibilité de solliciter le recours à une expertise judiciaire, au seul prétexte de son insatisfaction<sup>3</sup>. Il importe cependant de distinguer la seule insatisfaction de la victime quant aux conclusions de l'expertise des critiques émises par elle à l'égard de travaux lacunaires ou de mauvaise qualité. C'est pourquoi il y a lieu de proscrire les conventions d'expertise amiable accordant un caractère irrévocable aux conclusions des experts ou du tiers arbitre. Tout rapport d'expertise médicale amiable doit se voir attribuer la même valeur que celle reconnue à une expertise judiciaire : celle d'un avis technique non contraignant.

L'expertise amiable contradictoire requiert autant de rigueur dans son déroulement qu'une expertise judiciaire !

Observons que mandatés par une partie, les experts amiables ne sont ni indépendants ni totalement impartiaux<sup>4</sup>. Toutefois, les experts amiables en acceptant leur mission s'engagent à offrir un « service » de qualité à leur mandant respectif, à savoir des réponses apportées à des questions techniques conformément aux données de la science. Tout expert qui n'agirait pas ainsi s'exposerait à une action en responsabilité contractuelle<sup>5</sup>.

Le recours à une expertise amiable est souvent justifié par la recherche d'un règlement plus rapide et moins coûteux d'un litige. Toutefois, l'expertise amiable ne peut être considérée ni comme une solde ni comme un produit blanc : elle est une expertise à part entière, poursuivant le même objectif que l'expertise judiciaire en permettant aux non-initiés de comprendre un problème techniquement complexe. Si elle assure un moindre coût, l'expertise médicale amiable doit *en toutes hypothèses* livrer un service de qualité nullement réduite.

#### IV. L'expert amiable et la victime à la recherche d'un dialogue

La Cour, constatant avec l'assureur « une mauvaise communication » entre G. et son conseil, considéra que cette mauvaise communication justifiait « d'autant plus une motivation soignée de la part des deux experts, motivation par ailleurs exigée » par la mission qui leur avait été confiée. Or une telle motivation faisait défaut en l'espèce.

L'absence de communication entre la victime et le médecin-conseil mandaté par elle (généralement sur les conseils de la compagnie d'assurance protection

<sup>3</sup> Civ. Courtrai, 17 septembre 2002, R.A.B.G., 2004, p. 37 ; Cass., 2<sup>e</sup> ch., 24 octobre 1990, *Bull. ass.*, 1991, p. 391 ; Civ. Bruxelles, 26 novembre 1996, *Pas.*, 1996, I, p. 16 ; Pol. Anvers, 15<sup>e</sup> ch., 7 novembre 2007, R.G. n° 06A3, C.R.A., 2008, livr. 4, p. 315 ; Pol. Malines, 24 février 2010, C.R.A., 2010, livr. 4, p. 292.

<sup>4</sup> J.-L. FAGNART, « Éthique et médecine d'expertise », *Consilio*, 2011, livr. 4, p. 151.

<sup>5</sup> P.-H. DELVAUX, « La responsabilité des experts », in J. VAN COMPENOLLE et B. DUBUISSON (dir.), *L'expertise*, actes du colloque organisé par l'U.C.L. en mars 2001, Bruxelles, Bruylant, 2002, pp. 229 et s., n° 5, 11 et 12 ; « L'expertise médicale amiable et l'expertise judiciaire offrent-elles les mêmes garanties ? », in I. LUTTE (dir.), *Droit médical et dommage corporel - État des lieux et perspectives*, Limal, Anthemis, 2014, pp. 27-28.

juridique ou d'un conseil juridique) est un grief fréquemment formulé par la victime, celle-ci se plaignant soit d'être exclue ou tenue à l'écart du débat la concernant, soit d'être confrontée à un rapport signé par son médecin-conseil sans même avoir eu l'occasion d'en discuter avec celui-ci. C'est alors le temps où il est constaté que certains éléments n'ont pas été pris en considération.

Afin de pallier autant que possible un tel écueil, toute mission d'expertise doit prévoir, *même dans le cadre d'une expertise amiable contradictoire*, des préliminaires et un avis provisoire donnant ainsi l'occasion à chacune des parties de discuter avec son conseil technique, d'attirer son attention sur tel ou tel point « oublié » et ainsi de formuler ses observations, auxquelles les experts auront soin de répondre lors de la rédaction des conclusions de leur rapport<sup>6</sup>.

## V. Le rapport d'expertise médicale amiable et sa motivation

Dans une contribution intitulée « Motivation du rapport d'expertise médicale sous *monitoring* », Pascal Staquet rappelle très justement qu'« en réalité, le projet d'expertise n'est ni la preuve ni la solution du litige, il est la compréhension de celui-ci »<sup>7</sup>.

Si la détermination des taux des différentes incapacités apparaît comme importante lors de l'évaluation d'un dommage corporel, cette importance doit être sérieusement relativisée :

- d'une part, la fixation de tels taux (incapacité professionnelle, ménagère et personnelle) n'est assurément pas de la compétence exclusive des experts ;
- d'autre part, même lorsqu'elles invitent les experts à suggérer des taux, les parties n'attendent pas *seulement* des experts l'établissement d'un catalogue de taux. Elles sont à la recherche d'informations permettant de comprendre pourquoi, suite à un événement traumatisant, la victime se retrouve dans tel ou tel état.

Il est aisé pour chacun d'entre nous de comprendre que le borgne dont l'œil sain a été atteint lors d'un accident a perdu la vue.

Il est moins évident pour des non-initiés de comprendre pourquoi à la suite d'un accident d'apparence bénigne, une victime n'a pu reprendre une vie « normale », sa vie « d'avant »...

Au-delà du taux qui sera suggéré, l'expert ou le collègue d'experts participera pleinement à la recherche d'un règlement juste du litige si, après avoir collecté les informations et les plaintes de la victime, ils décrivent l'événement trauma-

<sup>6</sup> En ce sens, J.-L. FAGNART, « Éthique et médecine d'expertise », *Consilio*, 2011, livr. 4, p. 147 ; R. BOURSEAU, « Questions diverses liées à l'expertise », *Ann. dr.*, vol. 60, 2000, p. 344 ; P. LURQUIN, *Traité de l'expertise en toutes matières*, Bruxelles, Bruylant, 1985, p. 10 et pp. 22 et s.

<sup>7</sup> P. STAQUET, « Motivation du rapport d'expertise médicale sous *monitoring* », in I. LUTTE (dir.), *Droit médical et dommage corporel - État des lieux et perspectives*, Limal, Anthemis, 2014, p. 163.

tisant, son impact sur le corps (englobant le physique et le psychique) et ses conséquences dans la vie de la victime.

## Conclusion

L'expertise médicale amiable contradictoire peut-elle survivre ? Il y a lieu de répondre positivement à cette question. Mais cette réponse est *conditionnelle*. Elle ne pourra survivre que :

- pour autant qu'elle soit considérée comme une mesure d'instruction à part entière justifiant de la part des parties et des experts qu'elles mandatent autant d'attention que celle habituellement réservée aux expertises judiciaires ;
- pour autant qu'elles répondent aux étapes (notamment l'envoi de préliminaires) et aux qualités essentielles à toutes expertises, ces qualités étant l'éthique des experts, la rigueur avec laquelle les travaux ont été menés et la motivation des conclusions. Un rapport d'expertise ne peut plus être (seulement) un catalogue de taux.

Isabelle LUTTE  
*Avocate au barreau de Bruxelles*