

L'expert médical et la Régie des rentes du Québec



AVANT-PROPOS

Voici un exemplaire du document *L'expert et la Régie des rentes du Québec*.

Ce document rassemble les notions médicales et médico-légales utiles aux médecins qui font des expertises pour la Régie des rentes. Il devrait donc vous aider dans la rédaction de vos rapports d'expertise pour la Régie.

Nous vous invitons à le consulter régulièrement et à nous faire parvenir vos commentaires et recommandations.

Les sections 3, 4, 5 et 6 ont été soumises à l'approbation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et de la Société des médecins experts du Québec et elles respectent les recommandations du guide publié par le Collège des médecins du Québec.

Nous espérons que cet outil vous aidera à faire des expertises de qualité.

D^{re} Suzanne Trempe-Gourdeau
Service de l'évaluation médicale
Régie des rentes du Québec

Pour toute question ou commentaire, vous pouvez communiquer avec :

D^{re} Nathalie Dubé
Chef d'équipe
1 888 249 5137, poste 3230
ou (418) 657-8709, poste 3230
nathalie.dube@rrq.gouv.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

Préface	6
Section 1 Le traitement médical d'une demande de rente d'invalidité	7
1.1 La première étude	8
1.2 Le processus de révision	8
1.3 Le recours au Tribunal administratif du Québec	9
1.4 La réévaluation médicale	10
1.5 L'analyse médicale par le médecin évaluateur	10
1.6 La demande d'expertise médicale	11
1.7 La rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec	11
Section 2 Les particularités concernant l'invalidité à 60 ans	12
Section 3 Le choix d'un expert	15
<i>Les qualités requises :</i>	
3.1 La compétence médicale et scientifique	16
3.2 La compétence médico-légale	17
3.3 L'impartialité.....	17
3.4 Les qualités humaines	17
3.5 Le sens de l'organisation	18
Section 4 Le rôle de l'expert	19
4.1 L'analyse médico-légale	20
4.2 Une opinion en termes de probabilité	20

Section 5	Lois et règlements s'appliquant à l'expertise	21
5.1	La confidentialité et l'accès aux renseignements personnels	22
	l'information au requérant.....	22
	le secret professionnel	22
	la confidentialité et la sécurité	23
	l'accès au rapport d'expertise	23
	le consentement	23
5.2	Le Code de déontologie des médecins	23
	les devoirs et obligations du médecin expert	23
	les normes scientifiques élevées	23
Section 6	L'expertise médicale	24
6.1	Le dossier du médecin expert	25
6.2	Le déroulement de l'entrevue	25
6.3	Le contenu du rapport d'expertise	26
6.4	Remarques importantes	28
Section 7	L'article 95 de la loi RRQ	29
	<i>Explication de certains termes</i>	
	régulièrement	31
	occupation véritablement rémunératrice	31
	invalidité prolongée	31
	maladie traitable	31
	en fonction de la personne en cause	32
	que la guérison soit probable à moyen terme	32
Section 8	Le degré de preuve requis	33
8.1	La prépondérance de la preuve	34
8.2	La qualité de la preuve	35
8.3	Le poids des éléments de preuve	35

Section 9	Éléments à considérer dans la rédaction d'une expertise	36
9.1	Conclusion pertinente	37
9.2	Motivation de l'opinion	39
9.3	Discussion du problème allégué	40
9.4	Poids de l'opinion du médecin traitant	41
9.5	Obtention de l'information complémentaire	41
9.6	Discussion du traitement et du pronostic	42
Section 10	Quelques mots sur les conditions multiples	43
Section 11	À propos des mots utilisés	45
Section 12	L'entente entre la RRQ et la FMSQ	47
Remerciements	52
Petit lexique des termes utilisés en matière d'invalidité	53
Bibliographie	54

PRÉFACE

Le service de l'évaluation médicale de la Régie fait régulièrement appel à des médecins experts pour l'analyse médicale des dossiers.

La Régie peut avoir besoin de l'opinion d'un expert :

- lorsque l'information donnée par le médecin traitant est insuffisante ou ambiguë et ne permet pas de traiter adéquatement le dossier ;
- lorsque la demande est complexe sur le plan médical et requiert l'opinion d'un spécialiste.

L'expertise a pour objet d'évaluer l'état de santé d'un requérant et d'estimer l'importance de ses incapacités fonctionnelles. Elle doit permettre à la Régie d'établir si ce requérant est invalide au sens de l'article 95 de la *Loi sur le Régime de rentes du Québec*.

L'expert peut être appelé à témoigner devant le Tribunal administratif du Québec (TAQ) et à défendre son opinion.

Dans le présent document, la Régie précise d'abord les qualités qu'elle exige des experts dont elle retient les services et définit leur rôle puis, après un rappel de la réglementation qui encadre l'expertise médicale, elle leur fait part de ses attentes en ce qui concerne le contenu du rapport d'expertise médicale.

Section 1

LE TRAITEMENT MÉDICAL D'UNE DEMANDE DE RENTE D'INVALIDITÉ

1.1 La première étude

1.2 Le processus de révision

1.3 Le recours au Tribunal administratif du Québec

1.4 La réévaluation médicale

1.5 L'analyse médicale par le médecin évaluateur

1.6 La demande d'expertise médicale

1.7 La rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec

LE TRAITEMENT MÉDICAL D'UNE DEMANDE DE RENTE D'INVALIDITÉ

La Régie des rentes du Québec a été créée par la *Loi sur le régime de rentes du Québec* pour administrer le Régime de rentes du Québec.

Ce régime prévoit, entre autres, le paiement d'une rente d'invalidité au travailleur qui a suffisamment cotisé au régime et qui est déclaré invalide par la Régie.

1.1 La première étude

Le rapport médical est versé au dossier du requérant dont l'admissibilité est d'abord vérifiée sur le plan administratif (cotisations ou gains suffisants, etc.).

Si tout est conforme à ce niveau, le dossier est soumis au Service de l'évaluation médicale.

Dans un premier temps, une infirmière regarde le dossier et vérifie si les renseignements qu'il contient sont suffisants pour que le médecin évaluateur puisse donner son opinion sur l'invalidité. S'ils sont insuffisants, elle demande le consentement du requérant et elle fait venir des hôpitaux ou organismes les suivis ou rapports d'examens pertinents.

Lorsque le dossier lui semble complet, elle le transfère à un des médecins évaluateurs de la Régie pour étude. Ce dernier doit évaluer les déficiences du travailleur et les incapacités qui en résultent à la lumière des pièces fournies et juger si elles correspondent à la définition imposée par la loi. (Voir section 7.)

Si le médecin évaluateur juge le requérant invalide, il retourne le dossier avec son opinion à un agent de rente qui rend la décision et met en paiement la rente d'invalidité. La rente est payée à compter du 4^e mois suivant celui où la personne a été reconnue invalide par la Régie.

Par contre, si le requérant est jugé non invalide, une infirmière du service de l'évaluation médicale communique avec lui pour l'informer de notre intention de lui refuser la rente et lui explique les motifs de notre refus. Elle vérifie s'il a d'autres informations à nous fournir et lui explique les recours possibles.

1.2 Le processus de révision

Le requérant insatisfait de la décision rendue lors de la première étude peut en demander la révision dans l'année suivant la décision. Le dossier est alors acheminé au Service de l'évaluation médicale pour étude en révision. Un autre médecin évaluateur en fait l'analyse et demande au besoin de l'information additionnelle ou une expertise.

Si, à la suite d'un refus en révision, le requérant va en appel devant le Tribunal administratif du Québec (TAQ), c'est avec l'opinion du médecin évaluateur, les expertises et tous les autres documents médicaux du dossier que l'avocat de la Régie devra soutenir la décision finale de la Régie devant ce Tribunal.

1.3 Le recours au Tribunal administratif du Québec

Le recours au TAQ, pour sa part, se fait par dépôt d'une requête au secrétariat du TAQ, au greffe de la Cour du Québec ou d'un palais de justice dans les 60 jours de la réception de la décision (article 110 de la *Loi de la Justice Administrative*).

C'est à cette étape que le Service juridique de la Régie entre en jeu pour préparer le dossier en vue de l'audience qui sera fixée par le TAQ.

L'avocat chargé du dossier fait une analyse de la preuve en fonction des normes et des critères reconnus par la jurisprudence, en matière d'invalidité suivant l'article 95 de la loi RRQ. Il évalue la force probante de son dossier et s'assure qu'il est complet et convaincant.

S'il y a dépôt de nouveaux documents par l'appelant, comme cela se produit souvent, l'avocat les soumet au Service de l'évaluation médicale pour avoir l'opinion d'un médecin évaluateur sur leur valeur. L'avocat de la Régie peut obtenir un complément à l'opinion du médecin évaluateur. Au besoin, de nouvelles expertises médicales peuvent être demandées avec le consentement de l'appelant et de son avocat.

L'audience au TAQ est un procès où l'appelant a le fardeau de démontrer que la Régie a erré en refusant de le reconnaître invalide. L'appelant n'est pas obligé d'être représenté devant le TAQ. S'il choisit de l'être, ça ne peut être que par un avocat. La Régie peut être représentée par un avocat.

Les membres du TAQ reçoivent le dossier complet avant l'audience et en prennent connaissance. Ils entendent le témoignage de l'appelant, s'il est présent, et de ses témoins, le cas échéant (ce peut être le conjoint de l'appelant, son médecin de famille, le médecin expert, etc.). Ils entendent également l'avocat de la Régie et, le cas échéant, les médecins experts de la Régie.

Le TAQ rend une décision motivée par écrit après avoir entendu la preuve et les représentations des parties.

La décision du TAQ est finale et sans appel.

1.4 La réévaluation médicale

Dans de rares cas, lorsqu'un requérant est reconnu invalide par la Régie, une réévaluation médicale peut être demandée. Si l'incapacité actuelle du requérant laisse des séquelles graves et prolongées, mais ne risque pas d'entraîner le décès, et si une amélioration est encore possible, quoique incertaine, la Régie peut demander une réévaluation.

En effet, s'il y a des chances d'amélioration avec des traitements ordinaires, l'invalidité ne peut être considérée comme permanente. Une exception peut être faite à ce principe pour les cas qui répondraient favorablement à un traitement exceptionnel, comme la greffe d'organe, et ceux où, en raison de l'âge du requérant et de la particularité de sa maladie (certaines dépressions majeures, cancer...), le traitement est très long et où une amélioration est encore possible, quoique incertaine.

Le médecin évaluateur peut, dans ces cas, reconnaître le requérant invalide tout en prévoyant une réévaluation après une période d'au moins un an.

Pour mettre fin à la rente d'invalidité, la réévaluation **devra démontrer une amélioration significative de l'état du requérant** déjà reconnu invalide. Il appartient à la Régie de faire cette démonstration.

1.5 L'analyse médicale par le médecin évaluateur

Tous les rapports médicaux sont étudiés par des médecins. Dans le processus décisionnel, le médecin évaluateur de la Régie fait l'analyse de toute la documentation fournie, s'assure qu'elle est complète et qu'elle suffit pour soutenir l'opinion exprimée par le médecin traitant et pour étayer sa propre opinion. Il en compare le contenu et les conclusions. Il vérifie la concordance de la déclaration du requérant avec l'histoire notée au dossier et les examens cliniques et paracliniques. Le diagnostic doit s'inscrire dans la suite logique des données qui précèdent et être accompagné d'un pronostic lié à l'évolution et aux traitements appliqués. C'est en tenant compte de ces éléments que le médecin évaluateur pourra se prononcer sur l'aptitude au travail du requérant.

L'invalidité que l'on cherche à évaluer est liée à des maladies physiques ou psychiques reconnues qui ont comme point de référence les systèmes de classification internationale (le CIM-9 et le DSM-IV)¹. Pour que l'on puisse parler d'invalidité, elles doivent entraîner des incapacités et, du même coup, des limitations fonctionnelles et des restrictions dans les activités du travail et de la vie courante.

Selon l'importance des limitations et restrictions, le requérant pourra être considéré comme invalide au sens de la loi. Par ailleurs, s'il a suffisamment de capacités résiduelles pour accomplir un travail moins exigeant, les prestations d'invalidité lui seront refusées, même si ce travail devait être moins lucratif. La décision du médecin de la Régie, comme l'opinion du médecin traitant, doit être motivée et confirmée par les faits et la documentation portée au dossier.

¹ CIM-9 : Classification internationale des maladies
DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

1.6 La demande d'expertise médicale

Si malgré la documentation que contient le dossier, le médecin évaluateur ne peut émettre une opinion, il peut demander à un médecin expert indépendant de la Régie, mais bien au fait des exigences de la loi, d'évaluer l'aptitude au travail du requérant.

La Régie s'est constitué une banque de médecins de différentes spécialités qui pratiquent dans différentes régions du Québec. Cette liste est modifiée régulièrement par des ajouts ou des retraits.

La Régie a établi ses exigences quant à l'expertise, qui doit être rigoureuse. L'expert est tenu de donner son opinion et de la motiver à partir de l'analyse qu'il fait des documents, de ses constatations et des examens paracliniques qui lui sont soumis.

Sur réception du rapport d'expertise, le médecin évaluateur revoit l'ensemble du dossier, il évalue la gravité de l'incapacité du travailleur et il en estime la durée. Une fois son opinion arrêtée, sa recommandation est acheminée à l'instance administrative concernée.

1.7 La rente d'invalidité de la Régie des rentes du Québec

La **rente d'invalidité** est versée par le Régime de rentes du Québec pour assurer un revenu de base au travailleur qui est reconnu invalide selon les critères établis. Elle n'a pas pour objet de compenser une perte de revenu consécutive à une incapacité de travail temporaire, ni un pourcentage de déficit anatomo-physiologique ou de douleur, ni la perte de jouissance de la vie (comme c'est le cas pour les indemnités versées par la CSST ou la SAAQ).

Si la clientèle est parfois la même que celle de la CSST ou de la SAAQ, elle est aussi souvent plus large, n'étant pas limitée aux accidentés du travail ou de la route. À la Régie, le droit aux prestations d'invalidité n'est pas lié à un événement déclencheur, et l'invalidité n'est pas mesurée en termes de pourcentages.

Par ailleurs, une personne peut recevoir une indemnité de la CSST, d'une compagnie d'assurances, de la SAAQ ou de tout autre organisme, sans que son invalidité ne soit suffisamment grave et prolongée pour qu'elle obtienne les prestations d'invalidité de la Régie des Rentes du Québec.

Section 2

LES PARTICULARITÉS CONCERNANT L'INVALIDITÉ À 60 ANS

Section 2

LES PARTICULARITÉS CONCERNANT L'INVALIDITÉ À 60 ANS

À partir de 60 ans, le critère d'admissibilité à la rente d'invalidité peut, en certaines circonstances, être différent de celui applicable pour les personnes de moins de 60 ans. Le cotisant, même s'il est médicalement encore capable d'occuper certains types d'emplois, pourra être reconnu invalide si :

- son état de santé le rend régulièrement incapable d'exercer l'activité habituelle rémunérée qu'il exerçait au moment où il a cessé de travailler ;
- la cause de la cessation de travail était l'invalidité, de nature permanente ou indéfinie.

Plusieurs considérations médico-administratives s'appliquent ainsi à l'**admissibilité** d'un requérant âgé d'au moins 60 ans :

- Le dernier emploi considéré comme habituel et rémunéré peut être différent de l'emploi que le cotisant a occupé durant la majeure partie de sa vie.
- Le dernier emploi occupé pourrait ne pas être l'emploi à considérer lors de l'évaluation de l'invalidité s'il n'a pas été suffisamment rémunéré.
- La date de cessation de travail est celle où le dernier emploi considéré comme rémunéré a cessé de l'être. La date de cessation de travail peut donc être antérieure à l'arrêt de travail complet si le cotisant a travaillé à temps partiel.
- Si l'arrêt de travail n'est pas motivé par une incapacité invalidante, le requérant pourrait ne pas être admissible à 60 ans (de plus en plus, les entreprises offrent des programmes de retraite avant l'âge de 65 ans, il y a aussi des mises à pied et des fins de contrat).
- Une maladie aiguë à caractère temporaire motive parfois un arrêt de travail, mais ne rend pas pour autant le requérant incapable de façon permanente d'occuper son emploi habituel rémunéré.

Voici quelques exemples pour illustrer les différentes subtilités de la loi :

- ***Situation 1 : la rente d'invalidité est accordée à 60 ans.***

Un cotisant âgé de 61 ans a dû renoncer à son métier de manœuvre, travail ardu, à cause d'une insuffisance coronarienne modérée. Il fait une demande de prestations d'invalidité. Comme il a suffisamment cotisé au régime de rentes et qu'il ne peut plus faire son travail habituel, la rente d'invalidité lui sera accordée.

- **Situation 2: la raison de cessation de travail est autre que médicale.**

Un cotisant de 61 ans arrête de travailler pour prendre une retraite à un moment où son état de santé lui permet encore de continuer son travail de chauffeur d'autobus. Trois mois après avoir cessé de travailler, sans aucun signe d'insuffisance coronarienne antérieure, il fait un infarctus du myocarde, maladie incompatible avec le travail de chauffeur d'autobus. Il fait sa demande de prestations d'invalidité. Il n'aura pas droit à une rente d'invalidité à 60 ans, car il n'a pas quitté son occupation habituelle rémunérée pour cause de maladie et il ne peut non plus être considéré comme inapte à tout emploi, car son état de santé actuel lui permet d'avoir une autre occupation rémunératrice, par exemple, commis de bureau.

- **Situation 3: l'occupation à considérer est déterminée administrativement.**

Un cotisant âgé de 61 ans, a travaillé pendant 35 ans comme bûcheron. Il subit une discoïdectomie L5-S1 pour une hernie discale. Les limitations fonctionnelles qui en résultent l'empêchent de reprendre son travail de bûcheron, qui est très exigeant. Son beau-frère, qui est le président de la compagnie forestière, lui offre un poste administratif de 35 heures par semaine. Il s'agit d'un travail sédentaire lui permettant de changer de position à sa guise. Le requérant occupe ce poste depuis 6 mois, puis il cesse ce travail à cause de lombalgies qu'il ressent en fin de journée depuis la chirurgie. Dans cette situation, le requérant n'aura pas droit à la rente d'invalidité, car le travail à considérer est le travail administratif et les limitations fonctionnelles entraînées par sa discoïdectomie sont compatibles avec un travail léger ou sédentaire.

- **Situation 4: la raison de la cessation du travail est une maladie non invalidante.**

Une cotisante de 61 ans, vendeuse dans une boutique de lingerie féminine, subit une fracture non compliquée de la cheville gauche. Elle décide alors de quitter définitivement son travail. Elle adresse une demande de rente d'invalidité à la Régie. La fracture de la cheville récupère bien. L'invalidité est temporaire et ne l'empêcherait pas de reprendre son travail habituel. La rente d'invalidité lui est refusée.

Conclusion

Il est donc **important**, pour les cotisants âgés de plus de 59 ans, **que l'expert statue non seulement sur la capacité à s'acquitter du travail habituel, mais aussi sur la capacité à faire tout autre travail**. Si les dispositions concernant l'invalidité à 60 ans ne peuvent être appliquées au cotisant, la Régie se prononcera sur sa capacité à occuper un autre emploi.

Section 3

LE CHOIX D'UN EXPERT

LES QUALITES REQUISES

3.1 La compétence médicale et scientifique

3.2 La compétence médico-légale

3.3 L'impartialité

3.4 Les qualités humaines

3.5 Le sens de l'organisation

LE CHOIX D'UN EXPERT

Pour la Régie, le médecin qui agit en tant qu'expert doit avoir des connaissances de niveau élevé, acquises par l'étude et l'expérience ; il est mandaté pour évaluer avec objectivité une situation relevant de son champ de compétence et il doit fournir une opinion en toute indépendance.

LES QUALITÉS REQUISES

3.1 La compétence médicale et scientifique

L'expertise devient généralement nécessaire lorsque le traitement d'une demande exige des connaissances médicales ou scientifiques poussées. **L'opinion est d'autant plus crédible** qu'elle est émise par une personne dont la compétence est reconnue dans le domaine.

« La compétence inclut la **connaissance** théorique, mais aussi l'**expérience** acquise dans un domaine, un champ de spécialité précis. (...) »

Si la compétence d'un expert lui confère plus de crédibilité,
elle n'est toutefois pas suffisante.

**La valeur probante de l'opinion
repose d'abord sur la qualité de la motivation
et des éléments sur lesquels cette motivation s'appuie. »²**

². *Guide de l'expert*, SAAQ.

3.2 La compétence médico-légale

L'expertise médicale est différente d'une consultation médicale.

Les éléments d'information recueillis par l'expert, ses explications, ses opinions motivées doivent éclairer ceux qui ont le mandat de décider.

En conséquence, l'expert se doit d'être familier avec la problématique médico-légale :

- la notion de prépondérance en ce qui concerne la preuve ;
- l'usage que font les parties impliquées des résultats de l'expertise.

Il doit avoir une connaissance d'usage des lois et de la réglementation applicables au contexte de l'expertise (ex : Code de déontologie des médecins, cf. chapitre sur la réglementation).

De plus « le médecin traitant devrait refuser de devenir le médecin expert de ses patients, afin d'éviter de se retrouver dans une situation de conflits d'intérêts ». (avis du Syndic de la Corporation professionnelle des médecins du Québec).

3.3 L'impartialité

L'expert choisi par la Régie se doit d'être objectif.

Dans le cadre de son mandat, l'expert doit s'en remettre exclusivement à ses connaissances, à son habileté et à son expérience pour évaluer la situation qui lui est soumise. Il doit demeurer indépendant, c'est-à-dire maintenir une autonomie professionnelle totale dans ses rapports avec les parties, son rôle étant avant tout de faire valoir la vérité.

Tout comportement, attitude ou commentaire permettant de mettre en doute l'impartialité de l'expert vient diminuer sa crédibilité et peut devenir un motif suffisant pour écarter ses conclusions et opinions.

L'impartialité n'est pas incompatible avec les qualités humaines attendues de l'expert.

3.4 Les qualités humaines

Le médecin expert doit recevoir le requérant avec bienveillance. Bien qu'il soit indépendant de la Régie, l'expert est souvent, en un sens, le premier contact que le requérant a avec elle.

Il doit être courtois. Un mauvais accueil, voire un accueil perçu comme agressif par une personne fragilisée par la maladie et préoccupée par l'obtention de sa rente, peut être un obstacle à sa collaboration pourtant indispensable pour la reconstitution d'histoire médicale fidèle.

Il doit être **patient, objectif et compréhensif** à l'égard du requérant qu'il reçoit en expertise.

3.5 Le sens de l'organisation

La Régie souhaite de plus que le médecin expert qu'elle désigne fasse preuve d'un sens de l'organisation suffisant pour s'acquitter correctement de son mandat :

- rendez-vous accordé dans un délai raisonnable ;
- respect du calendrier des rendez-vous, voire souplesse, disponibilité ;
- promptitude dans l'envoi des rapports d'expertise ;
- archivage et secrétariat efficaces.

Section 4

LE RÔLE DE L'EXPERT

4.1 L'analyse médico-légale

4.2 Une opinion en termes de probabilité

LE RÔLE DE L'EXPERT

4.1 L'analyse médico-légale

L'expert doit faire l'étude du dossier médical que la Régie lui envoie avant de procéder à l'expertise. Négliger cette étude peut le mener à des conclusions erronées en raison de fausses prémisses ou par manque d'information.

Dans son rapport, l'expert doit discuter du dossier et, surtout s'il constate des invraisemblances médicales, signaler les erreurs ou les discordances.

Dans ses conclusions, il doit donner une opinion motivée sur les questions qui lui ont été soumises.

4.2 Une opinion en termes de probabilité

Si l'analyse médico-légale permet à l'occasion d'arriver à une démonstration indiscutable et évidente pour tous, plus souvent qu'autrement, l'expert doit composer avec une part d'incertitude. Fort heureusement, le droit n'exige pas la certitude : les intervenants doivent plutôt se prononcer sur ce qui est probable.

L'expert doit donc, par son analyse médico-légale, donner une opinion en termes de probabilité sur les questions qui lui sont posées. Il doit aussi motiver cette opinion.

Il doit prendre en considération **l'ensemble des éléments de preuve disponibles** :

- le dossier médical envoyé par la Régie ;
- les données médicales réunies lors de son expertise (lors du questionnaire, de l'examen physique ou psychologique) et les résultats des divers tests de laboratoire ou de radiologie ;
- les connaissances médicales acquises par la recherche et reconnues par la communauté scientifique et médicale.

N.B. Le sens donné aux mots doit être bien compris par tous les intervenants ; autrement, il y a risque de confusion ou de mauvaise interprétation.

Les termes tels **possible, plausible, compatible, etc.**, sont des équivalents de possibilités et ne donnent aucune information permettant de savoir s'il y a probabilité ou non. Le terme **vraisemblable** peut porter à confusion, il est préférable d'utiliser les termes **probable** ou **non probable**.

L'expert n'a pas à décider, il doit simplement donner son avis sur ce qui est probable. Si l'information et les données dont il dispose ne sont pas suffisantes pour le faire, il doit simplement en faire état dans son rapport.

Section 5

LOIS ET RÈGLEMENTS S'APPLIQUANT À L'EXPERTISE

5.1 La confidentialité et l'accès aux renseignements personnels

- L'information au requérant
- Le secret professionnel
- La confidentialité et la sécurité
- L'accès au rapport d'expertise
- Le consentement

5.2 Le Code de déontologie des médecins

- Les devoirs et les obligations du médecin expert
- Les normes scientifiques élevées

LOIS ET RÈGLEMENTS S'APPLIQUANT À L'EXPERTISE

Plusieurs lois et règlements encadrent l'activité professionnelle du médecin qui agit en tant qu'expert. Dans cette section, nous rappelons des éléments tirés du document du Collège des médecins : *Le médecin en tant qu'expert*.

5.1 La confidentialité et l'accès aux renseignements personnels

« Le médecin, en tant qu'expert, devrait avoir au moins une connaissance d'usage des lois qui régissent la protection de même que l'accès aux renseignements personnels, notamment :

- la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* ;
- la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* ;
- la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. »

• L'information au requérant

Le médecin expert doit s'identifier et préciser que :

- l'expertise est réalisée à la demande de la Régie des rentes,
- les renseignements obtenus dans le cadre de l'expertise sont nécessaires à l'étude de son dossier par la Régie,
- qu'ils seront détenus par la Régie en conformité avec la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*,
- qu'ils ne pourront être communiqués à d'autres personnes ou organismes ni vérifiés auprès d'eux que dans les cas prévus par la loi,
- qu'ils pourront aussi être utilisés à des fins de recherche, d'évaluation, d'enquête ou de sondage.

De plus, il doit informer le requérant :

- qu'il doit répondre aux questions et collaborer au bon déroulement de l'expertise à défaut de voir sa demande refusée par la Régie.
- qu'il peut se prévaloir d'un droit d'accès ou de rectification de ses renseignements personnels en transmettant une demande écrite, par la poste ou par télécopieur, au responsable de l'accès à l'information, dont voici les coordonnées :

Responsable de l'accès à l'information
Régie des rentes du Québec
2600, boul. Laurier, bureau 546
Québec (Québec) G1V 4T3
Télécopieur : (418) 643-9590

• Le secret professionnel

- « Le secret professionnel est reconnu comme un droit fondamental et protégé par la *Charte des droits et libertés de la personne* et par plusieurs lois, notamment le *Code des professions* et le *Code de déontologie des médecins*, qui permettent d'en évaluer l'objet et la portée. (...) »

- **La confidentialité et la sécurité**

« L'expert obtient beaucoup d'informations en cours d'expertise : des renseignements de nature médicale, mais aussi sur la vie professionnelle et privée de la personne soumise à l'expertise. Il doit donc respecter la confidentialité et faire preuve de discrétion.

Tous les documents contenant des renseignements personnels sont confidentiels. L'expert doit donc appliquer les règles de confidentialité permettant d'assurer la sécurité des renseignements personnels obtenus dans le cadre de son mandat. »

- **L'accès au rapport d'expertise**

« La personne soumise à l'expertise a le droit de prendre connaissance de tous les renseignements personnels la concernant, incluant le rapport d'expertise. (...) »

Cette demande devrait être adressée à la Régie, qui y donnera suite, sauf dans des cas particuliers (par exemple, si la connaissance du rapport peut causer préjudice au requérant).

- **Le consentement**

Lorsque le médecin expert a besoin de documents additionnels, par exemple, d'un dossier médical antérieur, ceux-ci peuvent être obtenus par la Régie ou par le médecin expert, avec l'autorisation écrite de la personne soumise à l'expertise.

5.2 Le Code de déontologie des médecins

- **Les devoirs et les obligations du médecin expert**

« Certains articles s'adressent de façon particulière au médecin expert. L'article 2.03.31 du *Code de déontologie* mentionne que lors de l'examen d'un patient en vue d'une expertise, le médecin expert doit : (...) »

- a) faire connaître à ce patient le but de son travail;
- b) s'abstenir d'obtenir de ce patient ou de lui faire toute révélation ou interprétation non pertinente à son travail;
- c) s'abstenir, à moins qu'il y ait juste cause, d'une parole ou d'un geste susceptible de diminuer la confiance du patient envers son médecin;
- d) communiquer son rapport à la personne ou à l'organisme qui a demandé (...) l'expertise.

En conséquence, le médecin expert doit respecter la personne soumise à l'expertise; il doit créer un climat propice à la cueillette d'informations et prendre les mesures nécessaires pour s'assurer de sa pleine coopération. La qualité de l'expertise ne pourra qu'en être améliorée. (...) »

- **Les normes scientifiques élevées**

« L'expertise doit être conforme aux principes scientifiques et aux normes médicales actuelles les plus élevées possible. À cette fin, le médecin expert doit tenir à jour ses connaissances, et même les perfectionner. (*Code de déontologie*, articles 2.03.14 et 2.03.15) (...) »

Section 6

L'EXPERTISE MÉDICALE

6.1 Le dossier du médecin expert

6.2 Le déroulement de l'entrevue

6.3 Le contenu du rapport d'expertise

6.4 Remarques importantes

L'EXPERTISE MÉDICALE

6.1 Le dossier du médecin expert

L'expert doit ouvrir un dossier pour chaque expertise qu'il fait et il doit le conserver pendant les **cinq années** qui suivent la date de la dernière inscription. Ce dossier est constitué des documents que la Régie lui a transmis et d'une copie du rapport d'expertise.

6.2 Le déroulement de l'entrevue

Le médecin expert doit expliquer clairement son mandat à la personne qui se présente pour expertise et l'informer qu'il a pris connaissance du rapport médical que la Régie lui a transmis à son sujet. Il doit veiller à créer un climat serein et l'inciter à la collaboration tout au long de l'entrevue.

Il peut, s'il le juge à propos et que cela n'interfère pas avec sa liberté professionnelle, accepter la présence d'un tiers durant l'expertise, c'est une possibilité qui est offerte à la personne soumise à l'expertise et non un droit. S'il refuse la présence d'un tiers, l'expert doit en faire connaître les raisons à la personne soumise à l'expertise.

« Le médecin expert se doit de respecter l'intégrité et la dignité de la personne soumise à l'expertise ainsi que son intimité. Notamment, si elle doit se déshabiller, le médecin doit lui donner la possibilité de se couvrir ; aussi, lors de l'examen physique, il ne doit pas forcer les mouvements au-delà des possibilités³. »

³. *Le médecin en tant qu'expert*, Collège des Médecins du Québec.

6.3 Le contenu du rapport d'expertise

1- L'INTRODUCTION

- données nominatives : nom, prénom, date de naissance, numéro d'assurance sociale
- modalités de l'entrevue : date, lieu, durée, collaboration
- objet de l'expertise : l'expert explique au requérant l'objet de son évaluation et les limites de son intervention

2- L'ÉTUDE DU DOSSIER

énumération succincte des documents consultés avant l'expertise en précisant les éléments particulièrement pertinents

3- L'HISTORIQUE ET L'ANAMNÈSE

- antécédents médicaux pertinents
- évolution des problèmes de santé et suivi
- habitudes de vie (dont l'histoire de la médication)
- état actuel du requérant (symptômes)
- impact des problèmes de santé sur le fonctionnement du requérant dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD)

4- L'EXAMEN PHYSIQUE OU PSYCHIQUE

L'examen doit être précis, complet (dans la spécialité concernée) et détaillé ; il doit être en relation avec l'objet de l'expertise.

5- LES TESTS COMPLÉMENTAIRES (si applicable)

Au besoin, s'il ne s'agit pas d'examens invasifs, des tests complémentaires peuvent être passés avec le consentement de la personne concernée, il y a lieu de commenter les résultats de ces tests.

6- L'ANALYSE ET LA DISCUSSION

À titre d'exemple :

- y a-t-il des discordances dans ce dossier
 - entre le langage verbal et le non verbal ?
 - entre les éléments subjectifs et objectifs ?
 - entre les éléments de l'examen et ceux du dossier ?
- y a-t-il des considérations particulières dans ce dossier qui peuvent affecter l'incapacité du requérant ?
- y a-t-il des commentaires qui seraient utiles dans ce dossier sur l'aspect douleur, sur l'aspect fatigue, sur d'autres aspects ?
- y a-t-il des commentaires à faire concernant les autres expertises au dossier ?

7- LA CONCLUSION (mandat de l'expert)

1) LE DIAGNOSTIC

- Quels sont les diagnostics que vous retenir dans ce dossier ?

2) LE TRAITEMENT

- Est-ce que les traitements sont appropriés et suffisants ?
- Y a-t-il d'autres traitements à suggérer ?
- La condition médicale du requérant est-elle stabilisée ? Est-il probable qu'elle s'améliore de façon significative avec le traitement en cours ou avec d'autres mesures thérapeutiques ? Et ce, dans un avenir prévisible ?

3) LE PRONOSTIC

Quel est le pronostic de récupération fonctionnelle, si le requérant a une thérapie optimale ?

4) LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

- Y a-t-il des limitations fonctionnelles permanentes ?
- Si oui, lesquelles ?
- Selon votre évaluation et votre spécialité, ces limitations empêchent-elles le requérant d'occuper régulièrement un emploi à temps plein ?

L'expert doit tenir compte uniquement de la condition médicale ; il ne doit pas tenir compte des facteurs socio-économiques, de l'âge, de la scolarité, de la disponibilité des emplois, etc.

6.4 Remarques importantes

Pour la rédaction du rapport d'expertise

- Éviter de se prononcer hors spécialité. L'expert peut suggérer une expertise dans une autre spécialité, mais c'est la Régie qui s'occupera de demander cette expertise.
- Éviter les commentaires non pertinents.
- Ne pas remettre le rapport d'expertise au requérant, ni au médecin traitant. Si l'expert juge qu'il est dans l'intérêt du médecin traitant de prendre connaissance de ce rapport, il doit en informer la Régie.
- Le requérant ou son médecin peut obtenir une copie du rapport d'expertise. Il suffit qu'il en fasse la demande par écrit au Service de l'évaluation médicale.

Par rapport au requérant

- Ne pas entreprendre le traitement du requérant.
- Ne pas faire part de sa conclusion au requérant. La décision finale appartient à la Régie.
- En effet, le médecin-expert doit se prononcer sur **les incapacités fonctionnelles relevant de son champ d'expertise** et non pas sur l'invalidité au sens de l'article 95 de la loi, parce que cet article comprend des aspects médicaux et administratifs ; **c'est la Régie qui, à l'aide du rapport d'expertise, se prononcera sur l'invalidité au sens de la loi.**

En ce qui concerne les données subjectives

- Dans les cas qui le nécessitent, l'expert se doit **d'aborder les données subjectives de front** et de les discuter (douleur, fatigue, etc.).
Par exemple, au regard d'un problème douloureux, l'expert devra commenter ce problème à la lumière de son examen, du dossier du requérant, de son expérience clinique et, s'il y a lieu, de la littérature médicale appropriée.
- L'utilisation du mot **possible** est, en règle générale, à éviter dans un contexte légal. Pour rendre sa décision, la Régie recherche ce qui est **probable**.

L'usage qui sera fait de l'expertise

- Lors de la rédaction, l'expert doit savoir que son texte sera lu, analysé, discuté et critiqué par des médecins évaluateurs, des réviseurs, des avocats, des juges administratifs, le requérant, etc.
- Il doit aussi savoir qu'en règle générale, il n'aura pas l'occasion de venir défendre son opinion. C'est pourquoi il est important que l'expertise soit bien documentée, que la discussion y soit rigoureuse, structurée et logique.
- En somme, il serait dommage que l'opinion de l'expert soit rapidement mise de côté à cause d'un vice de présentation.

Section 7

L'ARTICLE 95 DE LA LOI RRQ

Explication de certains termes

L'ARTICLE 95 DE LA LOI RRQ

« 95. Une personne n'est considérée comme invalide que si la Régie la déclare atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée.

Une invalidité n'est grave que si elle rend la personne régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice.

En outre, dans le cas d'une personne âgée de 60 ans ou plus, une invalidité est grave si elle rend cette personne régulièrement incapable d'exercer l'occupation habituelle rémunérée qu'elle détient au moment où elle cesse de travailler en raison de son invalidité.

Une invalidité n'est prolongée que si elle doit vraisemblablement entraîner le décès ou durer indéfiniment.

La Régie peut établir par règlement des conditions et circonstances qui, lorsqu'elles sont réunies, permettent de considérer qu'une personne est invalide. »

Le débat d'après l'article 95 de la loi RRQ ne consiste pas à déterminer si le cotisant est atteint d'une *invalidité physique ou mentale grave* au sens de la compréhension médicale de cette expression.

L'article 95 de la loi RRQ introduit une définition spécifique de cette expression. *Une invalidité physique ou mentale*, par décision du législateur, est présumée être grave toutes les fois qu'un cotisant est *régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice*. La jurisprudence va d'ailleurs dans ce sens :

« D'autre part, cette invalidité ne doit pas être totale en ce sens que l'appelant doit être impotent ou immobile. En effet, la Commission a déjà décidé qu'il suffit d'une invalidité partielle permanente ou prolongée qui rend un cotisant incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice (...). Dans le cas sous étude, la Commission est donc d'avis que l'appelant est invalide même s'il est capable de répondre au téléphone et de prendre des notes, comme le dit son médecin traitant. »⁴

⁴ (1980) C.A.S. 338 à 341, p. 341.

... régulièrement

L'utilisation du mot *régulièrement* impose une prudence certaine lorsqu'on est en présence d'un cotisant dont l'état est instable. En effet, la jurisprudence est empreinte d'un réalisme qui traduit les exigences légitimes d'un employeur normal :

« ...Une personne est capable **régulièrement** d'occuper un emploi véritablement rémunérateur lorsque cette occupation offre des **garanties de constance et de continuité raisonnables**. »⁵

... occupation véritablement rémunératrice

Rappelons également que l'utilisation des mots *occupation véritablement rémunératrice* implique, en règle générale, une capacité de travailler à temps plein ; cela provient notamment du *Règlement sur les prestations*, qui édicte qu'un travail véritablement rémunérateur correspond à un travail qui, considéré sur une base annuelle, donnerait une rémunération supérieure à 12 fois la rente d'invalidité maximale pour un mois, ce qui donne en pratique 10 842 \$ en 1999. Ainsi, une personne qui aurait, du point de vue médical, une capacité de travailler d'environ 20 heures par semaine pourrait être reconnue invalide, si son travail ne peut être qualifié de véritablement rémunérateur, la jurisprudence ayant généralement défini cette notion au regard du salaire minimum qui est actuellement de 6,90 \$ l'heure.

... invalidité prolongée

Lorsque le cotisant se trouve dans un état d'invalidité grave au sens de la loi RRQ, intervient alors le second critère prévu à l'article 95, soit celui de la durée. Encore une fois, la loi RRQ introduit une définition spécifique de ce qui est *prolongé*, soit une condition *qui doit vraisemblablement entraîner le décès ou durer indéfiniment*.

... maladie traitable

« Étant donné que l'invalidité au sens de l'article précité doit être prolongée, il importe d'apprécier sa durée lors de l'étude d'une demande de rente. Pour ce faire, il faut évidemment tenir compte de **la nature de la maladie** qui empêche un requérant de travailler et de son **évolution probable**. Appelé à prévoir cette évolution, **on ne peut certes faire abstraction de l'aspect curatif de la médecine**. Pour cette raison, la Commission souscrit en principe à la proposition qui veut que lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie qui est traitable, elle n'est pas invalide au sens de l'article 109 (aujourd'hui 95) du Régime de rentes du Québec. »

⁵. (1981) C.A.S. 389 à 394, p. 394.

... en fonction de la personne en cause

« La Commission est cependant d'avis qu'il faut envisager la possibilité d'un traitement en fonction de la personne en cause, évaluant pour elle ses chances de réussite. En présence d'une maladie comme (...), on ne peut examiner le traitement uniquement sur une base théorique et prétendre que, par un effort de volonté, toute personne qui en est atteinte peut en guérir.

(...)

Considérant l'ensemble de la preuve soumise, la Commission estime qu'il lui a été démontré que l'appelant est invalide au sens de l'article 109 (aujourd'hui 95) du Régime de rentes du Québec. Elle retient cette conclusion parce que d'une part l'appelant est régulièrement incapable, compte tenu de son problème d'alcoolisme, de détenir une occupation véritablement rémunératrice et d'autre part cette situation est, dans son cas, susceptible de durer indéfiniment étant donné les faibles possibilités de traitement. »⁶ (Nous ajoutons les éléments entre parenthèses)

... que la guérison soit probable à moyen terme

Ainsi, une condition médicale ne saurait être qualifiée de non prolongée pour l'unique raison qu'une guérison est possible. En plus d'être possible, il faut également que la guérison soit probable à moyen terme :

« Celle-ci, plusieurs années après son arrêt de travail de 1989, demeure atteinte de façon sévère et chronique.

Tenant compte de la persistance dans le temps des symptômes ainsi que de l'impossibilité démontrée par l'appelante jusqu'à présent de surmonter sa maladie, la Commission considère qu'il y a lieu de poser en son cas un constat d'invalidité.

Les experts médicaux, spécialistes en ce domaine, expriment qu'il demeure possible à une personne ainsi atteinte de venir à bout de (...) au prix d'efforts personnels et de persévérance. **Une telle issue favorable, aussi intéressante soit-elle, doit à tout le moins être concevable à moyen terme, ce qui n'apparaît malheureusement pas le cas à propos de l'appelante.** »⁷

Enfin, soulignons que le vieil adage « trop fort casse pas » est parfois d'actualité, c'est-à-dire que dans un cas où le cotisant est vraisemblablement capable de travailler actuellement, il n'est pas interdit d'ajouter que sa capacité de travail pourrait, au surplus, s'améliorer si ...

⁶. (1977) C.A.S. 613 à 615, p. 615.

⁷. C.A.S., RR-14048, 96-04-19, p. 11 et 12.

Section 8

LE DEGRÉ DE PREUVE REQUIS

8.1 La prépondérance de la preuve

8.2 La qualité de la preuve

8.3 Le poids des éléments de preuve

LE DEGRÉ DE PREUVE REQUIS

8.1 La prépondérance de la preuve

Il est de jurisprudence indéfectible⁸ que le degré de preuve applicable est celui de la prépondérance, soit un principe qui nous semble adéquatement défini à l'article 2804 du *Code civil du Québec* :

« 2804. La preuve qui rend l'existence d'un fait plus probable que son inexistence est suffisante, à moins que la loi n'exige une preuve plus convaincante. »

Ainsi, celui sur qui repose le fardeau de la preuve ou, en d'autres termes, la charge de convaincre, doit apporter une preuve qui tend à démontrer l'existence du droit dont il se réclame. Un fois qu'il a terminé sa preuve, il appartient à celui qui veut nier l'existence du droit réclamé d'apporter une contre-preuve.

Une fois ce processus terminé, les preuves de l'un et de l'autre sont pour ainsi dire *soupesées*. C'est une démarche subtile qui fait beaucoup plus référence à la qualité de la preuve qu'à sa quantité.

⁸ Voir notamment : C.A.S., RR-14355, 97-02-14, p. 14.

8.2 La qualité de la preuve

Celui sur qui repose la charge de convaincre a l'obligation d'apporter une preuve plus lourde, plus probante, que celle de l'autre partie. Une preuve qui ne serait qu'égale à celle de l'autre partie ne saurait suffire.

Dans ce contexte dynamique, on doit savoir s'ajuster à la qualité de la preuve apportée au dossier par celui qui a la charge de convaincre. Lorsque la partie qui a le fardeau de la preuve ne verse au dossier qu'une preuve de qualité médiocre, il est plus facile de la contrer que lorsqu'il s'agit d'une preuve de grande qualité. Il ne faut toutefois jamais oublier qu'une plume a plus de poids que rien du tout, d'où l'importance de bien évaluer le poids respectif des preuves qui s'opposent et de toujours avoir pour objectif de fournir au moins la preuve requise selon sa position relative dans le débat.

Enfin, le degré de preuve requis étant celui de la prépondérance, cela a pour effet d'exclure d'autres fardeaux plus exigeants, tels ceux de « l'intime conviction » ou, pire, du « hors de tout doute » :

« Le système dans lequel le juge serait maître de sa conviction, si je peux m'exprimer ainsi, peut se concevoir. Il s'agit du système dit de « l'intime conviction ». Dans un tel régime, le juge serait absolument libre de se laisser convaincre ou non par les moyens de preuve soumis par les plaideurs. (...)

À ce système, notre législateur a préféré le système légal. (...)

Il est bien connu que dans un procès criminel, la Couronne doit prouver la culpabilité de l'accusé, au-delà du doute raisonnable. Dans les procès civils, c'est la règle de la prépondérance qui s'applique. »⁹

8.3 Le poids des éléments de preuve

L'appréciation du poids qui doit être donné à un élément de preuve est une opération délicate, subtile et, à certains égards, subjective. De plus, il s'agit d'une appréciation appelée à varier d'un dossier à l'autre. Par exemple, une contre-preuve constituée d'une expertise de qualité médiocre peut suffire pour rejeter une demande dans un dossier où la preuve faite par le cotisant est elle-même médiocre. Toutefois, la même contre-preuve peut ne plus suffire dans un dossier où le cotisant aurait lui-même déposé une expertise de grande qualité.

Comment peut-on soupeser une expertise ? D'abord, il ne faut jamais perdre de vue que tout notre système de preuve repose sur **un objectif ultime, celui de convaincre un décideur, quel qu'il soit.**

Cet objectif en tête, on peut déterminer certains éléments constitutifs d'une bonne expertise. Ces éléments ne sont pas en ordre d'importance et ne sont pas complets.

⁹ L. DUCHARME, *Précis de la preuve*, Ottawa, Éditions de l'Université d'Ottawa, 1980, p. 2 et 26.

Section 9

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER DANS LA RÉDACTION D'UNE EXPERTISE

9.1 Conclusion pertinente

9.2 Motivation de l'opinion

9.3 Discussion du problème allégué

9.4 Poids de l'opinion du médecin traitant

9.5 Obtention de l'information complémentaire

9.6 Discussion du traitement et du pronostic

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER DANS LA RÉDACTION D'UNE EXPERTISE

9.1 Conclusion pertinente

La conclusion est-elle clairement pertinente au regard du mandat ?

Les conclusions de l'expert doivent porter spécifiquement sur les questions posées :

« L'expert doit préparer sous sa signature un rapport dans lequel, après avoir dressé le procès-verbal de ses opérations, il doit énoncer ses conclusions avec motifs à l'appui. Ces conclusions doivent porter exclusivement sur les questions rentrant dans le cadre du mandat. Elles doivent être claires, précises et catégoriques. »¹⁰

Ici, la précision des mots est capitale, il n'y a pas de place pour l'approximation. Prenons quelques exemples que nous commenterons :

Exemple 1 : « Notre examen n'ayant pas permis de diagnostiquer de **maladie grave**, nous ne pouvons affirmer que monsieur est invalide au sens de la loi. »

Exemple 2 : « Notre examen ne permet pas d'affirmer que monsieur est **totale**ment invalide. »

Exemple 3 : D'un côté, l'expert du cotisant écrit : « À mon avis, monsieur n'est plus en mesure d'effectuer un emploi **véritablement rémunérateur**. »

Alors que notre expert écrit : « Selon mon examen, monsieur serait capable d'effectuer un travail **rémunérateur**. »

... attention à la compréhension du mandat

La conclusion reprise dans l'exemple 1 est fautive à plusieurs égards. D'une part, on y constate que l'expert semble s'être attaché à la recherche d'une maladie grave, ce qui ne correspond pas, nous l'avons vu, à la norme posée par la loi RRQ. D'autre part, cette conclusion semble laisser croire que l'expert connaît bien l'invalidité au sens de la loi RRQ, ce qui ne correspond pas à son domaine d'expertise, vu qu'il s'agit d'une question juridique. Une telle affirmation sur le sens de la loi RRQ peut faire l'objet d'un interrogatoire serré au Tribunal et, s'il apparaissait alors que l'expert a en réalité, une connaissance erronée de ce qu'est réellement la norme légale, son expertise perdrait une grande partie de sa valeur, voire toute sa valeur :

« (...) soulignez-lui bien qu'il a le droit et le devoir de voir ce qui doit être vu, de contrôler ce qui doit être contrôlé, et que son opinion n'a en aucun temps plus de valeur que les prémisses sur lesquelles il s'appuie. »¹¹

¹⁰L. DUCHARME, *L'administration de la preuve*, Montréal, Wilson & Lafleur, 1980, p. 317.

¹¹A. LÉTOURNEAU, *La preuve par experts*, texte remis lors d'une conférence Insight, 1996, p. 11.

... attention aux imprécisions

La conclusion reprise dans l'exemple 2 est également critiquable en raison de son imprécision. Comme la loi ne fait aucunement référence à un état d'invalidité totale, une conclusion qui utilise ces mots risque, au mieux, d'être taxée d'ambiguë et, au pire, d'être considérée comme non pertinente (aucun poids) vu qu'elle semble se baser sur une norme étrangère à la loi RRQ.

... attention aux ambiguïtés

Dans l'exemple 3, le premier expert colle à la loi RRQ alors que le deuxième y retranche un mot (véritablement). Dans un dossier serré, ceci peut avoir des conséquences fâcheuses. Notre expert fait-il allusion à un travail à temps plein ou à temps partiel ? L'imprécision de sa conclusion permet toutes les hypothèses, ce qui ne devrait jamais être accepté. Notre expert devrait être appelé à préciser sa pensée lorsque celle-ci est exprimée de manière ambiguë.

Ces exemples peuvent se multiplier à l'infini. Ce qu'il faut peut-être retenir, c'est que la meilleure façon d'obtenir une réponse précise, catégorique, non ambiguë, est justement de poser une question ayant les mêmes qualités. À cet égard, la conceptualisation de ce genre de question est délicate, nous tentons toutefois d'avancer cet exemple certes imparfait :

- Existe-t-il des raisons médicales qui empêchent actuellement le cotisant d'exercer, selon un horaire à temps plein, tout genre d'emploi ?
- Compte tenu des mesures thérapeutiques disponibles et de l'évolution normale de la maladie dont le cotisant est atteint, est-il probable que son état s'améliore dans un avenir déterminable ? Si oui, préciser la mesure de l'amélioration envisageable, le délai requis pour obtenir ce résultat ainsi que les mesures thérapeutiques à mettre en place pour permettre cette amélioration.

... attention aux discordances

Par ailleurs, il ne faut pas négliger le fait qu'une conclusion, en apparence claire, est parfois amoindrie par d'autres propos de l'expert, dans une autre partie de son expertise. Une attention particulière doit être apportée à ces discordances, lesquelles traduisent parfois une mauvaise conception du mandat par l'expert.

9.2 Motivation de l'opinion

La motivation de la conclusion est-elle adéquate ?

Toujours au regard de l'objectif ultime, celui de convaincre, il va de soi qu'une opinion motivée a plus de poids qu'une opinion qui ne l'est pas. Une expertise adéquatement motivée peut avoir l'effet d'inciter le décideur ultime à nous donner raison. Faire preuve de pédagogie est une excellente stratégie :

« Mais la *guerre juridique* n'est pas que le combat des armes, c'est également, en quelque sorte, une *guerre commerciale*, car la victoire dépend de la décision d'un tiers et non des belligérants !

Ceci insufflé un élément de *mise en marché*.

(...)

Il faut donner à l'arbitre du combat le goût de nous donner raison. Ce n'est là qu'un des éléments du combat, mais il peut, dans une situation critique, lorsque les armes sont égales, devenir un élément déterminant. »¹²

Sur cet aspect de la motivation, notons qu'un expert ajoute du poids à son expertise lorsqu'il prend la peine de se référer à son expérience clinique en matière de cas semblables, ainsi qu'à la littérature médicale pertinente, s'il en est. C'est d'ailleurs le principal objectif d'une expertise de discuter non pas une théorie abstraite, mais plutôt une réalité concrète, telle que régulièrement vécue dans la pratique clinique quotidienne.

¹².A. LÉTOURNEAU, *La preuve par experts*, texte remis lors d'une conférence Insight, 1996, p. 8.

9.3 Discussion du problème allégué

L'expertise discute-t-elle de l'entièreté du problème allégué ?

Par exemple, si un cotisant réclame une rente d'invalidité en raison d'un problème douloureux, il va de soi que notre expert devra faire le tour de ce problème, aussi subjectif soit-il, et, qu'il devra se prononcer sur la capacité de travail du cotisant à la lumière de son examen, du dossier, de son expérience et, s'il y a lieu, de la littérature médicale. Balayer le problème sous le tapis n'est jamais une solution :

« À l'encontre de cette preuve, l'intimée n'oppose que l'opinion de son expert, l'orthopédiste XXX, qui n'a examiné l'appelant qu'une seule fois, soit le 2 mai 1991.

(...)

De l'avis du tribunal, cette opinion doit être écartée.

(...)

Enfin, parce que son opinion ne tient nullement compte du caractère incapacitant des douleurs dont il souffre. »¹³

« Malgré ce qui précède, l'intimée refuse de reconnaître l'appelant invalide.

Elle se fonde en cela sur les opinions émises (...).

De l'avis du tribunal, ces opinions doivent être écartées.

D'abord, (...).

Ensuite, parce que ces experts ne tiennent pas suffisamment compte du caractère incapacitant de la douleur elle-même. »¹⁴

¹³. C.A.S., RR-56472, 94-07-07, p. 4.

¹⁴. C.A.S., RR-13554, 97-08-18, p. 9-10.

9.4 Poids de l'opinion du médecin traitant

Ne pas négliger l'opinion du médecin traitant.

L'opinion d'un médecin traitant, si elle est solidement motivée et dans la mesure où elle pose les bonnes questions, peut avoir un poids considérable, surtout lorsque le cotisant présente plusieurs maladies :

« Au niveau de son appréciation de la portée de l'article 95 de la *Loi sur le régime de rentes* du Québec, la Commission a à diverses reprises accordé priorité à l'opinion du médecin traitant à l'encontre de celles de divers spécialistes qui, malgré leur statut, n'ont vu l'appelant que de façon sporadique. De même, la Commission a à l'occasion statué à l'invalidité lorsqu'une personne présente un certain nombre de maladies, qui, prises isolément, ne l'empêcheraient pas de travailler. »¹⁵

« La Commission a souvent eu l'occasion d'affirmer que **l'opinion du médecin traitant, si elle était appuyée d'examen objectifs sérieux, devait primer sur les conclusions d'un expert qui n'aurait vu l'appelant qu'une seule fois.** »¹⁶

Une telle preuve, provenant du médecin traitant, devra donc être appréciée à sa juste valeur sachant que pour être en mesure de l'écarter, la Régie devra pouvoir se fonder sur une expertise de qualité impeccable.

9.5 Obtention de l'information complémentaire

L'expert a-t-il pris soin d'obtenir toutes les pièces du dossier dont il avait besoin pour se prononcer ?

Il va de soi qu'un expert qui ne prend pas la peine de se procurer tout ce qui devait normalement être obtenu rendra son opinion vulnérable à la critique, donc susceptible d'avoir moins de force probante, moins de poids. Ainsi, il n'est pas souhaitable qu'un rapport d'expertise comporte une phrase dans le genre : « Monsieur aurait passé tel test récemment, malheureusement, je n'avais pas au dossier le résultat de celui-ci. »

À moins qu'il n'explique pourquoi il n'est pas nécessaire d'obtenir ce test, l'expert devra alors demander à la Régie d'obtenir ce document afin qu'il puisse en *discuter adéquatement*.

¹⁵. C.A.S., RR-12016, 1989-04-25, p. 8.

¹⁶. C.A.S., RR-53624, 1988-05-09, p. 4.

9.6 Discussion du traitement et du pronostic

L'expert discute-t-il adéquatement du pronostic et des traitements ?

En particulier dans le cas d'une invalidité dite temporaire, l'expert discute-t-il adéquatement du pronostic, des traitements à mettre en place ? Cette discussion de l'expert est-elle réaliste ? Les chances de succès de la thérapie sont-elles probables ou ne sont-elles que possibles ? Si le traitement consiste en une opération, s'agit-il d'une opération de routine aux risques banals ou (plutôt) d'une aventure ? Parlons-nous d'une nouvelle tentative chirurgicale théorique pour corriger un problème X, alors que le dossier révèle que cela a déjà été tenté à plusieurs reprises - nous avons un dossier où le refus d'une demande était justifié parce que l'invalidité, dite temporaire, devait pouvoir cesser à la suite d'une opération, laquelle avait pourtant déjà été tentée à six reprises, sans succès ; à l'évidence, il y avait eu confusion entre *possibilité et probabilité*.

Section 10

QUELQUES MOTS SUR LES CONDITIONS MULTIPLES

QUELQUES MOTS SUR LES CONDITIONS MULTIPLES

Dans la mesure où le débat ne consiste pas à rechercher une maladie grave au sens médical du terme, il va de soi que l'invalidité peut provenir de plusieurs maladies qui, prises isolément, ne pourraient justifier une invalidité :

« La Commission est d'avis que, tout comme dans d'autres cas similaires, il faut tenir compte, dans le présent cas, de l'ensemble des conditions dont l'appelante est affectée pour évaluer son état d'invalidité. C'est pourquoi elle accorde une grande importance à l'opinion du D^r Champagne, qui le suit depuis 1977 et qui est le plus en mesure d'apprécier le tableau clinique général et l'interaction des diverses composantes chez cette patiente *fragile émotionnellement*. »¹⁷

Ce genre de dossier est difficile par nature et, dans les cas complexes, il faudra obtenir l'expertise d'un spécialiste en mesure d'apprécier les conséquences globales de chacune des conditions qui affectent la capacité fonctionnelle du cotisant.

Dans un tel cas, il ne faut surtout pas perdre de vue que la question n'est pas de savoir si l'incapacité est totale. **Il faut, de façon réaliste, se questionner sur la capacité du cotisant à travailler à temps plein, dans un contexte où une telle capacité doit également comporter des garanties de constance et de continuité raisonnables.**

Enfin, dans un tel débat, nous comprendrons le poids considérable de l'opinion du médecin traitant qui répond de façon bien motivée aux bonnes questions.

¹⁷. C.A.S., RR-53313, 1987-02-23, p. 10-11.

Section 11

A PROPOS DES MOTS UTILISÉS

A PROPOS DES MOTS UTILISÉS

Pour terminer, nous nous permettons ces quelques commentaires sur certains mots ou expressions à éviter.

L'utilisation du mot **possible** est, en règle générale à éviter dans un contexte légal :

- « Il est possible que cette maladie guérisse. »
- « Il est possible que ce cotisant puisse travailler. »
- « Il est possible que ceci ou cela. »

Le droit cherche ce qui est **probable**. Ce qui n'est que **possible** n'est pas nécessairement **probable**. L'utilisation du mot *possible* est donc à éviter.

Certes, lorsqu'un expert est incapable de parler de **probabilité**, pouvant tout au plus avancer une **possibilité**, il faudra savoir tirer les conséquences qui s'imposent.

Vous aurez tous compris qu'il faut se méfier des expressions comme « devrait peut-être pouvoir », « il n'est pas exclu », « tout au plus » et ainsi de suite.

Enfin, comme nous l'avons déjà vu, pour quiconque connaît et les critères de la loi RRQ et les subtilités de la preuve, il n'est pas acceptable qu'une expertise ou une opinion écrite d'un expert de la Régie comporte des affirmations du genre suivant :

- « Je n'ai pas *l'intime conviction* que le cotisant est invalide. »
- « Je ne peux conclure *hors de tout doute* à l'invalidité du cotisant. »
- « Le cotisant n'est donc pas dans un état d'invalidité *totale*. »

Section 12

ENTENTE ENTRE LA RRQ ET LA FMSQ

ENTENTE CONCERNANT LES EXPERTISES MÉDICALES

ENTRE

la Fédération des médecins spécialistes du Québec, 2, Complexe Desjardins, bureau 3000, Montréal : « la Fédération ».

ET

la Régie des rentes du Québec, 2600, boul. Laurier, Québec : « la Régie ».

1. OBJET

La Régie désire recourir aux services de médecins spécialistes pour :

- faire des expertises médicales et produire des rapports d'expertise pour l'aider à déterminer si une personne est invalide ou un enfant est handicapé selon la loi ;
- témoigner devant le tribunal à ce sujet.

2. RENDEZ-VOUS

La Régie prend rendez-vous avec le médecin par téléphone pour la personne qu'elle fait expertiser. Le rendez-vous est fixé dans le dix jours ouvrables suivants. En cas d'urgence, le délai est de trois jours ouvrables.

La Régie confirme par écrit le rendez-vous à la personne qui doit être expertisée et au médecin.

Le médecin procède à l'expertise au jour convenu.

3. DOCUMENTS ET RENSEIGNEMENTS

La Régie fournit au médecin les documents et renseignements nécessaires à l'expertise.

Si le médecin juge qu'il manque des documents ou des renseignements pour faire l'expertise, il les demande à la Régie qui se charge de les obtenir.

4. AVIS EN CAS D'ABSENCE

Pour permettre à la Régie de s'assurer que l'expertise se fasse sans délai, le médecin l'informe de toute période d'absence un mois à l'avance.

5. RAPPORT D'EXPERTISE

Dans les meilleurs délais, le médecin fournit à la Régie un rapport d'expertise signé. Le rapport traite des questions suivantes :

- le diagnostic;
- le traitement;
- le pronostic;
- la capacité de la personne d'accomplir un travail rémunérateur et, si elle a 60 ans ou plus, son travail habituel.

Le rapport comprend aussi tout autre renseignement demandé par la Régie. Il est rédigé selon le guide *L'expert médical et la Régie des rentes du Québec*.

Le rapport peut être communiqué à la personne expertisée, aux personnes qu'elle désigne, aux médecins-conseils de la Régie, au tribunal et à toute personne autorisée selon la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*.

La Régie vérifie le rapport et le délai dans lequel il est produit. Au besoin, elle informe le médecin des résultats de cette vérification.

6. HONORAIRES POUR EXPERTISES

La Régie paie les honoraires suivants au médecin pour l'expertise :

Expertise médicale et rédaction du rapport	338 \$
Prime pour expertise en neurochirurgie et toxicologie	100 \$
Prime pour expertise en médecine interne, neurologie et psychiatrie	55 \$
Prime pour expertise d'un enfant	55 \$
Prime pour un rapport complémentaire	100 \$
Prime pour une expertise faite d'urgence.....	30 \$

La Régie paie une prime de 50 \$ à 250 \$ au médecin si elle juge que l'expertise est complexe.

Elle détermine la prime comme suit :

- question additionnelle
- résumé de recherche particulière et bibliographie spécifique inédite
- quantité importante de documents à examiner, selon le nombre.....

La Régie paie une prime de complexité de 200 \$ pour les cas de fibromyalgie (aspect musculo-squelettique). Cette prime inclut celle pour quantité importante de documents à examiner.

Les tarifs prévus au présent article sont augmentés de 8 % si la Régie reçoit le rapport d'expertise complet dans les dix jours ouvrables de l'expertise.

Les honoraires se rapportant à d'autres services que ceux rémunérés selon la présente entente, dont l'examen de la personne expertisée, ne sont pas à la charge de la Régie.

Pour répondre à des besoins particuliers, la Régie peut déroger aux tarifs prévus au présent article.

7. INDEMNITÉ POUR RENDEZ-VOUS ANNULÉS

Si la personne qui doit être expertisée ne se présente pas au rendez-vous ou s'il est annulé, la Régie paie au médecin une indemnité selon les pourcentages suivants des honoraires pour expertises prévus à l'article 6 :

- médecin avisé moins de trois jours ouvrables avant le rendez-vous ou non avisé : . . . 50 %
- médecin avisé entre trois et cinq jours ouvrables avant le rendez-vous : 30 %

8. HONORAIRES, INDEMNITÉ ET FRAIS DE DÉPLACEMENT POUR TÉMOIGNER

La Régie paie des honoraires de 215 \$ l'heure au médecin pour préparer son témoignage devant le tribunal, le temps pour se déplacer et sa présence devant le tribunal. La Régie paie au médecin un minimum de quatre heures de travail pour chaque demi-journée.

Si la Régie avise le médecin que son témoignage n'est plus requis moins de trois jours ouvrables avant l'audience, elle lui paie quatre heures de travail à titre d'indemnité, en plus des honoraires pour avoir préparé son témoignage ou s'être déplacé.

Les frais de déplacement et de séjour du médecin pour témoigner sont remboursés selon les directives gouvernementales, sur présentation des pièces justificatives.

9. HONORAIRES POUR CONSULTATIONS TÉLÉPHONIQUES

La Régie paie des honoraires de 50 \$ au médecin pour une consultation téléphonique non liée à une expertise qui lui est confiée.

10. RENSEIGNEMENTS SUR LES HONORAIRES VERSÉS

La Régie fournit à la Fédération deux fois par an, sur demande, le nom des médecins à qui elle a versé des honoraires au cours des six mois précédant cette demande et les honoraires versés à chacun d'eux.

11. DURÉE DE L'ENTENTE

La présente entente prend effet le 1er août 2003 et prend fin le 31 juillet 2005. Elle remplace celle qui a pris fin le 31 mars 2001 et qui a été maintenue en vigueur par consentement mutuel.

12. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

La Régie augmentera de 12,95 % les honoraires qu'elle a payés aux médecins entre le 1^{er} avril 2002 et le 31 juillet 2003.

EN FOI DE QUOI LES PARTIES ONT SIGNÉ EN DEUX EXEMPLAIRES

Pour la Fédération :

Pour la Régie :

Date : _____

Date : _____

Le président

Le Chef du Service de
l'évaluation médicale

Yves Dugré

Guy Lachance

REMERCIEMENTS

Cette publication a été réalisée par la Direction des communications de la Régie des Rentes du Québec avec la collaboration des médecins du Service de l'évaluation médicale :

D^{re} Sylvie Delisle pour la section 1,

D^{re} Nathalie Dubé pour la section 2,

D^{re} Suzanne Trempe-Gourdeau pour les sections 3, 4, 5 et 6.

De plus, les sections 7 à 11 inclusivement ont été rédigées par M^e Jean-Marc Dufour du Service juridique de la Régie.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui, d'une façon ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce document.

PETIT LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS EN MATIÈRE D'INVALIDITÉ À LA RÉGIE

- **Bénéficiaire** : personne qui a été reconnue invalide et qui reçoit la rente d'invalidité.
- **Commission** : la Commission des affaires sociales est un tribunal qui a été remplacé par le TAQ (voir ce terme).
- **Cotisant** : qui verse une cotisation.
- **Début d'invalidité** : nonobstant le début réel d'une invalidité, la loi limite la période pour laquelle la rente peut être accordée rétroactivement à un requérant. Ainsi, la Régie ne peut pas reconnaître que l'invalidité remonte à plus de 12 mois avant la date de réception de sa demande de prestations d'invalidité.
- **Demande de prestations d'invalidité** : demande de rente d'invalidité faite par un requérant sur le formulaire prescrit par la Régie. Le requérant doit y joindre les documents médicaux prouvant son invalidité (rapport médical, résumé de dossier d'hôpital, etc.).
- **DSM-IV** : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e édition. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
- **Réévaluation** : vérification faite par la Régie pour savoir si le bénéficiaire est toujours invalide ; pour ce faire, la Régie demande au bénéficiaire de lui présenter un rapport médical récent attestant son état de santé.
- **Requérant** : cotisant qui fait une demande de prestation d'invalidité à la Régie.
- **Révision** : nouvelle étude d'un dossier sur demande d'un requérant. À cette fin, le requérant envoie une lettre ou un formulaire à la Régie pour contester la décision rendue en indiquant les motifs de sa demande. Il serait souhaitable d'y joindre de nouveaux documents médicaux.
- **TAQ** : Tribunal administratif du Québec ; tribunal quasi judiciaire qui, notamment, entend les appels relatifs aux décisions de la Régie des rentes du Québec. Sa décision est sans appel.
- **Travail rémunérateur** (occupation véritablement rémunératrice) : travail pour lequel une personne a gagné au moins une somme équivalente à la rente d'invalidité. Ainsi, le revenu établi sur une base annuelle est au moins égal à douze fois le maximum de la rente mensuelle d'invalidité. Par exemple, en 1999, le montant maximal de la rente d'invalidité est de 903,52 \$ par mois ou de 10 842,24 \$ par année.
- **Travail rémunéré** (occupation rémunérée) : travail pour lequel une personne a gagné au moins le montant de l'exemption générale annuelle accordée pour le calcul des cotisations au Régime de rentes, soit 3 500 \$ en 1999.

BIBLIOGRAPHIE

1. American medical association, *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 2^e édition, 1984, 245 p.
2. Bureau du Syndic, *Le médecin en tant qu'expert, aspects déontologiques et réglementaires*, Collège des médecins du Québec, janvier 1997.
3. Daligand, Liliane et al, *L'évaluation du dommage corporel*, 3^e édition, Masson, Paris, 1992, 285 p.
4. Ducharme, L., *L'administration de la preuve*, 2^e édition, Wilson et Lafleur, Montréal, 1980, 391 p.
5. Ducharme, L., *Précis de la preuve*, Éditions de l'université d'Ottawa, 1980.
6. Létourneau, A., *La preuve par experts*, texte remis lors d'une conférence Insight, 1996.
7. Roberge, Daniel, *Guide de l'expert*, Société de l'assurance automobile du Québec, juillet 1994.
8. Sarra-Bournet, Claude et al, *L'invalidité dans le Régime de rentes, Guide du médecin traitant*, octobre 1996, 168 p.
9. Sarra-Bournet, Claude et al, *Le médecin traitant, l'invalidité et la Régie des rentes du Québec*, tiré à part *Le Médecin du Québec*, mai 1995, p. 35 à 86.