

Rep. N°

2013/532

R. G. N° 2011/AB/141

1e feuillet.

COUR DU TRAVAIL DE BRUXELLES

ARRET

AUDIENCE PUBLIQUE DU 18 février 2013

6ème Chambre

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Arrêt contradictoire

Expertise

En cause de:

C M

partie appelante,
représentée par Maître FICHER loco Maître DENEZ Gilbert, avocat
à 1030 BRUXELLES,

Contre :

AG INSURANCE SA, dont le siège social est établi à 1000
BRUXELLES, Emile Jacqmain 53,
partie intimée,
représentée par Maître PETEN Serge, avocat à 1200 BRUXELLES,

★

★

★

Indications de procédure

Monsieur M C a fait appel le 11 février 2011 d'un jugement prononcé par le Tribunal du travail de Bruxelles le 13 octobre 2010.

L'appel a été introduit dans les formes et les délais légaux. Dès lors, il est recevable. En effet, le dossier ne révèle pas que le jugement a été signifié; le délai d'appel n'a donc pas pris cours.

Les dates pour conclure ont été fixées par une ordonnance du 7 mars 2011, prise à la demande conjointe des parties.

La SA AG INSURANCE a déposé des conclusions le 5 mai 2011, des conclusions de synthèse le 1^{er} septembre 2011 et des conclusions remplaçant les précédentes le 6 décembre 2011, ainsi qu'un dossier de pièces.

Monsieur M C a déposé des conclusions le 7 juillet 2011 et le 7 novembre 2011, ainsi qu'un dossier de pièces.

Les parties ont plaidé lors de l'audience publique du 17 décembre 2012 et la cause a été prise en délibéré immédiatement.

Il a été fait application de l'article 24 de la loi du 15 juin 1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire.

I. LES FAITS

Monsieur M C a été victime d'un accident du travail le 28 novembre 2000. Il a pu reprendre le travail le 1^{er} juin 2001.

Par un jugement du 26 août 2005, le Tribunal du travail de Bruxelles a déterminé les conséquences de cet accident du travail comme suit :

- incapacité temporaire totale du 28 novembre 2000 au 31 mai 2001
- consolidation le 1^{er} juin 2001
- incapacité permanente partielle de 5 %.

Ce jugement a été signifié à Monsieur M C le 14 octobre 2005.

Le 16 février 2008, la SA AG INSURANCE a adressé à Monsieur M C un courrier en néerlandais, par lequel elle attirait son attention sur le fait qu'une demande en révision des indemnités pouvait être introduite avant le 16 novembre 2008 soit par citation signifiée par exploit d'huissier, soit par procès-verbal de comparution volontaire.

Monsieur M C a déclaré à son médecin souffrir d'une recrudescence de douleurs à partir du début de l'année 2008. Il s'est trouvé en incapacité de travail du 7 avril 2008 au 3 novembre 2008. Il semble qu'il ait repris le travail de novembre 2008 à avril 2009 et se trouve à nouveau en incapacité de travail depuis lors.

Un rapport du Dr Simon, qui s'appuie sur des examens par IRM effectués le 10 avril 2008, conclut à une aggravation des séquelles de l'accident du travail et évalue l'incapacité permanente partielle à 15 %. Ce rapport médical est daté du 6

octobre 2008 ; il n'est pas établi qu'il ait été communiqué à la SA AG INSURANCE à l'époque.

Le 7 octobre 2008, la SA AG INSURANCE a reçu les 3 documents suivants par fax envoyé par Monsieur CHERGUI (selon lui-même) ou par sa mutuelle (selon la SA AG INSURANCE) :

- une attestation de la mutuelle faisant état de l'incapacité au travail de Monsieur C depuis le 7 avril 2008,
- une attestation médicale du Dr Asiain Fernandez du 20 mai 2008 rédigée comme suit : « *Le patient présente une aggravation des lésions radiologiques et symptomatiques responsable d'un I.T.T. (toujours en incapacité à ce jour). Ces lésions sont la conséquence de l'accident du travail dont il a été la victime le 28/11/2000. Vu l'état actuel, j'ai conseillé au patient d'introduire un recours afin de réévaluer les séquelles imputables à cet accident* »,
- une attestation médicale du Dr Zeghli du 26 mai 2008 faisant état de l'augmentation des cervicobrachialgies affectant Monsieur C de l'impotence fonctionnelle liée à ces douleurs et du lien de celles-ci avec l'accident du travail : « *Cette majoration des cervicobrachialgies est probablement due à une aggravation-complication due à l'évolution spontanée des cervicobrachialgies causées par l'accident* ».

Le 10 octobre 2008, la SA AG INSURANCE a conseillé à Monsieur M C de s'adresser à sa mutuelle dans l'attente de sa propre décision au sujet de la rechute.

Par une lettre du 13 octobre 2008, Monsieur M C a signalé à la SA AG INSURANCE qu'il était en rechute depuis le mois d'avril et qu'il craignait que son employeur ne lui donne son C4. Il priait la SA AG INSURANCE de « faire quelque chose ».

Le 14 novembre 2008, le délai légal de révision est venu à expiration.

Le 13 mars 2009, la SA AG INSURANCE a informé Monsieur M C de sa décision de ne pas indemniser la rechute en incapacité temporaire à partir du 7 avril 2008 au motif qu'elle n'est pas en rapport avec l'accident du travail du 28 novembre 2000.

Le 11 septembre 2009, le Dr Simon a établi un second rapport médical en tous points identique à celui du 6 octobre 2008. Ce rapport a été communiqué à la SA AG INSURANCE par un courrier recommandé du conseil de Monsieur M C du 28 septembre 2009.

La procédure en révision a été introduite par une citation du 17 novembre 2009.

Le 30 mars 2010, le Dr Simon a rédigé un nouveau rapport suite à de nouveaux examens par IRM réalisés le 2 février 2010. Il a conclu à une nouvelle aggravation, qu'il met en rapport avec une augmentation des cervicobrachialgies droites depuis avril 2009. Cette aggravation a selon lui porté le taux d'incapacité permanente partielle à 18 %.

II. LE JUGEMENT DU TRIBUNAL DU TRAVAIL

Monsieur M. C. a demandé au Tribunal du travail de Bruxelles de reconnaître l'aggravation de son état de santé survenue au début de l'année 2008 et à cet effet de désigner un expert chargé de l'évaluation de l'incapacité de travail après l'aggravation constatée.

Il a également demandé réparation des périodes d'incapacité temporaire totale successives consécutives à son accident du travail.

Enfin, il a demandé la condamnation de la SA AG INSURANCE à un euro provisionnel à titre de dommages et intérêts pour défaut d'information.

Par un jugement du 13 octobre 2010, le Tribunal du travail de Bruxelles a décidé ce qui suit :

« Déclare la demande en révision irrecevable car introduite hors délai,

Déclare la demande en indemnisation des périodes d'incapacité temporaire survenues après l'expiration du délai de révision recevable mais non fondée,

Déclare la demande relative à la rechute du 7 avril 2008 à novembre 2008 recevable,

Sursoit à statuer sur celle-ci jusqu'à ce que monsieur C. établisse que les conditions de l'article 25 de la loi du 10 avril 1971 sont réunies.

Renvoie ce chef de demande au rôle particulier.

Réserve les dépens. »

III. L'APPEL ET LES DEMANDES SOUMISES À LA COUR DU TRAVAIL

Monsieur M. C. demande à la Cour du travail de mettre à néant le jugement du Tribunal du travail de Bruxelles et :

- de dire pour droit que son état s'est aggravé par rapport à son accident du travail du 28 novembre 2000,
- de condamner AG INSURANCE à l'indemniser en conséquence conformément à la loi du 10 avril 1971 tant pour ses incapacités de travail temporaires que permanentes que pour les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, de prothèse, ainsi que pour les frais de transport évalués à titre provisionnel à 1 €;
- de condamner AG INSURANCE à l'indemniser, dans le cadre de sa demande en révision, sur base d'une incapacité permanente évaluée à 15% ou, à titre subsidiaire, à lui verser des dommages et intérêts pour un montant de 1€ évalué à titre provisionnel,

- de condamner AG INSURANCE à lui octroyer une allocation d'aggravation sur base d'un taux d'incapacité permanente de 18%, suite à l'aggravation définitive survenue après révision,
- conformément à l'article 1068 du Code judiciaire, de condamner AG INSURANCE au paiement de l'incapacité temporaire totale survenue à Monsieur C. pour la période entre le mois d'avril 2008 et le mois de novembre 2008,
- de condamner AG INSURANCE aux intérêts légaux et judiciaires sur les indemnités et allocations à compter de leur date d'exigibilité,
- de condamner AG INSURANCE aux intérêts légaux et judiciaires sur le remboursement des frais à compter de la date à laquelle ils ont été exposés.

Monsieur C demande, avant dire droit, de désigner un médecin expert avec pour mission de :

1. décrire l'aggravation des lésions physiologiques et/ou psychiques causées par l'accident litigieux, étant entendu que doivent être considérées comme résultant de l'accident les effets combinés de celui-ci et d'un état pathologique antérieur
2. déterminer si les traitements proposés par le médecin de la victime en particulier des interventions chirurgicales, sont nécessités par l'accident litigieux
3. déterminer la ou en cas de rechute les périodes pendant lesquelles la victime a été totalement incapable de travailler
4. déterminer la date à laquelle il a repris le travail, refusé une offre de reprise de travail
5. dans cette dernière hypothèse, dire si ce refus de reprendre le travail était justifié
6. en cas de refus injustifié, déterminer les périodes et taux successifs d'incapacité temporaire
7. fixer le cas échéant le taux d'incapacité de travail après aggravation, c'est-à-dire évaluer en pourcentage la répercussion des lésions sur la capacité professionnelle de la victime, en tenant compte de l'ensemble des professions que la victime aurait pu espérer exercer, compte tenu de son passé (formation, expérience, âge, sexe, nationalité, etc.) si l'accident n'avait pas eu lieu, avec énumération obligatoire des mouvements, gestes, position du corps, déplacements, situation, travaux et autres démarches professionnelles devenues impossibles ou pénibles à la victime ou pour lesquelles il existe une contre indication médicale résultant des séquelles précitées.

IV. EXAMEN DE LA CONTESTATION

1. La demande en révision des indemnités fondée sur une modification de la perte de capacité de travail

La demande en révision a été introduite après l'expiration du délai légal.

Cette décision est motivée par les raisons suivantes :

En vertu de l'article 72, alinéa 1^{er}, de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, la demande en révision des indemnités fondée sur une modification de la perte de capacité de travail de la victime due aux conséquences de l'accident peut être introduite dans un délai de trois ans à dater du jour où le jugement a été coulé en force de chose jugée (article 72 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et Cass., 4 juin 1984, JT, p. 656).

En l'occurrence, le jugement du 26 août 2005 par lequel le Tribunal du travail a déterminé les conséquences de l'accident du travail a été signifié le 14 octobre 2005 et coulé en force de chose jugée le 14 novembre 2005. Le délai de révision de trois ans s'étendait donc du 15 novembre 2005 au 14 novembre 2008.

La demande en révision doit être introduite devant le Tribunal du travail dans ce délai. L'introduction d'une demande en révision auprès de l'assureur ne suffit pas.

Monsieur M C a introduit sa demande par citation du 17 novembre 2009, après l'expiration du délai fixé par la loi.

2. La demande de réparation d'une faute

La demande en révision introduite par Monsieur M C est examinée à titre de réparation en nature du préjudice causé par la faute de la SA AG INSURANCE. La Cour ordonne une expertise médicale avant de statuer.

Cette décision est motivée par les raisons suivantes :

Monsieur M C demande la réparation du préjudice causé par la faute qu'il reproche à la SA AG INSURANCE, sur la base des règles relatives à la responsabilité extracontractuelle, à savoir les articles 1382 et 1383 du Code civil.

2.1. La faute – Manquement aux obligations d'information et de conseil pesant sur l'assureur

2.1.1. Les obligations d'information et de conseil en général

L'article 3 de la Charte de l'assuré social fait obligation aux institutions de sécurité sociale de fournir à l'assuré social qui en fait la demande écrite toute information utile concernant ses droits et obligations et de communiquer

d'initiative à l'assuré social tout complément d'information nécessaire à l'examen de sa demande ou au maintien de ses droits (loi du 11 avril 1995 visant à instituer la « charte » de l'assuré social).

La notion de 'demande écrite d'information' est interprétée de manière très large par la jurisprudence (C.trav. Bruxelles, 30 avril 2007, Chr.D.S. 2008, p. 566).

Par ailleurs, l'obligation pour l'institution de sécurité sociale de communiquer un complément d'information d'initiative n'est pas subordonnée à la condition que l'assuré social lui ait préalablement demandé par écrit une information concernant ses droits et obligations (Cass., 23 novembre 2009, JTT, 2010, p. 68, rejetant le pourvoi dirigé contre C. trav. Bruxelles, 13 septembre 2007, Chr.D.S., 2008, p. 568).

L'article 3 de la Charte requiert ainsi des organismes de sécurité sociale un comportement réactif et proactif : leur rôle est de faire en sorte que les assurés sociaux puissent obtenir les prestations sociales auxquelles ils ont légalement droit. Il en découle, notamment, que lorsque l'institution reçoit de l'assuré social une information qui a une influence sur le maintien ou l'étendue de ses droits aux prestations sociales, elle est tenue de réagir et de l'informer concernant les démarches à accomplir ou les obligations à respecter en vue de la sauvegarde de ses droits (J.-F. FUNCK, « Le devoir d'information et de conseil des institutions selon la Charte de l'assuré social », Regards croisés sur la sécurité sociale, dir. F. ETIENNE et M. DUMONT, Anthémis, CUP, 2012, p. 178).

L'information doit être précise et complète afin de permettre à l'assuré social concerné d'exercer tous ses droits et de se conformer à toutes ses obligations.

En vertu de l'article 4 de la Charte, les institutions de sécurité sociale doivent également conseiller tout assuré social qui le demande sur l'exercice de ses droits ou l'accomplissement de ses devoirs et obligations.

Les institutions de sécurité sociale doivent utiliser, dans leurs rapports avec l'assuré social, quelle qu'en soit la forme, un langage compréhensible pour le public (article 6 de la Charte).

2.1.2. Les obligations d'information et de conseil en matière d'accidents du travail

En matière d'accidents du travail, les informations considérées comme utiles sont toutes les informations susceptibles de fournir à l'assuré social, dans le cadre de sa demande, des éclaircissements sur sa situation individuelle en ce qui concerne l'accident du travail dont il est la victime. Ces indications portent notamment sur la reconnaissance de l'accident du travail, les conditions d'octroi des prestations, les éléments pris en compte pour l'établissement de leur montant et pour l'application des règles de cumul (article 3 de la Charte de l'assuré social et article 1^{er}bis de l'arrêté royal du 24 novembre 1997 portant exécution, en ce qui concerne l'assurance « accidents du travail » dans le secteur privé, de certaines dispositions de cette loi).

Il a été jugé, avant même l'entrée en vigueur de la Charte, que lorsque l'indemnisation d'un accident du travail fait l'objet d'une discussion entre l'institution chargée de l'indemnisation et la victime, s'abstenir d'attirer l'attention de la victime en temps utile sur le fait que ses prétentions pouvaient se

prescrire constitue une faute dans le chef de l'institution, faute qui doit donner lieu à réparation (Cass., 20 juin 1997, JT, 1998, p. 182, rejetant le pourvoi contre Anvers, 30 janvier 1996).

Les juridictions du travail ont déjà, à plusieurs reprises, retenu la responsabilité d'assureurs pour avoir donné à la victime des informations inexacts ou pour ne pas lui avoir donné d'information au sujet de l'action en révision (C. trav. Liège, 13 décembre 2004, Chr.D.S., 2005, p. 419; T. trav. Charleroi, 23 avril 2008, Chr.D.S., p. 578). A ainsi été jugé fautif, dans le chef de l'assureur, le fait de n'avoir communiqué à la victime aucune information ni sur la prochaine expiration du délai de révision, ni sur la manière de procéder pour lui permettre d'obtenir une révision, alors que l'assureur était au courant de l'aggravation de ses séquelles (T. trav. Charleroi, 23 avril 2008).

La circulaire n° 265 émise par la Ministre de l'Emploi le 23 juillet 2008 invite l'assureur qui a connaissance d'une modification possible du taux d'incapacité à prendre lui-même les mesures nécessaires pour introduire l'affaire à temps devant le tribunal du travail, si l'intéressé n'en a pas pris l'initiative.

2.1.3. Application en l'espèce

Le 16 février 2008, la SA AG INSURANCE a adressé à Monsieur M C un courrier en néerlandais, destiné à attirer son attention sur le fait qu'une demande en révision des indemnités pouvait être introduite avant le 16 novembre 2008 soit par citation signifiée par exploit d'huissier, soit par procès-verbal de comparution volontaire.

Ce courrier était rédigé en langue néerlandaise alors que Monsieur C est francophone et que tous les contacts entre lui et la SA AG INSURANCE avaient eu lieu en langue française jusqu'alors. Ce courrier ne satisfait pas à l'exigence de la Charte, selon laquelle l'institution de sécurité sociale doit faire usage d'un langage compréhensible pour le public, à savoir pour Monsieur C en l'espèce. En tout état de cause, cette lettre n'indiquait pas que la demande en révision devait être introduite devant le tribunal du travail. Il est manifeste, au vu du courrier que Monsieur C a adressé à la SA AG INSURANCE le 13 octobre 2008, qu'à la lecture de la lettre du 16 février 2008, il n'a pas compris qu'il avait la faculté d'introduire une action en révision en cas d'aggravation, ni selon quelles modalités cette action devait être introduite. Par cette lettre, la SA AG INSURANCE n'a dès lors pas donné à Monsieur C l'information précise, complète et compréhensible requise par l'article 3 de la Charte.

À supposer même que l'information donnée par la lettre de la SA AG INSURANCE du 16 février 2008 ait été suffisante à cette date, il reste à examiner si l'assureur a réagi adéquatement aux informations qui lui ont été communiquées et à la demande de conseil qui lui a été adressée ultérieurement.

Monsieur M C allègue avoir averti la SA AG INSURANCE de l'aggravation de son état dès le mois de mai 2008. Il ne le prouve cependant pas. Il n'établit pas davantage avoir transmis à la SA AG INSURANCE, au mois d'octobre 2008, le rapport du Dr Simon daté du 6 octobre 2008.

En revanche, il ressort des pièces soumises à la Cour que le 7 octobre 2008, la SA AG INSURANCE a reçu trois documents par fax. Il importe peu que ces documents aient été transmis par Monsieur C lui-même ou par sa mutuelle, agissant pour son compte. Parmi ces trois documents se trouvaient deux attestations médicales (reproduites ci-dessus) faisant expressément état d'une aggravation des lésions en relation avec l'accident. L'attestation du Dr Asiain Fernandez vise même la nécessité pour Monsieur M C d'introduire un recours afin de réévaluer les séquelles imputables à l'accident.

La SA AG INSURANCE a ainsi été informée de l'aggravation possible des séquelles de Monsieur M C et de la nécessité, selon son médecin traitant, de réévaluer les conséquences de l'accident du travail.

La SA AG INSURANCE a également reçu une demande écrite de Monsieur M C le 13 octobre 2008, certes peu précise, mais dont il ressortait manifestement que Monsieur M C ignorait ses droits tout comme la procédure à suivre et demandait de l'aide : « *je vous en prie faites quelque chose, merci* ».

Dans ces circonstances, la SA AG INSURANCE avait l'obligation d'informer et de conseiller Monsieur M C au sujet de la possibilité d'introduire une demande en révision ainsi que des délais et des modalités d'introduction de cette demande.

La SA AG INSURANCE s'est abstenue de le faire ; elle a, à tort, traité le dossier comme une demande d'indemnisation d'une rechute.

La SA AG INSURANCE a ainsi manqué à son obligation d'information et de conseil et méconnu les articles 3 et 4 de la Charte de l'assuré social. Ceci constitue une faute.

2.2. Le préjudice causé par la faute de la SA AG INSURANCE

Il y a lieu de vérifier quelle aurait été la situation de Monsieur M C si la SA AG INSURANCE n'avait pas manqué à ses obligations; en d'autres termes, si l'assureur l'avait informé et conseillé, en temps utile, au sujet de la possibilité d'introduire une demande en révision des indemnités ainsi que du délai et des modalités d'introduction de cette demande (J.-F. NEVEN, « La réparation selon le droit commun des fautes des institutions de sécurité sociale », Regards croisés sur la sécurité sociale, dir. F. ETIENNE et M. DUMONT, Anthémis, CUP, 2012, p. 250).

Monsieur M C a demandé conseil à la SA AG INSURANCE par une lettre du 13 octobre 2008, soit plus d'un mois avant l'expiration du délai de révision. La SA AG INSURANCE l'a renvoyé vers sa mutuelle dans l'attente de sa propre décision.

Cette décision a été prise le 13 mars 2009 seulement et ne concernait que le refus de prise en charge des jours d'incapacité temporaire totale dans le cadre de la rechute, sans qu'il soit question d'une aggravation des séquelles.

La demande en révision a été finalement introduite le 17 novembre 2009, après que Monsieur M C faute d'avoir été convenablement conseillé par la SA AG INSURANCE, ait dû faire appel aux services d'un avocat.

Compte tenu des éléments qui lui sont soumis, la Cour juge certain que s'il avait été dûment informé et conseillé par la SA AG INSURANCE, Monsieur M C aurait introduit une demande en révision devant le Tribunal du travail avant l'expiration du délai de révision.

La faute commise par la SA AG INSURANCE a donc eu pour conséquence le retard dans l'introduction de la demande en révision. Ce retard a privé Monsieur M C du bénéfice de l'examen de sa demande en révision par le Tribunal du travail, celui-ci ayant jugé la demande en révision irrecevable, car introduite hors délai.

2.3. La réparation du préjudice causé par la faute de la SA AG INSURANCE

2.3.1. La réparation en nature

Les articles 1382 et 1383 du Code civil « *obligent celui qui, par sa faute, a causé un dommage à le réparer intégralement, ce qui implique le rétablissement du préjudicié dans l'état où il serait demeuré si la faute n'avait pas été commise. Ils permettent, en outre, au préjudicié d'exiger la réparation de son dommage en nature si elle est possible et ne constitue pas un abus de droit* » (Cass., 5 mai 2011, RGDC, 1212, p. 247).

La victime d'une faute a le droit d'en demander la réparation en nature si elle est possible et non abusive. Dans ces limites, ce mode de réparation doit primer la réparation par équivalent.

En droit du travail, il est admis que le travailleur puisse obtenir, dans le cadre de la responsabilité extracontractuelle, la réparation en nature du préjudice que lui cause le non-paiement de tout ou partie de sa rémunération. En ce cas, l'employeur est condamné, à titre de réparation du dommage causé, à lui verser les montants bruts non payés, sous déduction du précompte professionnel et des retenues de sécurité sociale à verser aux institutions compétentes (Cass., 22 janvier 2007, JTT, p. 481 et Chr.D.S., 2008, p. 443; L. ELIAERTS, « *Loon als schadevergoeding ex delicto* », Chr.D.S., 1995, p. 257 et « *Loon als schadeherstel ex delicto : revisited* », Chr.D.S., 2005, p. 437). Pareille condamnation a des répercussions en matière de sécurité sociale puisqu'elle rend l'employeur redevable des cotisations de sécurité sociale. Le fait que la réparation en nature du préjudice ait une incidence en matière de sécurité sociale ne fait pas obstacle à ce mode de réparation.

En l'espèce, la réparation en nature du préjudice causé à Monsieur M C par la faute de la SA AG INSURANCE consiste à examiner la demande en révision en dépit de sa tardiveté. Si et seulement si au terme de cet examen, la demande en révision s'avère fondée, la révision de l'indemnisation de la perte de capacité de travail conformément aux dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail réparera complètement le préjudice. Ce mode de réparation est particulièrement adéquat dans la mesure où il permettra à Monsieur M C d'obtenir ni plus, ni moins que ce qu'il aurait obtenu si la faute n'avait pas été commise.

Ce mode de réparation ne se heurte pas à une impossibilité juridique déduite du principe de légalité. En effet, ce principe s'oppose à ce que des prestations sociales soient accordées lorsque les conditions d'octroi font défaut.

En matière de révision des indemnités fondée sur une modification de la perte de capacité de travail de la victime due aux conséquences de l'accident, ces conditions sont :

- la modification de la perte de capacité de travail de la victime;
- le lien de causalité entre l'accident du travail et cette modification;
- cette modification doit reposer sur des faits nouveaux qui n'étaient pas connus et ne pouvaient être connus à la date de la décision statuant sur le droit aux indemnités, coulée en force de chose jugée (Cass., 26 mai 2008, RG n° S070111F; Cass., 4 juin 2007, JTT, p. 402; Cass., 10 février 1997, JTT, p. 291);
- cette modification doit se manifester au cours du délai de révision de trois ans.

Le délai de révision de trois ans, prévu par l'article 72, alinéa 1^{er}, de la loi, est double :

- d'une part, il s'agit d'un délai substantiel qui constitue une condition de fond de la révision des indemnités fondée sur une modification de la perte de capacité de travail de la victime due aux conséquences de l'accident. Il est ainsi requis que ladite modification se manifeste au cours des trois années qui suivent la date de la décision statuant sur le droit aux indemnités, coulée en force de chose jugée ;
- d'autre part, il s'agit d'un délai à caractère procédural : l'action en révision doit être intentée dans ce même délai.

Il ne peut être dérogé au délai substantiel sans méconnaître les conditions d'octroi de la révision, fixées par la loi.

En revanche, le délai envisagé sous l'angle procédural n'a pas le caractère d'une condition d'octroi. C'est la raison pour laquelle ce délai peut être écarté dans plusieurs cas : lorsque la demande en révision est introduite par voie reconventionnelle avant la clôture des débats (article 72, alinéa 3, de la loi) et lorsqu'une erreur invincible ou un autre cas de force majeure a placé la victime dans l'impossibilité absolue d'introduire l'action en révision dans le délai (voyez au sujet de l'erreur invincible : Cass., 8 janvier 1996, JTT, p. 250).

En examinant la demande en révision des indemnités malgré sa tardiveté, à titre de réparation en nature du préjudice causé par la faute de l'assureur, le juge ne déroge pas aux conditions d'octroi des indemnités révisées, mais permet au contraire que ces conditions soient dûment examinées.

Il y a dès lors lieu, à titre de réparation en nature, d'examiner la demande en révision introduite par Monsieur M C

2.3.2. Examen de la demande en révision

Il faut déterminer si une modification de la perte de capacité de travail de Monsieur M C] causée par l'accident du travail du 28 novembre 2000, reposant sur des faits nouveaux qui n'étaient pas connus et ne pouvaient être connus du Tribunal du travail lorsqu'il a statué sur les conséquences de l'accident du travail par son jugement du 26 août 2005, s'est manifestée au plus tard le 14 novembre 2008.

Monsieur C produit des rapports médicaux du Dr Simon datés du 6 octobre 2008 et du 11 septembre 2009, faisant état de modifications de son état physique, mises en évidence par un bilan radiologique réalisé le 10 avril 2008. Ce médecin a également constaté des douleurs et des paresthésies qui, selon lui, n'existaient pas à la date de la consolidation (le 1^{er} juin 2001). Compte tenu de ces éléments, il évalue l'incapacité permanente partielle à 15 %.

Il y a lieu de désigner un médecin expert afin d'éclairer la Cour sur l'état de santé de Monsieur M C et le lien de causalité entre cet état et l'accident.

La Cour attire l'attention de l'expert sur l'importance des dates : si une aggravation est constatée, il est indispensable de déterminer la date à laquelle la modification de la perte de capacité de travail de Monsieur M C s'est manifestée ainsi que la date de la consolidation de l'état aggravé de Monsieur M C. Cette date est une donnée médicale sans rapport avec le délai de révision : elle peut être fixée pendant ou après le délai de révision (voyez le Guide social permanent, Accidents du travail, partie I, livre II, titre III, chapitre V, 6, n° 40 à 60).

3. La demande d'allocation d'aggravation

La Cour ordonne une expertise médicale avant de statuer.

Cette décision est motivée par les raisons suivantes :

L'article 9 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 relatif aux allocations accordées dans le cadre de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail prévoit qu'une allocation d'aggravation est accordée à la victime dont l'état résultant de l'accident du travail s'aggrave de manière définitive après l'expiration du délai de révision, pour autant que le taux d'incapacité de travail après cette aggravation soit de 10 % au moins.

Monsieur M C fait valoir, se fondant sur un rapport médical du Dr Simon du 30 mars 2010, que son état s'est aggravé après la fin du délai de révision. Le Dr Simon évalue le nouveau taux d'incapacité permanente partielle à 18 %.

La SA AG INSURANCE fait valoir que l'aggravation vantée par Monsieur C est intervenue pendant le délai de révision et ne saurait dès lors donner lieu à une allocation d'aggravation.

Afin de trancher cette contestation, il y a lieu de déterminer en premier lieu si une aggravation s'est manifestée pendant le délai de révision et, si tel est le cas, à quelle date la consolidation doit être fixée (point 2 du présent arrêt). Ensuite, il faudra examiner si une nouvelle aggravation s'est manifestée après cette date de consolidation.

Il y a lieu de demander l'avis d'un médecin-expert à ce sujet également.

4. La demande d'indemnisation de la rechute entre le 7 avril 2008 et le mois de novembre 2008

La SA AG INSURANCE doit indemniser la rechute durant cette période.

Cette décision est motivée par les raisons suivantes :

Monsieur M C demande l'indemnisation de la rechute en incapacité temporaire totale qu'il a connue du 7 avril 2008 au mois de novembre 2008.

En vertu de l'article 25 de la loi du 10 avril 1971, si l'incapacité permanente causée par un accident du travail s'aggrave à un point tel que la victime ne peut plus exercer temporairement la profession dans laquelle elle a été reclassée, elle peut prétendre, durant cette période, aux indemnités prévues aux articles 22, 23 et 23bis de la loi.

Il n'est plus contesté que Monsieur M C répond aux conditions fixées par cette disposition, pour la période du 7 avril au mois de novembre 2008. C'est confirmé par les pièces du dossier.

La demande d'indemnisation de cette rechute est donc fondée.

V. DÉCISION DE LA COUR DU TRAVAIL

POUR CES MOTIFS,

LA COUR DU TRAVAIL,

Statuant après avoir entendu les parties,

Déclare l'appel recevable;

Condamne la SA AG INSURANCE à indemniser Monsieur M C de l'incapacité temporaire totale survenue entre le 7 avril 2008 et le mois de novembre 2008, ainsi qu'aux intérêts calculés au taux légal sur les indemnités à compter de leur date d'exigibilité;

Avant de se prononcer sur la demande en révision et sur la demande d'allocation d'aggravation, décide de faire procéder à une expertise;

Désigne en qualité d'expert le Dr Pascal OGER, rue Démosthène 229 à 1070 Bruxelles;

Charge l'expert de la mission d'expertise suivante :

Mission d'expertise

1. Dire si une modification de l'état médical de Monsieur M C s'est produite par rapport à son état médical tel qu'il était connu ou pouvait raisonnablement être connu compte tenu des examens médicaux ayant été réalisés à la date du 26 août 2005;
2. Préciser à partir de quelle date cette modification s'est produite et à partir de quelle date elle a été constatée;
3. Préciser si et en quoi cette modification constitue une aggravation de son état;

En cas d'aggravation :

4. Dire si à son avis, avec un haut degré de vraisemblance médicale, l'aggravation de l'état de Monsieur M C est en tout ou en partie due aux conséquences de l'accident du travail survenu le 28 novembre 2000;
5. Déterminer les périodes pendant lesquelles Monsieur M C a été totalement en incapacité de travailler en raison des lésions causées par l'accident du travail et de l'aggravation;
6. Donner son avis sur la date de consolidation de l'état de Monsieur M C tel qu'il s'est aggravé;
7. Dire si, à son avis, l'aggravation modifie la perte de capacité de travail de Monsieur M C due aux conséquences de l'accident du travail;
8. Dans ce cas, donner son avis sur le taux de l'incapacité permanente de travail en conséquence de l'accident du travail et de l'aggravation, c'est-à-dire évaluer en pourcentage leur répercussion sur la capacité professionnelle de Monsieur M C sur le marché général du travail :
 - en tenant compte de ses antécédents socio-économiques c'est-à-dire de son âge, de sa formation, de sa qualification professionnelle, de son expérience, de sa faculté d'adaptation, de sa possibilité de rééducation fonctionnelle;
 - et ce, après avoir procédé à une description des mouvements, gestes, positions du corps, déplacements, situations, travaux et autres démarches professionnelles devenus impossibles ou pénibles à Monsieur M C ou pour lesquelles il existe une contre-indication médicale, résultant des lésions décrites;

9. Dire si depuis l'aggravation, l'accident nécessite des appareils de prothèse, des appareils d'orthopédie ou des orthèses et déterminer la fréquence du renouvellement de ceux-ci;
10. Dire si depuis l'aggravation, l'accident nécessite l'aide d'un tiers, et si oui dans quelle proportion.
11. Dire si une nouvelle aggravation, distincte de la première, s'est produite depuis la consolidation de l'état de Monsieur M C à la suite de la première aggravation;
12. En cas de réponse affirmative à la question n° 11, répondre aux questions 4 à 10 pour ce qui concerne la nouvelle aggravation;

L'éventuel refus de la mission

À compter de la notification du présent arrêt par le greffe, l'expert disposera d'un délai de huit jours pour refuser la mission qui lui est confiée, s'il le souhaite, en motivant dûment sa décision.

L'expert avisera les parties par lettre recommandée et le juge et les conseils par lettre missive.

Fixation de la première réunion d'expertise

Sauf refus de la mission, les lieu, jour et heure de la première réunion d'expertise seront fixés par l'expert dans les 8 jours de la notification du présent arrêt.

La procédure ultérieure

Au plus tard lors de la première réunion d'expertise, les parties remettront à l'expert un dossier inventorié rassemblant tous les documents pertinents.

Sauf dispense expresse, la convocation en vue de travaux ultérieurs se fera par lettre recommandée à l'égard des parties et par lettre missive à l'égard du juge et des conseils.

L'expert entendra les parties et examinera Monsieur M C.

Il recueillera tous les renseignements utiles et pourra, dans la mesure strictement nécessaire à l'accomplissement de sa mission, procéder ou faire procéder à des examens spécialisés et autres investigations.

A la fin de ses travaux, l'expert enverra pour lecture au juge, aux parties et à leurs conseils, les constatations auxquelles il joindra un rapport provisoire.

Il fixera un délai raisonnable dans lequel les parties devront formuler leurs observations. Il répondra aux observations qu'il recevra dans ce délai.

L'expert établira un rapport final qui sera motivé, daté et relatera la présence des parties lors des travaux, leurs déclarations verbales et leurs réquisitions. Il contiendra en outre le relevé des notes et documents remis par les parties.

Le rapport final doit être signé par l'expert, à peine de nullité. La signature de l'expert devra, à peine de nullité, être précédée du serment ainsi conçu : « *Je jure avoir rempli ma mission en honneur et conscience, avec exactitude et probité* ».

L'original du rapport final sera déposé au greffe au plus tard dans les 6 mois à partir de la notification du présent arrêt.

Avec ce rapport, l'expert déposera les documents et notes des parties ainsi qu'un état de frais et honoraires détaillé. Cet état inclura les frais et honoraires des spécialistes consultés et mentionnera, pour chacun des devoirs accomplis, leur date et, le cas échéant, les numéros de la nomenclature correspondant à la prestation effectuée.

Le jour du dépôt du rapport final, l'expert en enverra copie de son rapport final et de son état de frais et honoraires par courrier recommandé aux parties et par lettre missive à leurs conseils.

La prolongation éventuelle du délai de dépôt du rapport final

Seul le juge peut prolonger le délai pour le dépôt du rapport final.

Dans le cas où il ne pourrait déposer son rapport dans le délai imparti, l'expert devra solliciter de la Cour du travail, par lettre motivée, l'augmentation de ce délai.

Tous les 6 mois, l'expert devra adresser à la Cour du travail, aux parties et aux conseils un rapport intermédiaire sur l'état d'avancement de ses travaux.

Les frais et honoraires de l'expert

La provision est fixée à 1.000 euros.

La SA AG INSURANCE consignera cette provision au greffe dans les huit jours de la notification du présent arrêt. La provision de 1.000 euros peut être immédiatement libérée au profit de l'expert en vue de couvrir ses frais.

En cours de mission, l'expert pourra demander qu'une provision complémentaire soit consignée et, le cas échéant, partiellement libérée pour couvrir les frais déjà exposés et les prestations déjà accomplies.

Toutes ces demandes seront soumises au juge, qui rendra une décision motivée.

A l'issue de sa mission, l'expert établira et déposera au greffe l'état détaillé de ses frais et honoraires.

Les parties pourront faire part de leurs observations sur cet état.

Sauf en cas de désaccord exprimé de manière motivée par l'une des parties dans les 30 jours de son dépôt, l'état de frais et honoraires sera taxé par le juge au bas de la minute.

Les montants seront taxés dans la décision finale comme frais de justice.

Contestations et contrôle de l'expertise

Toutes les contestations relatives à l'expertise survenant au cours de celle-ci seront réglées par le juge. Les parties et l'expert s'adresseront à la Cour du travail par lettre motivée.

Pour l'application de l'article 973 du Code judiciaire et de tous les articles dudit code relatifs à l'expertise qui prévoient l'intervention du juge, il y a lieu d'entendre par : « *le juge qui a ordonné l'expertise, ou le juge désigné à cet effet* » ou encore par « *le juge* » :

- les conseillers composant la 6^{ème} chambre lors de l'audience du 17 décembre 2012,
- en cas d'absence d'un conseiller social, Madame F. BOUQUELLE, conseillère professionnelle siégeant seule,
- à défaut, le conseiller professionnel présidant la 6^e chambre au moment où survient la contestation relative à l'expertise,
- ou le magistrat désigné dans l'ordonnance de fonctionnement de la Cour du travail de Bruxelles pour l'année judiciaire.

Dit que la cause sera ensuite ramenée à l'audience par la partie la plus diligente.

Réserve les dépens.

Ainsi arrêté par :

Fabienne BOUQUELLE, conseillère,

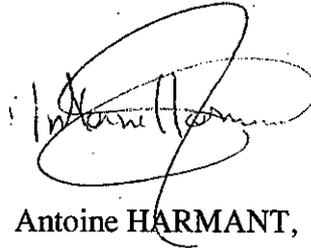
Pierre THONON, conseiller social au titre d'employeur,

Antoine HARMANT, conseiller social au titre d'ouvrier,

Assistés de :
Alice DE CLERCK, Greffier,



Alice DE CLERCK,



Antoine HARMANT,



Fabienne BOUQUELLE,

Monsieur P. THONON qui était présent aux débats et qui a participé au délibéré de la cause est dans l'impossibilité de signer.

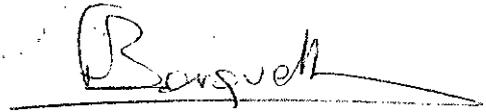
Conformément à l'article 785 du Code judiciaire, l'arrêt sera signé par Madame F. BOUQUELLE, Conseillère et Monsieur A. HARMANT, Conseiller social au titre d'ouvrier.

et prononcé, en langue française à l'audience publique de la 6^{ème} Chambre de la Cour du travail de Bruxelles, le 18 février 2013, où étaient présents :

Fabienne BOUQUELLE, conseillère,
Alice DE CLERCK, Greffier,



Alice DE CLERCK,



Fabienne BOUQUELLE,