



| |
|---|
| Numéro du répertoire 2019 / |
| R.G. Trib. Trav. RG 405.785 |
| Date du prononcé 8 mars 2019 |
| Numéro du rôle 2015/AL/415 |
| En cause de : L'AGENCE FEDERALE DES RISQUES PROFESSIONNELS C/ F. C. |

Expédition

| |
|------------------------------|
| Délivrée à Pour la partie |
| le € JGR |

Cour du travail de Liège

Division Liège

chambre 3 E

Arrêt

+ SECURITE SOCIALE – MALADIES PROFESSIONNELLES – Arthrose lombaire en lien causal déterminant et direct, après prise en considération de tous les facteurs extraprofessionnels, avec l'exercice de la profession de pontier et de maçon-fumiste dans la sidérurgie pendant 38 années – entérinement du rapport d'expertise.

EN CAUSE DE :

L'AGENCE FÉDÉRALE DES RISQUES PROFESSIONNELS, en abrégé « FEDRIS » (anciennement FMP), dont les bureaux sont situés à 1210 SAINT-JOSSE-TEN-NOODE, Avenue de l'Astronomie, 1, BELGIQUE, inscrite à la Banque Carrefour des Entreprises sous le numéro 0206.734.318,

partie appelante, ayant pour conseil Maître Denis DRION, avocat à 4000 LIEGE, rue Hullos, 103-105 et ayant comparu par Maître Pierre-Yves BRONNE

CONTRE :

Monsieur C. F., domicilié,

partie intimée, ayant pour conseil Maître Frédéric KERSTENNE, avocat à 4000 LIEGE, boulevard d'Avroy, 7/C et ayant comparu par Maître Albert FRAIKIN.

•
• •

I. LA RECEVABILITÉ DE L'APPEL.

L'appel a déjà été déclaré recevable par notre arrêt du 25 mars 2016.

II. LE RAPPEL DES ANTECEDENTS DE LA PROCEDURE.

- 1. Monsieur F.** (ci-après : « Monsieur F » ou « l'intéressé » ou encore « l'intimé »), qui a exercé, entre 1970 et 2008, la profession d'ouvrier conducteur de pont roulant au service de Cockerill-Sambre, poursuit la reconnaissance de l'aggravation de l'incapacité permanente résultant de la spondylodiscarthrose dont il est atteint, à charge du FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES (ci-après : « le FMP »), aux droits et obligations duquel a entre-temps succédé **L'AGENCE FÉDÉRALE DES RISQUES PROFESSIONNELS** (ci-après: "FEDRIS" ou "l'Agence" ou encore "l'appelante").
- 2.** À l'origine, la lombarthrose vibratoire avait été reconnue à hauteur de 5% d'incapacité purement physique dans le système de la liste des maladies professionnelles sous le code 1605.12 tel qu'il existait avant la modification de la réglementation par l'arrêté royal du 25 février 2007 ayant depuis lors considérablement renforcé les critères de reconnaissance des maladies dorso-lombaires au titre des maladies professionnelles indemnifiables visées par ladite liste.

L'expert Dony a fixé au 31 octobre 2000 la date de prise de cours d'une première aggravation du taux d'incapacité, évaluée à l'époque à 8 % pour la colonne lombaire.

3. Par jugement du 23 février 2010¹ du tribunal du travail de Liège ayant statué sur une nouvelle demande d'aggravation, le taux d'incapacité globale reconnu à l'intéressé a été porté à 25 %, répartis entre 8% d'incapacité au niveau de l'axe vertébral, 8 % pour les membres supérieurs et 9 % pour les facteurs socio-économiques, avec effet au 13 décembre 2002.
4. Monsieur F a introduit, le 30 août 2011, la demande en révision faisant l'objet du présent litige, qui porte exclusivement sur l'aggravation de la pathologie lombaire.

Cette demande, qui a été rejetée par décision du 21 décembre 2011 du FMP, a été introduite à titre principal en référence au code 1605.03 fixant, depuis le 19 février 2005, les critères de reconnaissance des maladies dorso-lombaires de la liste et, de manière subsidiaire, dans le cadre du système hors liste visé par l'article 30*bis* des lois coordonnées le 3 juin 1970.
5. Les parties étant en désaccord sur l'existence de cette aggravation, le tribunal a, par jugement du 25 juin 2012, investi l'expert Stan d'une mission portant sur l'examen de la pathologie dorso-lombaire de l'intéressé tant dans le cadre du système de la liste et des critères spécifiques et rigoureux du code 1605.03 précité, entre-temps applicable, que dans le système ouvert, lequel requiert, outre la preuve de l'exposition au risque professionnel, celle de l'existence d'un lien déterminant et direct avec l'exercice de la profession.

Il est rapidement apparu dans le cours de l'expertise que les critères spécifiques de reconnaissance visés par le code 1605.03 n'étaient pas rencontrés, de sorte que la discussion entre parties s'est cristallisée sur ceux consacrés, dans le système ouvert, par l'article 30*bis* (lien déterminant et direct) et l'article 32 (critère d'exposition) des lois coordonnées le 3 juin 1970.
6. Au terme de sa mission, grief a été fait par le FMP à l'expert Stan d'avoir reconnu l'existence de l'aggravation alléguée de la spondylarthrose lombaire (à hauteur de 3 %, ramenant ainsi à 11 % le taux d'incapacité purement physique lié à cette affection avec effet au 9 janvier 2010) sans avoir pris soin de prendre préalablement en considération le critère d'exposition.

Il était plus précisément reproché à l'expert d'avoir déduit l'existence de l'exposition professionnelle de la seule circonstance que celle-ci avait été antérieurement tenue pour établie lors de la reconnaissance initiale de la maladie dorso-lombaire correspondant à l'époque au code 1605.12 de la liste des maladies professionnelles.

Or, selon l'appelante, l'exposition au risque professionnel de contracter une affection retirée de la liste ne peut être assimilée à l'exposition au risque professionnel de contracter n'importe quelle autre affection lombaire.

¹ alors non produit au dossier des parties pas davantage que le rapport d'expertise du Docteur Dony désigné à l'époque par le tribunal.

- 7.** Par jugement du 6 mars 2014 le Docteur Stan a été investi d'une mission complémentaire consistant à répondre aux observations émises par le FMP.

Dans son rapport d'expertise définitif déposé le 11 août 2014, l'expert a souligné que, jusqu'à qu'à sa mise en prépension, Monsieur F a continué à exercer son métier de pontier et a par conséquent subi le même risque professionnel que celui qui avait abouti à la reconnaissance de sa maladie professionnelle indemnisée par le FMP à partir du 13 décembre 2002.

L'expert a précisé que cela signifiait que « les mêmes facteurs mécaniques et d'origine vibratoire qui ont été admis par le FMP comme générateurs et à l'origine de cette spondylarthrose lombaire, qui ont amené la reconnaissance et l'indemnisation de cette maladie professionnelle, ont continué à exercer leur influence nocive entraînant ainsi la péjoration de ces lésions. »²

Il a par ailleurs maintenu l'existence d'un lien causal déterminant et direct entre, d'une part, l'exercice de la profession et le risque professionnel auquel il a exposé l'intéressé et, d'autre part, l'affection dorso-lombaire dont ce dernier est atteint.

- 8.** Le jugement dont appel a entériné les conclusions de l'expert et dit pour droit que la spondylarthrose lombaire dont souffre l'intéressé trouve sa cause déterminante et directe dans l'exercice de sa profession, celui-ci ayant été exposé au risque de cette maladie pendant toute sa carrière.

Ce jugement a également consacré à hauteur de 11 %, à dater du 9 janvier 2010, le taux d'incapacité physique consécutif à cette affection, et ordonné, pour le surplus, une réouverture des débats.

- 9.** Le FMP ne pouvant se satisfaire de cette décision a saisi la cour du litige, en lui demandant, à titre principal, de le décharger de l'ensemble des condamnations mises à sa charge après avoir constaté l'absence d'exposition au risque professionnel de contracter la maladie dont la réparation aggravée est demandée, de même que l'absence de lien causal déterminant et direct. À titre infiniment subsidiaire, dans l'hypothèse où la cour estimerait devoir confier une mission complémentaire à l'expert, il était postulé que cette mission intégrât les observations du Fonds.

- 10.** Par notre arrêt du 25 mars 2016, il a été dit pour droit qu'en raison de l'identité de maladie professionnelle et d'exposition avant et après la disparition, le 19 février 2005, de la spondylodiscarthrose reconnue comme maladie de la liste, l'expert avait pu logiquement et dans le respect de la condition d'exposition visée par l'article 32, déduire de la reconnaissance antérieure de ce critère que cette condition d'indemnisation était bien remplie dans le cadre de l'examen de la révision du taux d'incapacité lié à l'aggravation de cette même maladie.³

² rapport d'expertise déposé le 11 août 2014, discussion, p. 7.

³ voir à ce sujet le point 6.3. de la page 8 dudit arrêt.

III. LA NOUVELLE MISSION D'EXPERTISE CONFIEE AU DOCTEUR BABILONE.

Cet arrêt a confié au Dr Babilone une nouvelle expertise à l'effet de déterminer si l'aggravation de la spondylodiscarthrose dont est atteint l'intéressé est en lien causal déterminant et direct avec l'exercice de sa profession, étant précisé ce qui suit:

1. L'expert prendra connaissance des examens médicaux auxquels a procédé le Dr Stan, du bilan séquellaire de l'intimé et de sa comparaison avec celui décrit lors de la reconnaissance initiale de l'affection dorso-lombaire et dira s'il peut confirmer l'existence de l'aggravation de cette affection, le taux d'incapacité physique complémentaire qui en est résulté et la date de survenance de cette aggravation, tels qu'ils ont été évalués par son prédécesseur.
2. L'expert tiendra pour acquise l'exposition professionnelle au risque de la maladie dorso-lombaire dont est atteint l'intéressé, du fait que celle-ci a déjà fait l'objet d'une reconnaissance définitive lors de la reconnaissance initiale de cette maladie au titre de maladie professionnelle indemnisable. Il dira jusqu'à quelle date l'exposition professionnelle au risque de cette maladie s'est maintenue.
3. Il lui appartiendra ensuite, sur la base de l'ensemble des informations médicales et de celles relatives aux conditions d'exercice de cette profession de pontier par l'intimé, d'émettre son opinion sur la question de savoir si l'aggravation de l'affection dont il est atteint, telle qu'elle est survenue et au moment où elle est apparue, présente un lien causal déterminant et direct avec l'exposition professionnelle au risque de cette maladie, en ce sens qu'elle présente un lien décisif et sûr, mais ni exclusif ni prépondérant, avec l'exposition à laquelle il a été soumis au risque professionnel de cette maladie, sans que ce lien causal puisse, pour autant, être déduit de l'exposition elle-même.

L'expert devra veiller à cet effet à récolter des précisions au sujet des conditions concrètes d'exécution des prestations de travail de l'intéressé durant sa carrière professionnelle, comme par exemple la durée quotidienne des temps de conduite, le type de ponts roulants utilisés, leur accessibilité, ainsi que la fréquence du port éventuel de charges lourdes et les conditions dans lesquelles ces charges doivent être manipulées.

4. L'expert prendra soin d'examiner concrètement, dans le chef de l'intéressé, l'incidence de chacun des facteurs étiologiques autres que l'exposition professionnelle qui seraient également susceptibles d'avoir pu causer l'aggravation de la maladie (âge, poids, éventuelles séquelles post-traumatiques, éventuelle consommation excessive de tabac, facteurs métaboliques ou hormonaux et facteurs génétiques) sans cependant que le lien avec l'exposition professionnelle doive être exclusif ni même principal ou prépondérant, en sorte qu'une prédisposition, par exemple d'origine génétique, ne constitue pas un obstacle à la reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie.

IV. L'OBJET ACTUEL DU LITIGE : LA CRITIQUE DU RAPPORT D'EXPERTISE.

- 1.** Au terme de ses travaux d'expertise, le Dr Babilone a considéré sous la foi du serment "qu'il existe un lien causal indéniable, direct et déterminant, entre l'exposition professionnelle qui a été celle de Monsieur F, exposition que l'expert juge particulièrement longue eu égard au type d'activité prestée et la survenance précoce de l'arthrose lombaire qui n'a cessé d'évoluer pour atteindre le stade sévère constaté au jour de l'expertise."
 - 1. 1.** L'expert précise que "le lien entre l'arthrose et les vibrations est décrit dans la littérature et mis en évidence lors d'études épidémiologiques."
 - 1. 2.** Il ajoute que "le caractère précoce et la longueur de l'exposition sont la preuve indubitable du lien causal entre le risque professionnel et la lombodiscarthrose présentée par le requérant."
 - 1. 3.** Le Dr Babilone constate qu' "il s'agit ici d'un état pathologique sévère et douloureux qui n'a cessé de justifier le bénéfice de traitements de plus en plus importants" et souligne que "la sévérité de l'état du patient ne se rencontre pas dans la population en général à l'âge de 60 ans, ni même de 66 ans."
 - 1. 4.** En fonction de l'ensemble de ces considérations, elle émet l'opinion que "les aggravations constatées ont un lien direct et déterminant avec le risque professionnel subi par Monsieur F."
 - 1. 5.** Pour ce qui est enfin de l'évaluation du dommage subi, l'expert "confirme le pourcentage de 11% d'incapacité physique à la date du 9 janvier 2010, comme dit dans le rapport d'expertise du Dr Stan, mais considère que l'état du patient s'est encore aggravé et justifie à dater du jour des examens radiologiques réalisés en 2017, soit à dater du 3 mai 2017, 16% d'incapacité physique."
- 2.** Le conseil de FEDRIS s'oppose dans ses conclusions après expertise à l'entérinement des conclusions du Dr Babilone à l'encontre desquelles il développe des griefs tous azimuts.

Ces contestations ne sont autres que la reproduction de celles qu'il a émises pour compléter les griefs énoncés par le Dr Gauthier, médecin-conseil de l'Agence, mais dans un courriel adressé le 5 janvier 2018 à l'expert, soit postérieurement à la date limite qui avait été fixée pour le dépôt des observations des parties au sujet des préliminaires d'expertise.

La cour les synthétisera comme suit, en les replaçant dans l'ordre des questions libellées par la mission d'expertise, pour les comparer aux griefs émis par le Dr Gauthier, médecin-conseil de l'Agence, dans les observations qu'il a formulées le 26 décembre 2017 par rapport aux préliminaires d'expertise.

2. 1. Au sujet de la reconnaissance de l'aggravation de la spondylodiscarthrose.

Selon le conseil de FEDRIS, l'expert affirmerait de façon purement gratuite, sur la base de sa seule conviction personnelle, la sévérité de l'affection arthrosique et son aggravation constante, alors même que les différents examens d'imagerie médicale auxquels il a été procédé objectivent une évolution constante et légère de l'arthrose pendant et après la fin des activités professionnelles de l'intéressé.

La cour observe d'emblée que très curieusement, le médecin-conseil de l'Agence n'a pas quant à lui, ni dans le cours des opérations d'expertise, ni dans ses observations par rapport à l'avis préliminaire de l'expert, mis en cause la matérialité et la sévérité de cette aggravation. Il s'est borné à faire valoir que "la lombodiscarthrose se retrouve dans environ 30% de la population générale, à des degrés divers", chiffre dont la cour observe ici qu'il est en contradiction avec ce que l'appelante fait écrire par son conseil en conclusions (voir ci-après, le point 2.3.2.)

2. 2. Sur la carrière de l'intéressé et son exposition professionnelle au risque vibratoire.

2.2.1. L'expert aurait, selon le conseil de FEDRIS, négligé de prendre en considération, lors de son appréciation de la longueur de la carrière professionnelle de l'intéressé qui s'est écoulée entre 1970 et le 1^{er} janvier 2008, date de son admission à la prépension, le fait qu'il aurait poursuivi l'activité incriminée de façon itérative jusqu'en 2006, de sorte qu'il conviendrait de soustraire 2 années des 38 années retenues par l'expert.

2.2.2. L'expert aurait, selon le conseil de l'appelante, omis de prendre en compte l'importance des activités de maçon-fumiste, également exercées par Monsieur F, alors que ces activités ne l'exposaient pas aux vibrations mécaniques, de sorte que l'affirmation selon laquelle l'intéressé aurait été exposé à ce risque vibratoire durant toute sa carrière s'en trouverait démentie.

2.2.3. L'expert serait, toujours selon le conseil de FEDRIS, resté en défaut de répondre au 2^{ème} § du point 3 de sa mission reproduite plus haut⁴ en ayant négligé de procéder à une analyse des conditions de travail de l'intéressé.

2.2.4. La cour observe d'emblée ici que le Dr Gauthier, médecin-conseil qui a, quant à lui, suivi l'ensemble des opérations d'expertise, n'a émis la moindre contestation ou la moindre demande de devoirs complémentaires par rapport aux trois griefs énoncés ci-dessus, que l'Agence déploie aujourd'hui dans les conclusions d'appel de son conseil.

Tout au plus, a-t-il fait observer au sujet de la longueur de l'exposition que celle-ci a soumis l'intéressé au risque des vibrations, mais pas au risque de développer une lombodiscarthrose, surtout pluri-étagée.

⁴ que notre arrêt du 25 mars 2016 avait repris au point 3.3. de la mission confiée aux soins du Dr Babilone.

2. 3. A propos du lien causal déterminant et direct.

2.3.1. Selon les conclusions du conseil de l'Agence, l'expert aurait affirmé, sans fondement scientifique puisé dans des études épidémiologiques, qu'une fois initiée, l'arthrose vibratoire évolue de son propre chef, de sorte que l'Agence s'interroge sur la question de savoir comment, alors que l'arthrose est en soi un phénomène dégénératif directement corrélé à la sénescence de l'organisme et s'aggravant au fur et à mesure du vieillissement, la maladie professionnelle a encore joué un quelconque rôle dans cette aggravation alors même que l'exposition professionnelle a pris fin depuis 2008, année d'admission de l'intéressé à la prépension.

Le conseil de FEDRIS s'interroge dès lors sur la question de déterminer comment peut se justifier cette sorte "d'effet retard".

Cette question a, quant à elle, été abordée également par le médecin-conseil de l'Agence, dans ses observations émises le 26 décembre 2017, dans lesquelles il souligne que l'évolution relevée par l'expert est le propre de toute arthrose, et pas nécessairement l'arthrose vibratoire, de sorte que l'aggravation constatée n'est donc pas nécessairement liée à l'activité professionnelle et ne peut par conséquent être retenue comme preuve du lien causal direct et déterminant.

2.3.2. L'expert aurait, selon les conclusions du conseil de l'appelante, négligé le fait que "sauf erreur possible, les seules données scientifiques reconnues posent le constat d'une prévalence de l'arthrose et des phénomènes dégénératifs lombaires par tranche d'âge dont il ressort que dès la tranche d'âge 40 - 44 ans, la prévalence d'une arthrose est de 70% dans la population générale et qu'une fois atteint l'âge de 60 ans, on est bien au-delà de 90%."

La cour souligne à nouveau ici que les chiffres avancés par FEDRIS, sans d'ailleurs produire quelque étude statistique que ce soit à l'appui de ce qu'elle avance, se trouvent contredits par ceux évoqués par son propre médecin-conseil qui parle d'une prévalence de 30% dans la population générale (voir supra, le point 2. 1.)

2.3.3. L'expert serait, selon le conseil de l'appelante, resté en défaut d'indiquer sur quelle base il se fondait pour poser le constat que la sévérité de l'arthrose observée chez l'intéressé est telle qu'elle ne se rencontre pas dans la population en général.

Cette question a été abordée par le médecin-conseil de l'Agence, le Dr Gauthier écrivant dans ses observations qu'aucune étude scientifique actuelle ne permet de relier les vibrations mécaniques à la lombodiscarthrose.

Il souligne que, bien au contraire, une méta-analyse publiée en 2012⁵, a conclu qu'aucun lien de cause à effet n'a été prouvé scientifiquement à ce jour.

⁵ Bible JE, Choemprayong S, "Whole-body vibration: is there a causal relationship to specific imaging findings of the spine?" Spine (Phila Pa 1976). 2012 Oct 1; 37(21): E1347-55.

- 2.3.4.** L'expert n'aurait, selon le conseil de FEDRIS, pas tenu compte, au vu de la lente progression de la dégénérescence articulaire constatée 4, 6 et 11 années après la fin des activités professionnelles de l'intéressé, de son vieillissement alors que toutes les dégénérescences lombaires sont le résultat d'un processus normal de l'organisme débutant autour de l'âge de 20 ans pour augmenter après 40 ans et qui conduit tôt ou tard à des manifestations visibles, quelle qu'ait été son activité professionnelle.

Or, une telle évolution plaiderait contre une origine professionnelle des problèmes lombaires et serait totalement compatible avec le vieillissement de l'organisme.

- 3. 5.** L'expert aurait en réalité, selon le conseil de l'appelante, déduit de l'exposition son affirmation de l'existence du lien causal déterminant et direct, en affirmant que celui-ci "est constitué par la longueur exceptionnelle de la carrière de Monsieur F, au cours de laquelle il a été soumis au risque de façon permanente", ce qui est au demeurant aujourd'hui contesté par l'Agence (voir supra, 2.2.1. à 2.2.3.) mais ne l'a pas été par son médecin-conseil au cours des opérations d'expertise ou à l'occasion de ses observations par rapport aux préliminaires d'expertise (voir supra 2.2.4.)

| |
|--|
| V. REMARQUES PRELIMINAIRES SUR LE RESPECT DE LA CONTRADICTION DES DEBATS MEDICAUX PENDANT LE COURS DU DEROULEMENT DES TRAVAUX DE L'EXPERTISE. |
|--|

1. La disposition légale applicable.

L'article 976, alinéa 2, du Code judiciaire, dispose tout d'abord ce qui suit:

"L'expert reçoit les observations des parties et de leurs conseillers techniques avant l'expiration de ce délai."

Référence est faite à ce sujet au délai raisonnable que fixe l'expert, conformément à l'alinéa 1^{er} de cette disposition légale, compte tenu de la nature du litige, dans lequel les parties doivent formuler leurs observations, qui doit être d'au moins quinze jours.

L'article 976, alinéa 2, du Code judiciaire, poursuit comme suit:

"L'expert ne tient aucun compte des observations qu'il reçoit tardivement. Ces observations peuvent être écartées d'office par le juge."

2. L'application qui en a été faite en l'espèce.

- 2. 1.** L'expert a déposé et communiqué son rapport préliminaire le 7 décembre 2017 en invitant les conseils des parties à faire valoir leurs observations pour le 23 décembre 2017, soit dans le respect d'un délai de 15 jours.

- 2. 2.** Bien que les observations émises tant par le Dr Gauthier, médecin-conseil de l'Agence et de Me Drion, avocat de l'appelante, lui soient parvenues avec retard et sans qu'elles soient pour autant assorties d'une demande de prolongation de la date du dépôt de son rapport définitif, l'expert a veillé, comme on le verra ci-après, à répondre de façon circonstanciée à l'immense majorité de celles-ci.⁶
- 2. 3.** Faisant application de l'article 976, alinéa 2, du Code judiciaire, la cour écartera d'office des débats l'observation émise tardivement par le conseil de FEDRIS selon laquelle l'expert serait resté en défaut de répondre à la partie de sa mission l'invitant à procéder à une analyse détaillée des conditions de travail de l'intéressé.⁷

D'une part, il s'agit là de données qui eussent dû être spontanément fournies par FEDRIS, en produisant l'enquête d'exposition qui avait conduit en son temps à reconnaître celle à laquelle avait été soumis Monsieur F. Or, il ne ressort pas de l'inventaire exhaustif des documents soumis à l'appréciation de l'expert, que cette enquête lui ait été produite. En son absence, il s'imposait alors que la partie qui conteste le lien causal entre cette exposition et l'aggravation de la pathologie invite l'expert à faire appel à un sapiteur pour compléter son information. Or, pareille demande n'a été formulée ni par le médecin-conseil de l'Agence, ni par son avocat.

Si chacune des parties supporte conformément à l'article 870 du Code judiciaire la charge de prouver les faits qu'elle allègue, il reste que FEDRIS, qui est un organisme de sécurité sociale, se doit de participer à l'administration de cette preuve en versant aux débats scientifiques et médicaux les éléments dont elle dispose et ne peut se contenter, comme elle l'a fait en l'espèce, de se cantonner dans une attitude passive.

D'autre part, il doit être rappelé que l'exposition en tant que telle ne peut plus faire l'objet de contestation dans la mesure où notre arrêt a dit pour droit que celle-ci était établie.

Ce qui avait déterminé la cour à écarter le rapport de l'expert Stan, était que ce dernier s'était concentré de manière théorique sur les causes médicales du développement de la discopathie intervertébrale, sans se prononcer, dans le cas concret de l'intéressé, sur le lien causal entre la pathologie dont celui-ci est atteint et sa profession de conducteur de pont roulant telle qu'il a été amené à l'exercer.

Or, comme on le verra ci-après, l'expert Babilone a réservé à cette question du lien causal déterminant et direct une réponse argumentée sur la base de la description concrète de l'activité professionnelle de Monsieur F réfutant les critiques dont ses travaux ont fait et font encore l'objet quant au lien qu'entretient cette exposition professionnelle établie avec l'aggravation également démontrée de la pathologie de l'intéressé.

⁶ en pages 28 à 31 de son rapport.

⁷ voir supra, le point 2.2.3. de la page 7 du présent arrêt.

VI. LES ELEMENTS FACTUELS PERTINENTS DU RAPPORT D'EXPERTISE.**1. A propos du déroulement de la carrière de l'intéressé.**

L'expert relève que Monsieur F, né le 10 juin 1952, a au terme de 3 années d'études secondaires en électricité et d'un apprentissage, entamé sa carrière professionnelle à 18 ans en étant engagé en 1970 comme pontier-cabine pour une firme sous-traitante de Cockerill, activité qu'il exercera jusqu'en 1972.

Le 1^{er} juin 1972, l'intéressé alors âgé de 20 ans, débute sa carrière de pontier-cabine au service de Cockerill-Sambre, qu'il poursuivra jusqu'au 1^{er} janvier 2008, date de son admission à la prépension décidée dans le cadre d'une restructuration de l'entreprise.

L'expert précise qu'à partir de 1980, il deviendra pontier polyvalent sur engins flottants et roulants et que lorsque l'activité était moins importante, il était affecté au poste de maçon-fumiste.

Il est souligné qu'il a travaillé à ce poste de façon itérative jusqu'en 2006, c'est-à-dire de manière répétée, renouvelée et fréquente.

L'expert relate, sans être contredit sur ce point par FEDRIS que les lombalgies et les douleurs scapulaires ont "débuté dès 1989 (Monsieur F est alors âgé de 37 ans), ont été reconnues par le FMP en 1992 (il avait donc alors 40 ans) et n'ont cessé de s'aggraver depuis lors malgré les traitements entrepris: kiné, osthéopatie, infiltration, thermocoagulation."⁸

2. A propos de l'aggravation de la spondylodiscarthrose.

2. 1. L'expert a fait un relevé et une analyse systématique des protocoles d'imagerie médicale et des différents rapports qui ont constaté cette aggravation de l'arthrose, depuis la dernière reconnaissance de l'aggravation de la maladie professionnelle réparable dans le chef de l'intéressé avec effet, pour rappel au 31 octobre 2000, date à laquelle Monsieur F, né le 10 juin 1952 était âgé de 48 ans.

2. 2. Le Dr Babilone cite notamment à ce sujet:

- le rapport du 26 novembre 2002 de la Clinique André Renard, posant le constat d'une spondylodiscarthrose L4/L5 et L5/S1;
- le rapport du 28 novembre 2002 du Dr Leroux qui signale qu' "au niveau de la colonne, les éléments cliniques et radiologiques permettent d'objectiver une aggravation des lésions";

⁸ voir le rapport d'expertise, page 4.

- le rapport d'expertise du 13 janvier 2003 du Dr Dony qui concluait à l'époque que l'incapacité physique permanente de Monsieur F s'était aggravée depuis le 31 octobre 2000;
- le protocole d'imagerie médicale du 3 octobre 2006 du Dr Kuta qui fait mention d'une spondylodiscarthrose lombaire étagée *avec discopathie dégénérative chronique ébauchée en L4 et L5*, tout en ne constatant pas de modification de la colonne lombo-sacrée par rapport à l'examen du 26 novembre 2002;
- le protocole IRM du 9 janvier 2010 effectué au CHBA signalant une discopathie modérée en L3-L4, L4-L5 et L5-S1;
- le rapport de consultation du 26 janvier 2010 du Dr Colson faisant état d'un IRM mettant en évidence une arthrose des articulations postérieures L3-L4, L4-L5 et L5-S1 de façon bilatérale et d'une discopathie modérée en L3-L4, L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'un syndrome facettaire L4-L5 et L5-S1 justifiant des infiltrations et un traitement de kinésithérapie;
- le rapport du 15 février 2010 du Dr Simoni, mentionnant *une arthrose très sévère en L5-S1*;
- le rapport du 1^{er} mars 2010 du même médecin, relatant les constatations qu'il a posées lors d'un examen d'imagerie médicale RX, centré sur l'arthrographie des articulations L4-L5 et L5-S1, ces dernières étant, selon le constat livré par l'imagerie médicale, le *siège d'une arthrose sévère*;
- le rapport du 17 décembre 2010 du Dr Kuta qui signale cette fois, par rapport à l'examen du 26 novembre 2002 qui lui avait servi de point de comparaison "une majoration de l'affaissement discal en L4-L5, et une majoration du pincement de l'interligne articulaire interapophysaire postérieur en L4-L5 et en L5-S1 droit";
- le rapport du 22 août 2011 du Dr Bastings, médecin-conseil de Monsieur F, qui confirme que l'affection a évolué progressivement dans le sens d'une lente péjoration au fil des années, qui s'est particulièrement caractérisée au début de l'année 2010, en dépit des divers traitements auxquels s'est soumis l'intéressé (kiné, ostéopathie, infiltration, thermocoagulation) et prise d'anti-inflammatoires; ce médecin-conseil souligne que les examens complémentaires commentés ci-dessus "objectivent des discopathies étagées L3-L4, L4-L5 et L5-S1, ainsi que des manifestations d'arthrose interapophysaire postérieure étagée depuis L3-L4 jusqu'à L5-S1"; il s'agit du rapport produit à l'appui de la présente demande en aggravation introduite par Monsieur F le 30 août 2011;

- le rapport médical du 14 février 2012 du même médecin-conseil, confirmant la péjoration de l'affection professionnelle rachidienne lombaire de l'intéressé tant du point de vue symptomatologique que clinique et paraclinique (objectivation, par le bilan radiographique et l'IRM d'une majoration de l'affaissement discal L4-L5 et d'une majoration du pincement des interlignes articulaires interapophysaires postérieures en L4-L5 et en L5-S1 droit)";
- le protocole d'examen radiologique et IRM du 16 décembre 2012 du Dr Pelousse, qui conclut, sur le plan radiographique à une spondylodiscarthrose lombaire débutante étagée, prédominant légèrement en L4-L5 et une arthrose interapophysaire lombaire basse un peu plus évoluée, prédominant en L3-L4 et L4-L5 ainsi qu'en L5-S1 à droite, et sur le plan IRM, à une très légère majoration de cette arthrose interapophysaire L5-S1 droite, ainsi que du degré de rétrécissement foraminaux droit et de mise à l'étroit de la racine L5 droite, par rapport au dernier contrôle du 13 avril 2011, mais surtout par rapport au bilan plus ancien du 9 janvier 2010;
- les rapports d'expertise des 6 mai 2013 et 6 août 2014 de l'expert Stan qui confirment la péjoration progressive des lésions relatives par les examens soumis à son appréciation pour *"devenir particulièrement intenses au début de l'année 2010"*, le second de ces rapports faisant encore référence à un examen du 9 janvier 2012 du Dr Colson faisant état de l'arthrose interapophysaire postérieure bilatérale depuis L3-L4 jusqu'à L5-S1 ainsi que d'une discopathie modérée en L3-L4, L4-L5 et L5-S1; ce second rapport vise également un scanner du rachis lombaire du Docteur GILMAIRE daté du 20 janvier 2012, mentionne une mise à l'étroit de la racine L5 gauche dans son trajet inter-foraminaux par remaniement ostéophytique du trou de conjugaison. Le Dr Stan en concluait que *"tous ces éléments cliniques et thérapeutiques démontrent si besoin en était encore, la péjoration continue de la souffrance lombaire du patient marquée par les nombreuses investigations et gestes thérapeutiques avec plus ou moins d'efficacité dans l'évolution de cette maladie"*;
- les radiographies du 3 mai 2017 du Dr Houet (service de radiodiagnostic du CHU) qui mettent en évidence l'arthrose des articulaires postérieures des trois derniers niveaux lombaires prédominant en L5-S1 bilatéralement;
- et enfin, le scanner du 3 mai 2017 du Dr Cabay qui décrit *"la spondylarthrose lombaire basse étagée avec hernie discale à composante canalaire et foraminaux droite L4-L5, déformant le bord antéro-latéral droit du sac dural à l'émergence dural de la racine L5 droite et mettant relativement à l'étroit le trajet foraminaux de la racine L4 droite ainsi que l'arthrose postérieure L5-S1 à latéralisation droite, évoluée, avec réduction de la composante postérieure du cadre osseux foraminaux droit."*

VII.**L'AVIS PRELIMINAIRES DE L'EXPERT**

1. Au vu des examens précités, s'agissant du premier point de sa mission, le Dr Babilone "confirme l'analyse de l'état radiologique et clinique de Monsieur F. faite par le Dr STAN dans son rapport d'expertise ainsi que l'aggravation progressive de la pathologie en présence surtout à dater de 2010", c'est-à-dire deux années après la fin des activités professionnelles. Il s'expliquera davantage, dans ses réponses aux observations des conseils médicaux et juridiques de FEDRIS, sur le processus médical qui a pour conséquence qu'une fois entamées, les atteintes arthrosiques se poursuivent après la fin de l'exposition professionnelle.

La seule lecture des protocoles d'examens énumérés et commentés plus haut indique que l'expert ne s'est pas fondé sur les seuls examens du Dr Simoni pour reconnaître le caractère sévère de l'arthrose, mais a pris en considération l'ensemble des rapports qui décrivent cette évolution, dont il constate, notamment sur la base des examens complémentaires réalisés en 2017, une aggravation évidente tant du point de vue radiologique que clinique entre l'expertise du Dr DONY et le présent rapport.

Ces constats objectifs rencontrent le premier moyen de contestation de l'expertise contestant l'aggravation de la pathologie, dont on rappellera ici qu'il n'a pas été soulevé par le propre médecin-conseil de l'Agence.

2. L'expert note que ce constat "est bien en corrélation avec les critères d'une arthrose d'origine vibratoire qui a la propriété d'évoluer par elle-même dès qu'elle est initiée" et émet l'avis que "la sévérité de l'arthrose lombaire présentée par cet homme âgé actuellement de 65 ans est nettement plus importante que ce que l'on peut trouver dans la population en générale chez un homme du même âge."
3. Il donne ensuite son avis sur le lien causal entre l'activité professionnelle de l'intéressé et le développement de la pathologie lombaire de Monsieur F après avoir soigneusement pris en compte les éventuels facteurs extra-professionnels susceptibles d'avoir pu causer à eux seuls ou d'avoir contribué à la survenance et l'aggravation de la maladie professionnelle:
 - "l'intéressé n'est pas obèse et ne présente pas de pathologies endocriniennes";
 - "aucune pathologie, ni toxicité particulière, ni habitus, ni sport ne peuvent expliquer en dehors de l'impact morbide de l'exposition professionnelle la gravité de l'arthrose présentée par l'intéressé";
 - "même si la génétique peut être admise comme facteur prédisposant, à elle seule, elle ne peut expliquer l'état du patient qui sans l'activité professionnelle toxique n'aurait pas présenté à son âge une pathologie arthrosique telle que celle en présence."

VIII. LES REPONSES QU'A DONNEES L'EXPERT BABILONE AUX OBSERVATIONS DES CONSEILS MEDICAUX ET JURIDIQUES DE FEDRIS SUR SON RAPPORT PRELIMINAIRE.**1. Au sujet des contestations relatives à la longueur de la carrière de l'intéressé.**

L'expert rencontre l'objection émise par le conseil de la partie appelante en précisant ce qui suit:

"La carrière de pontier de Monsieur F n'a présenté aucune interruption hormis les périodes durant lesquelles il a été affecté au travail de maçon-fumiste."

Il souligne à ce propos que "l'activité de maçon-fumiste⁹ est une des activités les plus lourdes qui soit, comprenant de façon non négligeable le port de charges lourdes et un stress postural en milieu confiné, ce qui a été loin d'alléger l'effet nocif du travail sur la colonne lombaire."

Il en déduit que "le requérant a donc été exposé à des risques délétères sur la colonne lombaire jusqu'en 2008 soit durant 38 ans" et estime que "38 ans d'une telle activité présente un caractère de longueur non négligeable."

Cette réponse rencontre de façon précise et argumentée la contestation élevée par le conseil de la partie appelante qui tente de réduire la durée de la carrière professionnelle de l'intéressé en la faisant démarrer en 1972 plutôt qu'en 1970 et en laissant entendre, mais à tort, que les activités professionnelles de l'intéressé ne l'auraient pas exposé aussi longtemps qu'il le prétend au risque professionnel de sa pathologie, que l'expert aborde ici tant sous l'angle des vibrations transmises au corps par le siège dans le cadre de son poste de pontier, que sous celui du port de charges lourdes combiné aux postures défavorables inhérentes à son poste de maçon-fumiste.

2. Au sujet de la précocité des atteintes arthrosiques.

2. 1. L'expert note qu' " à l'étude des documents, il apparaît que de façon indiscutable que l'arthrose lombaire était présente avant 1992 donc avant l'âge de 40 ans puisque le début de la maladie lombaire a été fixée le 23 mars 1989 alors que l'intéressé était âgé de 37 ans et justifiait une indemnisation par le FMP de 5%."

Il ajoute que "le rapport d'expertise du Dr Dony fait état d'un rapport du Dr Steins daté du 12 décembre 2001 qui évoque un examen radiologique de 1992 – soit alors que le patient était âgé 40 ans – démontrant une volumineuse hernie intraspongieuse au niveau des derniers corps vertébraux lombaires et une spondylarthrose du segment lombaire inférieur. "

⁹ le maçon-fumiste est, selon le dictionnaire Larousse, un spécialiste de l'entretien des cheminées et des appareils de chauffage et en milieu industriel où le métier est nommé monteur en thermique industrielle, il se charge de la construction, la démolition et la réparation de fours industriels en cimenterie, verrerie, pétro-chimie, traitement thermique, sidérurgie.

- 2. 2.** Il déduit de ces constatations médicales que celles-ci "confèrent à la pathologie un caractère de précocité indiscutable qui constitue également la preuve d'un lien déterminant et direct entre le risque professionnel reconnu et la pathologie lombaire présentée par le requérant."

Ce constat de précocité contredit de façon scientifique et argumentée les allégations gratuites de l'Agence selon laquelle l'arthrose de Monsieur F n'aurait débuté qu'à un âge déjà avancé, lorsque celui-ci était âgé de près de 50 ans et ne serait due en définitive qu'à son vieillissement.

3. Au sujet du lien causal déterminant et direct.

3. 1. A propos des études scientifiques sur le lien entre arthrose lombaire et vibrations.

- 3.1.1.** L'expert répond à l'affirmation du Dr Gauthier soutenant l'absence de toute preuve scientifique d'un tel lien que "si l'étude qu'il cite ne peut apporter la preuve de la relation entre les vibrations et l'arthrose lombaire, elle n'apporte pas la preuve du contraire alors que de nombreux travaux, études ont parfaitement rapporté la preuve de cette relation, dont il cite plusieurs exemples."¹⁰

- 3.1.2.** Il rappelle par ailleurs que " la directive européenne 2002/44/CE puis l'Arrêté Royal du 7 juillet 2005 ont fixé la norme ISO 2631 au delà de laquelle le risque de développer une pathologie arthrosique suite à l'effet délétère des vibrations, transmises par le siège était avéré, et qu' "au moins trois codes de maladies professionnelles ont trait à l'arthrose née du risque vibratoire."

- 3.1.3.** Le Dr Babilone en déduit que "force est donc de considérer que la littérature retient un lien entre l'arthrose lombaire et les vibrations."

- 3.1.4.** Ce faisant, il rencontre de façon précise et argumentée le grief qui lui est fait, tant par le médecin-conseil que par l'avocat de FEDRIS, d'un manque de pertinence scientifique de ses travaux et de sa thèse du lien existant entre l'exercice de l'activité professionnelle de Monsieur F l'ayant exposé aux vibrations mécaniques transmises au corps par le siège et la pathologie qu'il a développée.

On a déjà relevé *supra*¹¹ que le propre médecin-conseil de l'Agence et le conseil de l'appelante divergeaient de façon considérable sur le taux de prévalence de l'arthrose lombaire dans la population en général, par des chiffres avancés sans aucune référence aux études scientifiques qui les établiraient.

¹⁰ **Long term effects to whole-body vibration: a critical survey of the literature** Seidel H, Heide R, Int Arch Occup Environ Health. 1986; 56 (1)-26.Review PMID: 3522434; **Whole-body vibration and the risk of low back pain and sciatica: a systematic review and meta-analysis**, Burström L¹, Nilsson T, Wahlström JInt Arch Occup Environ Health. 2015 May;88(4):403-18. doi: 10.1007/s00420-014-0971-4. Epub 2014 Aug 21. **Health risks from occupational exposures to mechanical vibration**. Bovenzi M¹.Med Lav. 2006 May-Jun;97(3):535-41.

¹¹ voir les points 2.1. de la page 7 et 2.3.2. de la page 8 du présent arrêt.

3. 2. Au sujet du lien entre l'exercice de la profession de l'intéressé et sa pathologie.

3.2.1. L'expert n'a posé sa conclusion reconnaissant le lien causal déterminant et direct entre la spondylodiscarthrose dont est atteint l'intéressé, son aggravation et l'exercice de sa profession tel qu'il l'a décrite plus haut, qu'après avoir soigneusement pris en compte tous les facteurs extra-professionnels susceptibles d'avoir pu concourir à sa survenance et à son développement au fil du temps.

3.2.1.1. Le Dr Babilone souligne à ce sujet que "lors de la relecture du dossier, on découvre une notion de spondylolysis qui aurait pu concourir à la genèse de la pathologie, mais cette anomalie décrite lors de la première exploration radiologique n'a jamais été ré invoquée par la suite et ne peut à elle seule expliquer l'histoire pathologique de l'intéressé."

3.2.1.2. Il ajoute qu'il "en est de même pour la légère scoliose d'attitude, insuffisante à elle seule pour expliquer le tableau clinique et radiologique"

3.2.1.3. Il souligne encore, à l'instar du Dr Stan, que "ni l'anamnèse, ni l'étude des pièces, ni l'examen du patient n'a mis en évidence d'autres facteurs de risques pouvant expliquer sa lombodiscarthrose."

La cour observe à ce sujet que le médecin-conseil de l'Agence n'a, sur ce point, pas émis la moindre observation ou émis une quelconque explication médicale qui permettrait d'imputer la pathologie de l'intéressé à des facteurs extra-professionnels.

3.2.1.4. L'expert rappelle encore que "la pathologie est survenue précocement", que "le requérant n'est pas obèse", que "sa consommation de tabac (10 cigarettes par jour) ne peut être considérée comme excessive", qu' "il ne fait plus de sport depuis l'âge de 16 ans et ne souffre d'aucune autre maladie", "qu'aucun autre site hormis celui des épaules ne présente d'arthrose", et enfin "qu'il ne prend pas de médicaments susceptibles d'expliquer la pathologie et n'a été victime d'aucun traumatisme. »

3.2.1.5. Or, au jour de l'expertise, l'intéressé présente :

3.2.1.5.a « *En L5-S1, arthrose inter-apophysaire postérieure évoluée, particulièrement exubérante à droite, associée à une composante ostéophytique réduisant le calibre postérieur du trou de conjugaison droit. Discopathie protrusive postéro-médiane gauche avec effacement de la graisse épидurale à l'émergence dural de la racine S1 gauche.* »

3.2.1.5.b « *En localisation sus-jacente L4-L5, discopathie avec protrusion discale postéro-médiane droite, à composante endocanalaire et foraminale, mettant à l'étroit le trajet foraminal de la racine L4 droite et déformant le bord antéro-latéral droit du sac dural à l'émergence dural de la racine L5 droite. Arthrose postérieure évoluée à latéralisation gauche.* »

3.2.1.5.c «*En L3-L4, débord discal postéro-médian gauche et arthropathie dégénérative postérieure à latéralisation gauche.* »

3.2.1.6. L'expert conclut son examen en posant le diagnostic suivant:

«Spondylarthrose lombaire basse étagée avec hernie discale à composante canalaire et foraminale droite L4-L5, déformant le bord antéro-latéral droit du sac dural à l'émergence durale de la racine L5 droite et mettant relativement à l'étroit le trajet foraminal de la racine L4 droite.

Arthrose postérieure L5-S1 à latéralisation droite, évoluée, avec réduction de la composante postérieure du cadre osseux foraminal droit. »

Il précise "qu'il s'agit là d'un stade sévère d'une lombodiscarthrose telle que l'on ne retrouve pas dans la population en général à 66 ans."

3.2.2. La cour souligne ici que par ces observations, l'expert démontre que le grief qui lui est fait d'avoir déduit de l'exposition professionnelle subie par l'intéressé l'existence du lien causal direct et déterminant relève soit d'une lecture incomplète de son rapport, soit de la mauvaise foi.

3. 3. Au sujet de la poursuite de l'aggravation après la cessation de toute activité.

L'expert explique très clairement comme suit le processus médical qui aboutit à ce que le conseil de l'Agence qualifie, pour le mettre en doute, d'effet retard entre la cessation des activités professionnelles de l'intéressé et l'aggravation postérieure de sa pathologie lombaire mise en évidence par les examens complémentaires auxquels il a été procédé en 2017.

3.3.1. «L'arthrose n'est pas seulement un tribut de l'âge, mais une pathologie réelle de tous les composants articulaires dont les causes sont plurifactorielles à savoir : les microtraumatismes répétés, les stress mécaniques, les stress posturaux, les troubles métaboliques, les pathologies du cartilage, les malformations congénitales ou post-traumatiques, certaines activités sportives, l'obésité, certains médicaments, une consommation excessive de tabac, l'inactivité...

Le processus pathologique entraîne des lésions de toutes les structures articulaires dont *ab initio* des lésions du cartilage qui s'en trouve affaibli, s'aplatit, se fissure, s'ulcère, se désagrège avec comme conséquences des phénomènes inflammatoires, une déstabilisation des structures, des néoformations osseuses, une augmentation des phénomènes d'usure, le tout entraînant une aggravation de la pathologie selon un processus "en boule de neige" alors même que le stress initial n'est plus présent quoique la longueur de l'exposition au facteur étiologique constitue bien entendu un élément conditionnant la sévérité de la pathologie arthrosique. »

3.3.2. Et l'expert de poursuivre son raisonnement comme suit:

«L'évolution se fait de façon irrégulière. Il ne s'agit pas d'une évolution linéaire avec un coefficient d'évolution constant, mais d'une évolution exponentielle grevée de phase de latence ou plus lente. Au cours de l'évolution, des phases transitoires d'amélioration peuvent être observées.

La génétique, quant à elle, prédispose certains individus à développer ou à développer plus vite ou plus sévèrement la pathologie, car plus ou moins sensibles au stress déclencheur, mais il ne s'agit bien sûr que d'une prédisposition.

La pathologie arthrosique évolue en plusieurs stades et la maladie existe bien avant l'apparition des signes radiologiques.

Si la prévalence de la maladie arthrosique est importante dans la population en général, tous les individus ne présentent pas des lésions des mêmes sites articulaires et ne sont pas tous au même stade de sévérité.

L'Expert, après 38 ans d'expérience clinique en milieu industriel et plusieurs années en médecine du travail peut assurer que la majorité des individus de la population en général ne présentent pas à 60 ans une pathologie telle qu'elle ait entraîné l'obligation de plusieurs infiltrations et d'une rhizotomie. »

3.3.3. Par ces considérations, le Dr Babilone a répondu de façon précise et argumentée aux griefs que dirigent tant le médecin-conseil de l'Agence que l'avocat de celle-ci pour contester la reconnaissance, au-delà du départ en prépension de Monsieur F en 2008, de la poursuite de l'effet délétère des vibrations subies par l'intéressé comme pontier, conjuguées au port de charges lourdes et au stress postural inhérents à son poste de maçon-fumiste, ainsi que des aggravations successives qu'il a engendrées.

IX. DEFINITION DU LIEN CAUSAL DETERMINANT ET DIRECT VISE PAR L'ARTICLE 30bis.

1. La doctrine et la jurisprudence – et notamment celle de notre cour, dont on citera quelques exemples récents ci-après¹² – ont précisé comme suit ce qu'il fallait entendre par « lien déterminant et direct » :
 1. 1. « La *cause déterminante* est la cause sans laquelle la maladie ne se serait aucunement déclarée ou ne se serait pas déclarée au moment où elle est apparue.
 1. 2. La *cause directe* est celle qui se trouve directement à l'origine de la maladie, sans maillon intermédiaire. Bref, le lien causal entre la maladie et l'exposition au risque professionnel de celle-ci doit être « *décisif et sûr* », une probabilité ne pouvant suffire et un doute raisonnable ne pouvant exister.¹³

¹² C.trav. Liège, 17 octobre 2011, 9^{ème} Ch, RG 2011/AL/80

¹³ D. De Brucq, « Maladie professionnelle hors liste. Condition de causalité », *R.B.S.S.*, 1998, p. 538 *sqq.*).

1. 3. Enfin, le lien causal *n'est pas nécessairement exclusif* : il peut coexister avec des prédispositions pathologiques qui ont eu une incidence sur le déclenchement de la maladie¹⁴; néanmoins, il doit être déterminant et direct. »
1. 4. Il n'est donc pas exigé que l'exercice de la profession soit la cause « unique » ou « prépondérante » de la maladie¹⁵, mais seulement qu'elle en soit la cause réelle ou manifeste.
2. Dans un arrêt du 2 février 1998, la Cour de cassation¹⁶ a en effet dit pour droit que « le lien de causalité, prévu par l'article 30bis des lois coordonnées du 3 juin 1970, entre l'exercice de la profession et la maladie professionnelle n'exige pas que l'exercice de la profession soit la cause *unique* de ladite maladie. Cette disposition n'exclut pas l'existence d'une prédisposition ni n'impose à la victime l'obligation d'établir le degré d'influence de cette prédisposition. »
2. 1. La Cour suprême a fondé son raisonnement sur les travaux parlementaires ayant précisé l'objectif de l'introduction, par la loi du 29 décembre 1990, en son article 100, du système ouvert visé par l'article 30bis des lois coordonnées du 3 juin 1970 concernant les maladies professionnelles : « Il convient, dans l'intérêt même des victimes, d'étendre le champ d'application des lois coordonnées aux maladies d'origine professionnelle qui ne figurent pas sur la liste, lorsque les victimes ou leurs ayants droits prouvent l'existence d'un rapport causal entre la maladie et l'exposition au risque professionnel de cette maladie.»
2. 2. La Cour de cassation a donc considéré qu'il ne ressortait pas des travaux parlementaires que par les termes «déterminante et directe» l'article 30bis ait disposé que le risque professionnel doit être la cause exclusive de la maladie, ou ait exclu une prédisposition, ou encore ait imposé que l'ayant droit doive établir l'importance de l'influence exercée par la prédisposition.

Il s'ensuit que si l'expert peut être effectivement amené, dans le cadre de ses investigations, à rechercher et évaluer les facteurs étiologiques qui ont pu contribuer à la survenance de la maladie dont la réparation est demandée, l'existence d'une éventuelle prédisposition dans le chef de la victime ne peut, par elle-même exclure l'existence d'un lien causal déterminant et direct entre l'exposition au risque professionnel et ladite maladie.

Cette exposition, qui ne doit donc pas être exclusive, ne doit pas davantage avoir joué un rôle prépondérant, mais seulement déterminant et direct. Il faut entendre par « direct » que le lien causal doit être sans détour ni facteur intermédiaire et par « déterminant » le fait que la cause doit être réelle et manifeste, sans devoir être cependant exclusive, ni même principale.¹⁷

¹⁴ Cass., 2 févr. 1998, *Bull.*, 1998, p. 156.

¹⁵ C.trav. Liège, 28 juin 2000, 9^{ème} ch., R.G. 99/28084, consultable sur juridat.be.

¹⁶ Cass., 2 février 1998, cité ci-dessus et également publié au J.T.T. 1998, 409.

¹⁷ C.T. Liège, 9^{ème} ch., R.G.n°28.084/99, publié en sommaire sur juridat.be.

- 2. 3.** Notre cour a déduit¹⁸ de cet arrêt de la Cour de cassation « une règle analogue à celle qui prévaut en matière d'accidents du travail, à savoir qu'il suffit que l'exercice de la profession soit l'une des causes de la maladie sans être nécessairement la cause principale, et qu'il suffit aussi que cet exercice ait aggravé l'état antérieur ou les prédispositions pathologiques de la victime. »

Elle a encore récemment confirmé sa jurisprudence dans un arrêt récent du 27 janvier 2012¹⁹, en retenant le lien causal déterminant et direct établi « lorsque la victime prouve que l'exercice de la profession a, *parmi d'autres facteurs*, causé la maladie ou l'a aggravée.»

Dans un arrêt du 10 mai 2010, la cour du travail de Bruxelles²⁰ retient quant à elle que « l'exercice de la profession ne doit pas être la cause principale de la maladie. Il peut être un facteur secondaire et non prépondérant pour autant qu'il reste déterminant, ce qui suppose qu'il soit établi avec certitude que *sans le facteur professionnel*, la maladie ne se serait pas présentée telle qu'elle s'est présentée »

- 2. 4.** Ceci revient à s'interroger, au vu de l'exigence légale d'un lien causal déterminant et direct, sur la question de savoir si, dans l'hypothèse où cette profession n'aurait pas été exercée par le malade, dans les conditions concrètes dans lesquelles il a exécuté ses prestations de travail, celui-ci aurait quand même présenté la maladie incriminée.²¹

- 2. 5.** Le conseil de FEDRIS cite²² deux arrêts de notre cour, ainsi que quelques jugements des tribunaux du travail de Liège, divisions de Verviers et Huy, ainsi que de Mons et de Charleroi qui insistent sur le fait que "le lien causal doit être réel, concret et manifeste et donc non seulement envisageable ou possible", ce qui est tout à fait exact.

Il en déduit cependant que tel ne serait pas le cas en l'espèce, l'expert se fondant, selon lui, sur sa seule conviction à ce sujet, sans s'appuyer sur un raisonnement concret tenant compte de tous les facteurs envisageables.

Les longs développements que la cour a consacrés au suivi du fil du raisonnement adopté par le Dr Babilone démontrent que ce grief procède soit d'une lecture partielle, soit d'une lecture partielle du dossier.

Il en va de même pour ce qui est de l'antienne selon laquelle l'expert aurait déduit de la longue exposition de l'intéressé l'existence du lien causal déterminant et direct.

¹⁸ C.trav. Liège, 28 juin 2000, précité.

¹⁹ C. trav. Liège, 27 janv. 2012, R.G. 2011/AL/273, <http://www.terralaboris.be>.

²⁰ C. trav. Brux., 10 mai 2010, J.T.T., 2010, p. 297, qui cite C. trav. Mons, 22 mai 1996, R.G. 13.370 et C. trav. Mons, 16 janv. 2002, J.T.T., 2002, p. 233.

²¹ Voir ce même arrêt du 28 juin 2000, précité.

²² en page 3 de ses conclusions d'appel.

- 2. 6.** A ce sujet, il a été jugé par un arrêt du 12 février 2016 de notre cour²³ que "la preuve du lien de causalité entre la maladie et l'exposition au risque résulte, dans beaucoup de cas, de l'intensité de l'exposition au risque et cela indépendamment de l'existence d'une prédisposition pathologique" et que "si toute exposition au risque ne permet évidemment pas d'apporter la preuve que la maladie a bien été causée par l'exposition au risque professionnel, par contre, si cette exposition a été intense et longue, on peut considérer que précisément cette double circonstance est de nature à prouver le lien de causalité exigé par l'article 30*bis* des lois coordonnées."
- 2. 7.** Enfin, l'Agence se livre à une revue de jurisprudence pour rappeler – ce qui est une évidence que nul ne conteste en l'espèce – que "pour pouvoir être seulement envisagé comme ayant une cause spécifique (...), il faut encore que l'état de l'intéressé soit sensiblement différent de celui auquel on peut s'attendre à son âge.

Les références jurisprudentielles auxquelles elle se réfère sont toutefois dénuées de la moindre pertinence dans le présent litige, puisqu'elles se rapportent à des cas d'objectivation de l'arthrose à 49, 50, voire 56 ans.

Peut-être est-il utile de rappeler ici que les premières manifestations arthrosiques ont été reconnues par le FMP alors que l'intéressé était âgé de 40 ans, ce qui justifie le diagnostic d'arthrose précoce posé par l'expert.

X. EN CONCLUSION SUR LE LIEN CAUSAL DETERMINANT ET DIRECT EN L'ESPECE.

C'est au terme d'un rapport particulièrement clair, précis et circonstancié que le Dr Babilone a posé, sous la foi du serment, la conclusion suivante:

- 1.** « Il existe un lien causal indéniable, direct et déterminant, entre l'exposition professionnelle qui a été celle de Monsieur F, exposition que l'expert juge particulièrement longue eu égard aux types d'activité prestée et la survenue précoce de l'arthrose lombaire qui n'a cessé d'évoluer pour atteindre le stade sévère constaté au jour de l'expertise.

Le lien entre l'arthrose et les vibrations est décrit dans la littérature et mis en évidence lors d'études épidémiologiques.

Le caractère précoce et la longueur de l'exposition sont la preuve indubitable du lien causal entre le risque professionnel et la lombodiscarthrose présentée par le requérant.

Il s'agit ici d'un état pathologique sévère et douloureux qui n'a cessé de justifier le bénéfice de traitements de plus en plus importants. »

²³ C.trav. Liège, 12 février 2016, 2015/al/465.

2. «La sévérité de l'état du patient ne se rencontre pas dans la population en général à l'âge de 60 ans ni même de 66 ans.

Les aggravations constatées ont un lien direct et déterminant avec le risque professionnel subi par Monsieur F.

En ce qui concerne l'évaluation du dommage subi, l'Expert confirme le pourcentage de 11% d'incapacité physique à la date 9 janvier 2010 comme dit dans le rapport d'expertise du Dr STAN, mais considère que l'état du patient s'est encore aggravé et justifie à dater du jour des examens radiologiques réalisés en 2017 soit à dater du 3 mai 2017, 16% d'incapacité physique. »

XI. L'EVALUATION DES FACTEURS ECONOMIQUES ET SOCIAUX.

1. Le rappel des principes applicables.

1. 1. La conjoncture économique, qu'elle soit favorable ou défavorable, ne peut constituer un élément d'appréciation de ces facteurs socio-économiques, un arrêt du 10 mars 1980 de la Cour de cassation²⁴ ayant jugé que le manque ou l'excédent de main-d'œuvre sur le marché de l'emploi ne constitue pas un facteur d'évaluation de la capacité de concurrence dont bénéficie encore un assuré social, puisque le marché du travail doit s'apprécier de manière générale.

1. 2. La Cour de cassation a, dans son arrêt du 28 mai 1990²⁵ faisant suite à ceux des 22 janvier 1979²⁶ et 10 mars 1980, précité, retracé comme suit les principes qui doivent guider l'appréciation des facteurs socio-économiques :

« L'étendue du dommage s'apprécie, non seulement en fonction de l'incapacité physiologique, mais aussi de l'âge, de la qualification professionnelle, des facultés d'adaptation, des possibilités de rééducation professionnelle et de la capacité de concurrence sur le marché de l'emploi, celle-ci étant elle-même déterminée par les possibilités dont la victime dispose encore, comparativement à d'autres travailleurs, d'exercer une activité salariée. »

Il s'en déduit que « ne méconnaît pas la notion d'incapacité permanente de travail, l'arrêt qui évalue le taux global d'incapacité en ajoutant au pourcentage d'incapacité purement physique un pourcentage représentant les autres facteurs qui déterminent la perte de valeur économique sur le marché général de l'emploi. »

1. 3. L'arrêt précité du 22 janvier 1979 de la Cour de cassation a également précisé que «l'incapacité permanente ne peut être appréciée au regard du seul métier que la victime exerçait au moment où celle-ci est fixée, mais par rapport à l'ensemble des métiers qu'elle demeure apte à exercer de manière régulière.»

²⁴ Cass., 10 mars 1980, juridat., Bull. 1981, 838.

²⁵ Cass., 28 mai 1990, Ch.Dr.soc., 1991, 12.

²⁶ Cass., 22 janvier 1979, Bull. 1979, 578.

- 1. 4.** La Cour de cassation a encore été amenée à préciser son enseignement en cette matière par un arrêt du 11 septembre 2006²⁷ :

« Si la reconnaissance d'une incapacité permanente de travail qu'entraîne la maladie professionnelle suppose, certes, l'existence d'une incapacité physiologique, le taux de cette dernière ne constitue toutefois pas nécessairement l'élément déterminant pour évaluer le degré d'incapacité permanente. »

2. L'application de ces principes par la doctrine et la jurisprudence.

- 2. 1.** Il a été jugé qu'une pénibilité suffisamment objectivée peut intervenir dans l'évaluation de l'incapacité permanente de travail à la condition qu'elle ait une répercussion sur la capacité de travail ou sur la position concurrentielle de la victime.²⁸
- 2. 2.** Il est unanimement admis que l'importance de l'incidence économique d'une incapacité augmente en fonction de l'âge dès lors que le reclassement professionnel d'un travailleur âgé s'avère, aujourd'hui encore, infiniment plus difficile que celui d'un travailleur plus jeune.
- 2. 3.** Pour ce qui est cette fois de l'incidence, sur l'évaluation des facteurs socio-économiques, de la circonstance que la victime a été admise au bénéfice de la prépension légale, la doctrine a depuis longtemps considéré qu'il n'y avait pas lieu de faire de distinction dans la détermination du taux d'incapacité permanente d'un travailleur âgé de moins de 65 ans, suivant qu'il est chômeur, invalide, prépensionné, effectivement occupé au travail, demandeur d'emploi ou non.²⁹

Le courant jurisprudentiel invoqué par la partie appelante tempère l'application de ce principe en soulignant qu'il convient, dans pareil cas, de vérifier si la victime de la maladie professionnelle a effectivement tenté de se réinsérer sur le marché de l'emploi ou si, à l'inverse, elle s'en est durablement voire définitivement éloignée, hypothèse dans laquelle la répercussion économique de son invalidité serait pratiquement nulle.

3. L'application de ces principes à la situation particulière de Monsieur F.

- 3. 1.** Il ressort des développements qui précèdent qu'à la date de reconnaissance de de l'aggravation de l'incapacité découlant de sa maladie professionnelle, le 9 janvier 2010, Monsieur M était âgé de 58 ans, soit un âge auquel la capacité concurrentielle d'un travailleur actif dans un métier lourd s'érousse considérablement.

²⁷ Cass., 11 septembre 2006, JTT 2007, 23.

²⁸ C.trav. Mons, 6 septembre 1995, RG 12.380 ; C.trav.Bruxelles, 6 mai 1996, RG 29.741, juridat

²⁹ P. Delooz et R. Manette, Chroniques de droit l'usage du palais, CUP, tome VI, « Les maladies professionnelles du secteur privé » ; C.trav.Liège, 13 octobre 1986, RDS, 1986, 556 ; C.trav.Liège, 24 février 1997, RG 24.925/96 ; C.trav.Liège 21 mars 1997, RG 24.158/95 ; C.trav.Liège, 18 avril 1997, RG 24.508/96.

- 3. 2.** Et ce, d'autant plus lorsque, comme c'est le cas de l'intéressé, les mouvements et gestes professionnels que requiert l'exercice de son métier conducteur de pont roulant et de maçon-fumiste, engendrent une pénibilité accrue, voire sont devenus pratiquement impossibles. L'expert pointe à cet égard un état pathologique sévère et douloureux, caractérisé par des douleurs lombaires irradiées jusque dans les pieds bilatéralement, présentes de façon constante de jour comme de nuit et accompagnées de paresthésies.

Il s'ensuit que, comparé à un travailleur du même âge mais indemne de cette maladie professionnelle, Monsieur F aurait eu beaucoup moins de chance d'être engagé par un employeur.

Sa formation de base réduite, puisque limitée à trois années d'études complétées par un apprentissage, lui laisse peu de facultés d'adaptation et de reconversion, du fait également que sa très longue expérience dans le secteur professionnel de la sidérurgie l'a confiné dans des métiers très lourds sur le plan physique.

- 3. 3.** Il ressort des explications avancées par son avocat que la pénibilité accrue de l'exercice de son métier en raison de la maladie professionnelle qui l'affecte a joué d'un poids déterminant dans sa décision d'accepter la prépension qui lui était proposée.
- 3. 4.** L'on voit mal comment un travailleur de cet âge, atteint du handicap décrit par l'expert aurait encore pu utilement postuler sur le marché du travail qui est le sien.
- 3. 5.** En conclusion, l'âge de l'intéressé (58 ans à la date de prise de cours de la première période d'aggravation de l'incapacité retenue par l'expert), son incapacité physiologique conséquente pour le type de métier faisant partie de son marché du travail (11 %), ses facultés d'adaptation réduites le confinant dans des métiers lourds que l'état de sa colonne lombaire et de ses membres supérieurs ne lui permet plus d'exercer, ainsi qu'une prise de prépension acceptée essentiellement en raison de la pénibilité accrue, du fait de sa maladie professionnelle, des métiers qu'il est susceptible d'exercer sont autant de critères dont la combinaison permet de conclure que le taux de 11 % que postule son conseil est de nature à réparer adéquatement l'incidence économique de la maladie professionnelle dont il est atteint.

Ce taux sera porté à 14% à dater de la seconde période d'aggravation retenue par l'expert à compter du 3 mai 2017, en corrélation avec l'augmentation de son incapacité purement physique, à 16%, tous les autres facteurs – l'âge excepté, qui est à cette date de 64 ans – restant inchangés.

La proposition que fait l'Agence de maintenir le taux de facteurs socio-économiques à hauteur de 9%, comme retenu par le jugement du 23 février 2010, revient à ne tenir aucun compte de l'aggravation démontrée de la pathologie et doit donc être écartée comme étant inadéquate.

XII LA DATE DE PRISE DE COURS DES INTERETS LEGAUX ET JUDICIAIRES.

1. En l'espèce, la décision de refus de reconnaissance d'aggravation, annulée par la cour, a été portée à la connaissance de l'intéressé le 21 décembre 2011, soit dans le délai légal visé par l'article 10 de la loi du 11 avril 1995 instituant la Charte de l'assuré social, qui est de 4 mois à compter de l'introduction de sa demande, le 30 août 2011.
2. Conformément aux articles 12 et 20 de la Charte de l'assuré social, les intérêts moratoires légaux seraient dus à dater du 22 avril 2012³⁰, c'est-à-dire à l'expiration du délai de 4 mois de la décision d'octroi qui aurait dû être adoptée par le FMP en lieu et place de la décision de refus ayant fait l'objet du présent litige.
3. Toutefois, le dépôt de la requête introductive d'instance, le 29 mars 2012 a fait courir les intérêts judiciaires avant le point de départ des intérêts légaux, de telle sorte que c'est cette date du 29 mars 2012 qui doit être retenue, comme le souligne à bon droit le conseil de FEDRIS.

XIII LES DEPENS D'INSTANCE ET D'APPEL.

L'Agence doit être condamnée aux dépens d'instance et d'appel, étant les indemnités de procédure liquidées par le conseil de l'intimé sur la base des montants fixés en fonction de la valeur du litige, soit les sommes respectives de 262,37 € et 384,90 €, soit au total la somme de 647,27 €.

•
• •

INDICATIONS DE PROCÉDURE

Vu en forme régulière les pièces du dossier de la procédure à la clôture des débats le 7 décembre 2018, et notamment :

- l'arrêt interlocutoire prononcé par la troisième chambre de la cour le 25 mars 2016, ordonnant une mission d'expertise, et toutes les pièces y visées ;
- l'ordonnance de prolongation de la mission de l'expert prise le 12 mai 2017 sur base de l'article 974, §2, du Code judiciaire ;
- l'ordonnance de prolongation de la mission de l'expert prise le 15 décembre 2017 sur base de l'article 974, §2, du Code judiciaire ;
- le rapport médical définitif du Docteur Françoise Babilone, reçu au greffe de la cour le 22 mars 2018 ;
- les conclusions après expertise de la partie intimée, reçues au greffe de la cour le 27 mars 2018 ;

³⁰ Cour d'arbitrage, arrêt 78/2002 du 8 mai 2002; C.trav. Liège, 7 mars 2006, 10^{ème} ch. R.G. 32606/2004.

- l'ordonnance taxant les frais et honoraires de l'expert prise le 27 avril 2018 sur base de l'article 991, §1^{er}, du Code judiciaire ;
- l'ordonnance de fixation prise sur base de l'article 747, §2, du Code judiciaire le 8 mai 2018, fixant la cause à l'audience publique du 7 décembre 2018 ;
- les conclusions après expertise de la partie appelante, reçues au greffe le 4 décembre 2018 ;

Les parties ont plaidé lors de l'audience publique du 7 décembre 2018 et la cause a été prise en délibéré immédiatement. Le retard apporté au prononcé de l'arrêt, mentionné conformément à l'article 770 du Code judiciaire, étant dû à une surcharge de travail du magistrat, elle-même liée au fait que le cadre de la cour n'est actuellement rempli qu'à hauteur de 80% des effectifs légaux.

•
• •

Dispositif

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

après en avoir délibéré,

statuant publiquement et contradictoirement,

vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire et notamment son article 24 dont le respect a été assuré,

Déclare l'appel, recevable mais non fondé.

Condamne FEDRIS à payer à l'intimé les indemnités légales sur la base d'un taux de 30% (11% d'incapacité physique pour la colonne lombaire + 8% d'incapacité physique pour les membres supérieurs + 11% au titre des facteurs socio-économiques) à dater du 9 janvier 2010 jusqu'au 2 mai 2017 inclus en fonction d'une rémunération de base de 19.239,76 €.

Condamne FEDRIS à payer à l'intimé les indemnités légales sur la base d'un taux de 38% (16% d'incapacité physique pour la colonne lombaire + 8% d'incapacité physique pour les membres supérieurs + 14% au titre des facteurs socio-économiques) à dater du 3 mai 2017 en fonction d'une rémunération de base de 19.239,76 €.

Condamne FEDRIS à payer à l'intimé les intérêts judiciaires sur lesdites indemnités à compter du 29 mars 2012.

Condamne FEDRIS aux dépens d'instance et d'appel, étant les indemnités de procédure liquidées par le conseil de l'intimé sur la base des montants fixés en fonction de la valeur du litige, soit les sommes respectives de 262,37 € et de 384,90 €, soit au total la somme de 647,27 €.

Ainsi arrêté et signé avant la prononciation par :

M. Pierre Lambillon, conseiller faisant fonction de président,
M. Ronald Baert, conseiller social au titre d'employeur
M. Giacomo Garofalo, conseiller social au titre d'ouvrier

qui ont entendu les débats de la cause et délibéré conformément au prescrit légal,
assistés de Monsieur Nicolas Profeta, Greffier.

le greffier

les conseillers sociaux

le président

et prononcé en langue française à l'audience publique de la chambre 3 E de la cour du travail de Liège, division de Liège, en l'aile sud du Palais de Justice de Liège, sise à 4000 LIEGE, place Saint-Lambert, 30, le **VENDREDI HUIT MARS DEUX MILLE DIX-NEUF**, par le président, Monsieur Pierre Lambillon, assisté de Monsieur Nicolas Profeta, greffier,

le greffier

le président