



RUE DES TEMPLIERS, 63 À 1301 BIERGES (BELGIQUE)
EMAIL : info@terralaboris.be

- Le Bulletin -

N° 208

Numéro spécial : Assurance maladie-invalidité

15 octobre 2024

Chères Lectrices,
Chers Lecteurs,

Nous avons le plaisir de vous adresser le nouveau numéro de notre Bulletin.

Celui-ci contient une sélection de jurisprudence récente en matière d'assurance maladie-invalidité avec un sommaire, les décisions elles-mêmes figurant sur le site de Terra Laboris (<https://www.terralaboris.be/>).

Nous rappelons que ces décisions sont sélectionnées parmi l'ensemble de celles régulièrement mises en ligne et ne constituent donc pas le seul accroissement jurisprudentiel du site.

Toutes les **décisions** ci-dessous, ainsi que les différentes **rubriques**, sont consultables d'un simple clic.

Les suggestions en vue de l'amélioration du Bulletin sont les bienvenues. Toutes décisions inédites peuvent être envoyées à cette adresse. La mise en ligne en sera envisagée par le comité de rédaction.

Bien à vous,

Sophie REMOUCHAMPS

SÉLECTION DE JURISPRUDENCE RÉCENTE

1.

[Charte de l'assuré social > Délai de recours](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 28 juin 2024, R.G. 2023/AL/207](#)

La *ratio legis* de l'article 14 de la Charte de l'assuré social est de ne faire courir le délai de recours que lorsque l'assuré social qui doit l'exercer a été mis en possession d'une information complète et exacte sur la portée de la décision qui lui est notifiée et sur la possibilité de la contester, ainsi que sur les modalités concrètes pour ce faire. Partant, l'inexactitude d'une des mentions imposées par l'article 14 de la loi doit être assimilée à son absence, avec pour conséquence l'absence de prise de cours du délai de recours. Si la décision ne contient pas ces mentions, le délai de recours ne commence pas à courir. La Charte de l'assuré social étant un texte d'ordre public et la lecture de son article 14 étant aisée, il n'y a pas lieu à interprétation. Il n'y a pas lieu non plus de rechercher un quelconque grief que cela aurait pu causer.

2.

[Charte de l'assuré social > Obligations des institutions > Obligation d'information et de conseil > Secteurs > AMI](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 23 mai 2024, R.G. 2023/AL/505](#)

L'article 3 de la Charte de l'assuré social impose aux 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. Pour peu que leur affilié y soit abonné, les mutuelles sont autorisées, en vertu de l'article 2, 1^o, g), de la loi du 27 février 2019 relative à l'échange électronique de messages par le biais de l'eBox, à avoir recours à ce mode de communication, lequel produit les mêmes effets juridiques que les échanges sur supports non électroniques et est censé satisfaire à une éventuelle obligation d'utiliser un envoi recommandé que ce soit ou non avec accusé de réception (L. du 27 févr. 2019, art. 7).

Cette obligation a, cependant, des limites et l'assuré social ne peut se retrancher derrière l'obligation d'information de l'institution pour s'abstenir de s'informer sur la portée de ses droits et obligations.

3.

[Charte de l'assuré social > Récupération d'indu > Secteurs > AMI](#)

[C. trav. Mons, 18 septembre 2024, R.G. 2023/AM/241](#)

Le traitement tardif d'une information dont l'institution de sécurité sociale a connaissance peut être constitutif d'une faute au sens de l'article 1382 de l'ancien Code civil et peut donner par voie de conséquence droit à des dommages et intérêts si ce traitement tardif a causé un dommage à l'assuré social.

4.

[Charte de l'assuré social > Récupération d'indu > Secteurs > AMI](#)

[C. trav. Mons, 29 août 2024, R.G. 2019/AM/457](#)

Le fait pour un organisme assureur de ne pas renseigner, via le formulaire que les assurés sociaux doivent compléter régulièrement, les changements législatifs ou réglementaires ayant un impact sur leurs droits est constitutif d'une faute au sens de l'article 1382 de l'ancien Code civil, faute pour laquelle l'assuré social peut prétendre à des dommages et intérêts.

5.

[Charte de l'assuré social > Récupération d'indu > Secteurs > AMI](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 26 juin 2024, R.G. 2023/AL/308](#)

Ne peut bénéficier de l'application de l'article 17, alinéa 3, de la Charte de l'assuré social l'assuré qui a sollicité de son organisme assureur la prise d'une décision le condamnant, *in fine*, au remboursement de sommes trop perçues.

6.

[Charte de l'assuré social > Récupération d'indu > Secteurs > AMI](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 24 juin 2024, R.G. 2023/AL/250](#)

Eu égard à son caractère d'exception à la règle visée à l'alinéa 2 de l'article 17 de la Charte de l'assuré social, mais aussi au fait que la bonne foi est présumée et que le renvoi qu'opère l'article 17, alinéa 3, vise une norme de nature pénale, c'est à l'institution de sécurité sociale qu'il incombe de prouver les circonstances de fait qui justifient l'application de ce troisième alinéa.

L'obligation de déclarer les prestations indues requiert la preuve de la connaissance par la personne qui bénéficie de la prestation qu'elle ne remplit plus les conditions d'octroi de celle-ci (*cf.* Cass., 12 déc. 2005, n° S.04.0172.F) ; il ne suffit pas pour l'institution d'invoquer l'adage « nul n'est censé ignorer la loi ».

7.

[Charte de l'assuré social > Récupération d'indu > Secteurs > AMI](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 17 avril 2024, R.G. 2023/AL/92](#)

Tout organisme assureur a pour devoir de respecter les principes généraux du droit de bonne administration, dont le devoir d'information et de conseil contenu dans la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social, laquelle impose en effet (art. 3, al. 1^{er}) aux institutions de sécurité sociale de communiquer d'initiative à l'assuré social une information qui doit être précise et complète afin de permettre à l'assuré social concerné d'exercer tous ses droits et obligations (art. 3, al. 3) et être formulée dans un langage compréhensible pour le public (art. 6).

Il résulte de l'ensemble de ces dispositions que l'organisme assureur doit faire preuve de proactivité dans la gestion des demandes d'aide sachant que le devoir d'information ne peut s'exercer que si l'institution est elle-même informée des données relatives à la situation personnelle de l'intéressé.

Le mécanisme de la charge de la preuve repose sur le créancier de l'obligation (qui doit démontrer le défaut d'information). Si l'information attendue est précise et circonscrite et le contexte clair, cela exclut que l'assuré social doive faire la preuve d'un fait négatif. Face à un tel état de fait, c'est à l'institution de sécurité sociale de démontrer qu'elle a donné l'information. Face à une situation plus complexe, l'assuré social doit démontrer que l'information devait être fournie et ne l'a pas été.

8.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Assurabilité](#)

[C. trav. Bruxelles, 20 juin 2024, R.G. 2019/AB/178](#)

Le titulaire indépendant qui passe dans le régime des travailleurs salariés doit accomplir un stage réduit avant d'ouvrir le droit aux indemnités dans ce dernier régime. Ce stage est modulé de la manière suivante : (i) acquisition de la qualité de titulaire dans le régime général dans les trente jours qui suivent la perte de la qualité de titulaire dans celui des travailleurs indépendants, (ii) preuve de soixante jours de travail ou assimilés (pour le travailleur à temps plein) ou de quatre cent heures de travail ou assimilées (pour le travailleur à temps partiel) dans une période de trois mois et (iii) accomplissement du stage ou dispense de celui-ci dans le régime des travailleurs indépendants.

Parallèlement, une période d'incapacité de travail ne peut, en règle, être reconnue dans le régime des travailleurs indépendants qu'à la condition qu'il ne se soit pas écoulé une période ininterrompue de plus de trente jours entre la date de début de l'incapacité de travail et le dernier jour d'une période pendant laquelle la qualité de titulaire au sens de l'article 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 a été maintenue. Cette période de trente jours est toutefois prolongée de trois mois au maximum en faveur de l'assuré qui, dans les trente jours après avoir perdu sa qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants, acquiert la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs salariés et a maintenu cette qualité au jour précédant le début de son incapacité de travail.

9.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Conditions d'octroi > Indépendants > Etat d'incapacité de travail](#)

[C. trav. Bruxelles, 27 mai 2024, R.G. 2023/AB/567](#)

Il ressort du paragraphe 2 de l'article 58 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 que, sauf force majeure, le droit aux indemnités d'incapacité de travail ne peut commencer à courir qu'à partir du quatorzième jour précédant la date de la signature du certificat médical par le médecin prescripteur.

10.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Conditions d'octroi > Salariés > Cessation d'activité > Reprise du travail](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 28 février 2024, R.G. 2023/AL/191](#)

L'assuré social en incapacité de travail doit solliciter et obtenir l'autorisation préalable du médecin-conseil de la mutualité auprès de laquelle il est affilié avant d'entamer la reprise d'une activité adaptée à son état de santé (mi-temps médical).

Le certificat de prolongation de l'incapacité n'a pas cette fonction. En l'absence d'une demande expresse, il y a lieu de considérer que la reprise de travail a été faite sans l'autorisation du médecin-conseil. Les indemnités payées durant cette période sont indues et doivent par conséquent être répétées.

11.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Conditions d'octroi > Salariés > Cessation d'activité > Reprise du travail](#)

[Trib. trav. Hainaut \(div. Mouscron\), 9 avril 2024, R.G. 21/372/A](#)

L'exercice d'une activité volontaire peut être poursuivi pendant une période d'incapacité de travail, mais suppose impérativement que, d'une part, la mutuelle en soit informée et que, de l'autre, cet exercice soit autorisé par le médecin conseil. L'autorisation doit être sollicitée en temps utile. À défaut, l'assuré ne pouvait percevoir d'indemnités AMI pendant la période litigieuse.

12.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Conditions d'octroi > Salariés > Etat d'incapacité de travail > Evaluation > AMI / AT](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 28 juin 2024, R.G. 2023/AL/291](#)

Pour l'évaluation de l'incapacité de travail, il y a lieu de déterminer la réduction de la capacité du gain, en fonction de l'ensemble des lésions et des troubles fonctionnels dont est victime le bénéficiaire au moment de l'interruption de travail, et pas uniquement en fonction de nouvelles lésions ou troubles fonctionnels ou d'aggravation de lésions ou de troubles qui ont entraîné l'interruption de travail.

Le régime de l'assurance maladie-invalidité d'une part, le régime des risques professionnels d'autre part, ou enfin celui de la réparation de droit commun, se caractérisent en réalité par des différences d'approche fondamentales. Ainsi, en droit commun, il s'agit de réparer un dommage dans son intégralité, sans recourir à une réparation forfaitaire, et en ne se préoccupant que de façon marginale de la capacité de gain qui subsiste et des possibilités de reclassement, la réparation étant orientée vers ce qui est perdu. En outre, là où, en risques professionnels, il s'agit d'apprécier une atteinte à la capacité de gain qui donnera lieu à une indemnisation « sur mesure », en complément d'un salaire lorsque l'activité est maintenue ou d'une allocation sociale (sous réserve d'éventuelles règles anti-cumul), l'indemnisation en maladie-invalidité relève du « tout ou rien » : remplir ou non une condition d'octroi d'un type d'indemnité. Il s'agit d'une logique binaire, qui permet une indemnisation de l'incapacité selon qu'on dépasse ou non un seuil donné. Dès lors, lorsqu'il s'agit d'apprécier l'incapacité de gain au regard de l'assurance maladie-invalidité, il convient de garder à l'esprit cette logique de point pivot et de ne pas se focaliser sur le pourcentage d'incapacité reconnu en risques professionnels ou en droit commun.

En l'espèce, l'expert n'a pas concrètement examiné la question de savoir si, dans la logique binaire propre à l'assurance maladie-invalidité, par rapport aux diverses professions que le travailleur a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle, l'intéressé a vu sa capacité de gain résiduaire ramenée à un tiers ou moins. Et la cour de relever que, à la lecture de son rapport, on ignore en quoi la capacité de gain de l'intéressé a ou n'a pas été réduite par rapport à celle d'une personne de mêmes condition et formation, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle qu'il exerçait au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou aurait pu exercer du fait de sa formation.

13.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Conditions d'octroi > Salariés > Etat d'incapacité de travail > Evaluation > Critères généraux > Professions accessibles](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 26 juin 2024, R.G. 2023/AL/437](#)

En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de gain, l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 impose de se référer au marché général du travail, qui ne se limite pas, même pour le marché du travail non qualifié (du fait de l'absence d'études et du peu de formation de l'assuré), au marché du travail lourd.

14.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Conditions d'octroi > Salariés > Etat d'incapacité de travail > Evaluation > Critères généraux > Sans intérêt](#)

[C. trav. Mons, 13 mars 2024, R.G. 2018/AM/1](#)

Si l'assuré social qui demande le bénéfice des indemnités de l'assurance AMI est tenu de collaborer afin de récupérer sa capacité de gain et de ne plus être à charge de la collectivité, la législation ne contient aucune règle qui permettrait de refuser la reconnaissance de l'incapacité au seul motif que l'intéressé est en partie responsable de celle-ci, que ce soit pour ce qui est de sa cause ou pour sa prolongation.

15.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Conditions d'octroi > Salariés > Etat d'incapacité de travail > Evaluation > Modes](#)

[C. trav. Bruxelles, 12 juillet 2024, R.G. 2023/AB/669](#)

Il découle de l'article 100, § 1^{er}, et des conditions qu'il pose qu'aucune reconnaissance de l'incapacité de travail ne peut être accordée si, au moment de l'interruption de l'activité, l'état de santé de l'intéressé ne s'est pas aggravé par rapport à son état de santé existant à l'époque où il a commencé à travailler, soit par la survenance d'une nouvelle affection, soit par l'aggravation d'une affection existante.

16.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Conditions d'octroi > Salariés > Etat d'incapacité de travail > Evaluation > Modes](#)

[C. trav. Bruxelles, 26 juin 2024, R.G. 2023/AB/134](#)

Le fait pour un assuré d'avoir exercé une activité par le passé alors qu'il souffrait déjà d'une pathologie n'emporte pas qu'il serait, plusieurs années plus tard et souffrant toujours de la même maladie, apte au travail.

17.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Conditions d'octroi > Salariés > Etat d'incapacité de travail > Evaluation > Modes](#)

[C. trav. Bruxelles, 2 mai 2024, R.G. 2023/AB/577](#)

Dans le cadre de l'appréciation de son incapacité de travail, l'assuré social ne peut réclamer que cette dernière soit appréciée au regard du § 2 de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 que s'il a repris effectivement le travail pour lequel il avait obtenu l'autorisation du médecin-conseil. À défaut d'une telle reprise, l'incapacité doit être appréciée au regard du § 1^{er} de l'article susmentionné.

18.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Conditions d'octroi > Salariés > Etat d'incapacité de travail > Evaluation > Modes](#)

[C. trav. Liège \(div. Neufchâteau\), 10 janvier 2024, R.G. 2023/AU/25](#)

En matière d'assurance maladie-invalidité, l'incapacité évaluée sur base de l'article 100, § 1^{er}, est individualisée. Sont pris en compte l'exercice antérieur d'une activité professionnelle et les facteurs propres à l'assuré social (possibilité réelle de reclassement, nationalité, langue, formation, rééducation professionnelle).

En revanche, l'évaluation de l'incapacité en cas de reprise du travail autorisée par le médecin conseil de la mutualité (article 100, § 2) doit être effectuée en fonction de l'incapacité physiologique. Il s'agit donc d'un critère différent, apprécié de façon plus souple en vue de favoriser la reprise de travail.

19.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Conditions d'octroi > Salariés > Exigence d'une capacité de gain](#)

[C. trav. Mons, 13 mars 2024, R.G. 2022/AM/134](#)

Stigmatiser en matière d'assurance maladie-invalidité une situation de non-capacité de gain antérieure à l'entrée sur le marché du travail a des conséquences extrêmement graves en matière de sécurité sociale puisque, non seulement, la personne se voit ainsi privée de l'accès aux indemnités d'assurance-maladie mais, également, de tout accès au bénéfice des allocations de chômage. Il convient, donc, de ne statuer en ce sens que dans le cas de situations claires ne présentant aucun doute ou ambiguïté.

Lorsqu'un assuré social a été indemnisé pendant six ans dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, la charge de la preuve qu'il n'aurait jamais eu, en réalité, une capacité de gain appartient à l'organisme qui a mis fin à ladite reconnaissance. L'on ne peut, en effet, exiger de l'assuré social qu'après autant d'années il doive établir qu'il avait été apte sur le marché du travail précédemment. Si des problèmes médicaux ont été constatés, ceci ne signifie pas que l'intéressé n'était pas apte pour le marché du travail.

20.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Rééducation fonctionnelle](#)

[C. trav. Bruxelles, 8 mai 2024, R.G. 2022/AB/630](#)

Il ressort des articles 215^{quater} et suivants de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 qu'en ce qui concerne l'autorisation de la prise en charge par l'assurance indemnités des programmes de réadaptation professionnelle en faveur des bénéficiaires de celle-ci, que l'I.N.A.M.I. a un pouvoir de décision propre et peut faire usage d'une marge d'appréciation en opportunité, ces règles ne déterminant pas de conditions précises et objectives à la reconnaissance d'un droit subjectif.

Le contrôle que peuvent exercer les cours et tribunaux à l'égard de la décision de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité se limite dès lors à un contrôle de légalité (interne et externe) de l'acte, sans pouvoir de substitution.

21.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Rééducation fonctionnelle](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 12 février 2024, R.G. 2022/AL/476](#)

La demande de l'assuré qui sollicite l'autorisation du Conseil médical de l'invalidité (CSCMI) pour suivre une formation dans le cadre d'une réadaptation professionnelle au sens de l'article 109^{bis} de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 doit répondre au principe de proportionnalité. Dans le cas contraire, toute formation permettant de valoriser la capacité de travail potentielle de l'assuré social devrait *de facto* être acceptée par la CSCMI et être prise en charge par l'assurance indemnités, sans aucune limite. Si la formation doit être réalisée sur base volontaire, le bénéficiaire de l'assurance indemnités ne dispose pas pour autant du droit de demander de suivre toute formation qui l'intéresse et de se reconverter suivant ses envies.

22.

[Maladie / Invalidité > Assurance indemnités > Rééducation fonctionnelle](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 12 février 2024, R.G. 2023/AL/96](#)

L'objectif de la réadaptation professionnelle est de valoriser la capacité de travail potentielle de l'assuré, reconnu incapable de travailler, en vue de son intégration complète dans un milieu de travail. L'I.N.A.M.I. doit veiller à garantir de réelles opportunités de réinsertion au terme de l'incapacité de travail. La formation financée doit donc être adaptée à l'assuré, qui doit disposer de compétences suffisantes par rapport au degré de formation souhaitée, sans quoi l'intégration complète dans un milieu de travail est compromise.

Par ailleurs, cette prise en charge reposant sur la collectivité, il est évident qu'une certaine circonspection s'impose.

23.

[Maladie / Invalidité > Assurance soins de santé > Prestations > Interventions reprises dans la nomenclature > Interprétation de la nomenclature](#)

[C. trav. Bruxelles, 12 juin 2024, R.G. 2022/AB/542](#)

L'article 36, § 3, de la nomenclature (annexe à l'arrêté royal du 4 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) exclut la prise en charge de la dysphasie lorsque cette dernière trouve sa source dans un effet secondaire lié au traitement logopédique de dyslexie et/ou dysorthographe et/ou dyscalculie.

À défaut d'éléments médicaux probants, rien n'indique que la dysphasie est une conséquence du traitement pour la dyscalculie. Il apparaît au contraire que c'est le traitement pour la dyscalculie qui permet souvent de déceler une dysphasie. Sous cet angle, la dysphasie ne fait pas de suite au (au sens de « conséquence du ») traitement de la dyscalculie.

24.

[Maladie / Invalidité > Assurance soins de santé > Soins à l'étranger](#)

[C. trav. Bruxelles, 6 juin 2024, R.G. 2022/AB/832](#)

En vertu de l'article 294, § 1^{er}, de l'arrêté d'exécution du 3 juillet 1996, les prestations de soins de santé fournies en dehors du territoire ne sont accordées que lorsque le rétablissement de la santé du bénéficiaire nécessite une hospitalisation qui peut être donnée dans de meilleures conditions médicales à l'étranger et qui est préalablement jugée indispensable par le médecin-conseil de l'organisme assureur. Il appartient au bénéficiaire d'établir que les soins donnés à l'étranger sont de meilleure qualité que les soins donnés en Belgique. Le fait de devoir obtenir une autorisation pour obtenir la prise en charge de soins donnés dans un autre État membre constitue, en principe, une entrave à la règle de la libre prestation de services (T.F.U.E., art. 56). Toutefois, cet obstacle se justifie par le fait qu'en Belgique une infrastructure générale hospitalière planifiée existe afin de garantir une accessibilité et une qualité de soins à la population en fonction de dépenses maîtrisées. Ce mécanisme d'autorisation préalable résulte, par ailleurs, de la transposition de la Directive n° 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, laquelle a opéré une codification de la jurisprudence de la Cour de Justice concernant certains aspects liés aux soins de santé dispensés dans un État membre autre que celui où réside le bénéficiaire, en particulier le remboursement de ces soins, afin de parvenir à une application plus générale et aussi plus efficace des principes établis au cas par cas par ladite Cour.

25.

[Maladie / Invalidité > Assurance soins de santé > Soins à l'étranger](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 5 mars 2024, R.G. 2021/AL/176](#)

La liste des prestations de santé soumises à une autorisation préalable telle qu'établie, en exécution de l'article 294, § 1^{er}, 14°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, par l'arrêté ministériel du 24 juin 2014, ne peut s'appliquer qu'aux soins prodigués postérieurement à son entrée en vigueur. Pour les autres, antérieurs à celle-ci, il y a lieu d'en revenir à la règle générale, exprimée par l'article 294, § 1^{er}, 13°, dudit arrêté, soit l'absence de nécessité d'une autorisation préalable pour que les soins soient pris en charge,

conformément à l'esprit de la Directive n° 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

26.

[Maladie / Invalidité > Organismes assureurs > Subrogation](#)

[Cass., 10 juin 2024, n° S.23.0043.F¹](#)

Les prestations de l'article 34, alinéa 1^{er}, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (maisons de repos et de soins) sont plus larges que celles visées à l'article 24, alinéa 4, de la loi sur les accidents du travail, englobant les soins repris à son article 28. Aucune disposition ne met fin à l'allocation pour aide de tiers en loi en cas d'admission de la victime en maison de repos ou en maison de repos et de soins, quand bien même cette admission donnerait lieu à l'intervention de l'assurance soins de santé au titre de l'allocation forfaitaire pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.

Il n'y a dès lors pas lieu de limiter le recours subrogatoire de l'organisme assureur à concurrence d'une partie de ce forfait (étant la partie correspondant aux prestations de soins médicaux et infirmiers).

27.

[Maladie / Invalidité > Paiement > Cumul > Accident du travail](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 19 juin 2024, R.G. 2024/AL/228](#)

L'article 136, § 2, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée concerne l'indemnisation du dommage et non son évaluation. En conséquence, lorsqu'un assuré social soutient remplir les conditions médicales déterminées par l'article 100 de la loi précitée pour être reconnu en incapacité de travail, il y a lieu de tenir compte de toutes les pathologies qu'il présente, quelle que soit leur origine et indépendamment de leur éventuelle indemnisation. Par contre, lorsque, dans un second temps, il s'agit d'indemniser ladite incapacité, il y a bien lieu de distinguer de quel régime de sécurité sociale elles relèvent.

Partant, si la réduction de la capacité de gain à un tiers ou moins est atteinte en tenant exclusivement compte de pathologies autres que celles indemnisées au titre de séquelles d'un accident du travail, la personne pourra cumuler les rentes versées par l'assureur-loi et les indemnités AMI. En revanche, si ce taux de deux tiers n'est atteint qu'en tenant compte, en tout ou en partie, des manifestations ou séquelles de l'accident du travail, l'indemnisation de celui-ci devra être déduite des indemnités AMI.

28.

[Maladie / Invalidité > Paiement > Cumul > Dommages et intérêts en cas de résolution judiciaire](#)

[C. trav. Mons, 6 mars 2024, R.G. 2022/AM/271](#)

Les dommages et intérêts liés à la résolution judiciaire ne sont pas assimilables à une indemnité due pour rupture irrégulière du contrat de travail, le contrat ayant été rompu par décision judiciaire et non à l'initiative de l'employeur.

¹ Pour de plus amples développements sur la question, voir [Etendue de la subrogation de l'organisme assureur AMI à l'égard de l'assureur accident du travail dans le cadre des soins de santé.](#)

Les dommages et intérêts, octroyés sur la base du Code civil et fixés en équité à un montant correspondant à une indemnité compensatoire de préavis, constituent de la rémunération, au sens de l'article 2 de la loi du 12 avril 1965.

La circonstance que cette rémunération ne donne pas lieu au versement de cotisations sociales, conformément à l'article 19, § 2, 2°, de l'arrêté royal du 28 novembre 1969, n'est pas susceptible d'aboutir à une autorisation de cumul avec les indemnités d'incapacité de travail visées à l'article 103 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994. En effet, la notion de rémunération au sens de l'article 2 de la loi du 12 avril 1965 – auquel renvoie l'article 103, § 1^{er}, 1°, de la loi coordonnée – présente des différences avec la rémunération, envisagée comme assiette de cotisations sociales.

29.

[Maladie / Invalidité > Paiement > Cumul > Indemnité compensatoire de préavis](#)

C. trav. Mons, 3 octobre 2023, R.G. 2022/AM/273

Le travailleur peut prétendre aux indemnités d'incapacité de travail à la condition qu'il informe son organisme assureur, notamment de toute procédure engagée en vue d'obtenir un avantage.

S'il n'est pas satisfait aux conditions énoncées à l'article 241 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les indemnités octroyées ne sont pas dues et peuvent dès lors être intégralement récupérées auprès du travailleur.

Si l'organisme assureur, subrogé au bénéficiaire, ne récupère à charge du débiteur de l'avantage visé au § 1^{er} de l'article 103 de la loi du 14 juillet 1994 qu'un montant inférieur à celui des indemnités qu'il a versées, il doit supporter seul la différence, étant tenu de sa propre dette.

30.

[Maladie / Invalidité > Paiement > Cumul > Maladie professionnelle](#)

C. trav. Liège (div. Liège), 28 mars 2024, R.G. 2023/AL/172

Les indemnités dues en vertu de l'assurance indemnités ne peuvent être cumulées avec l'indemnisation d'une maladie professionnelle que pour autant que les préjudices qu'elles couvrent soient entièrement distincts.

Force est, en effet, de considérer que le cumul n'est jamais possible lorsque l'incapacité découlant de la maladie professionnelle est au moins égale à 35%. Dans ce cas, il y a lieu de considérer que le dommage susceptible d'être réparé par l'assurance indemnités, et qui doit être de plus de 66%, comprend nécessairement une partie qui est en lien avec la maladie professionnelle, l'incapacité découlant d'autres causes que celle-ci ne pouvant plus, à elle seule, atteindre les 66% requis en AMI.

Lorsque l'incapacité retenue n'atteint pas 35%, il importe néanmoins de connaître, au vu de la reconnaissance de 66% en AMI, les causes médicales des incapacités de travail retenues de part et d'autre pour vérifier et apprécier si les incapacités de travail ou leurs causes médicales constituent des dommages indépendants et non superposables.

31.

[Maladie / Invalidité > Paiement > Cumul > Prestations d'invalidité étrangères](#)

[C. trav. Mons, 15 février 2024, R.G. 2023/AM/56 et 2023/AM/60](#)

Lorsque des prestations d'invalidité sont dues en vertu des législations de deux États membres de l'Union européenne, il y a lieu d'avoir égard aux règlements européens de sécurité sociale et, en particulier, au Règlement n° 987/2009/CE du 16 septembre 2009 du Parlement européen et du Conseil fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004. Ce règlement succède au Règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, plusieurs dispositions du nouveau règlement étant identiques ou fortement inspirées du Règlement n° 547/72.

Le versement de prestations à titre provisionnel est prévu par l'article 50 du Règlement n° 987/2009. Son article 72 instaure une faculté de versement inter-institutions, assortie d'un délai de rigueur de deux mois, ce qui n'interdit pas à l'organisme de sécurité sociale de recouvrer l'indu directement auprès de l'assuré social si le montant des arrérages lui a été versé directement par l'institution débitrice, nonobstant la subrogation que l'I.N.A.M.I. peut faire valoir à l'égard de cet organisme.

32.

[Maladie / Invalidité > Paiement > Montant > Indemnités > Catégories > Cohabitant](#)

[C. trav. Bruxelles, 6 juin 2024, R.G. 2021/AB/305](#)

Peut prétendre au taux chef de ménage le titulaire qui vit avec un enfant dont la charge lui incombe. Le placement de l'enfant dans un service d'accueil et d'aide éducative a pour effet de rompre la dépendance économique de l'enfant vis-à-vis du titulaire, à moins que ce dernier ne prouve qu'il continue à pourvoir aux besoins de l'enfant nonobstant la mesure de placement. A défaut d'apporter une telle preuve, le titulaire doit être indemnisé au taux isolé à dater du placement.

33.

[Maladie / Invalidité > Paiement > Montant > Indemnités > Catégories > Cohabitant](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 28 mars 2024, R.G. 2023/AL/90](#)

La cohabitation implique la réunion de deux conditions, étant (i) la vie sous le même toit et (ii) le fait de régler en commun les questions ménagères, c'est-à-dire mettre éventuellement en commun des ressources financières, les tâches, activités et autres questions ménagères, telles que l'entretien et, le cas échéant, l'aménagement du logement, l'entretien du linge, les courses, la préparation et la consommation des repas.

Le système de la preuve peut se résumer comme suit : l'assuré social fait la déclaration de sa situation personnelle ; si les institutions de sécurité sociale disposent d'indices sérieux selon lesquels cette déclaration n'est pas conforme à la réalité (p. ex., l'inscription au registre de la population), elles peuvent prendre une décision de révision ; vu ces indices, c'est à l'assuré social de démontrer la réalité de la situation qu'il revendique.

Il ne peut être retenu qu'on exige alors de l'assuré social de prouver un fait négatif (absence de cohabitation) mais un fait positif, à savoir avoir vécu seul et/ou avoir assumé seul l'ensemble des postes budgétaires de son ménage.

34.

[Maladie / Invalidité > Paiement > Montant > Indemnités > Catégories > Cohabitant](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 28 février 2024, R.G. 2023/AL/107 et 2023/AL/119](#)

La charge de la preuve de la situation familiale qui détermine le taux des allocations sociales repose sur l'assuré social qui est demandeur de prestations sociales, et donc d'un droit subjectif, et qui est demandeur en justice. La matière est d'ordre public.

En cas de décision de révision ou de retrait, il n'appartient pas à l'institution de sécurité sociale de prouver l'absence des conditions d'octroi de la prestation retirée mais l'existence d'un motif légal de révision (son erreur, l'existence d'un fait nouveau ou d'un élément de preuve, une nouvelle demande, l'échéance d'un délai prévu pour une révision planifiée ou périodique, ou tout autre élément qui justifie le réexamen du droit à la prestation) ou de récupération.

Sur cette base, la charge de la preuve de la réunion des conditions d'octroi de la prestation repose toujours sur l'assuré social. S'agissant d'établir un fait négatif, l'absence de cohabitation, l'assuré social peut invoquer l'article 8.6 du Code civil.

35.

[Maladie / Invalidité > Paiement > Montant > Indemnités > Catégories > Personne à charge](#)

[C. trav. Liège \(div. Neufchâteau\), 12 juin 2024, R.G. 2023/AU/37](#)

Est considéré comme titulaire sans charge de ménage l'assuré social dont la cohabitation avec une personne ayant des revenus supérieurs au plafond requis pour garder le taux charge de ménage est corroborée par les constats faits lors d'une inspection de l'I.N.A.M.I. et qui reste en défaut d'apporter des éléments tendant à prouver le contraire.

36.

[Maladie / Invalidité > Paiement > Montant > Indemnités > Catégories > Personne à charge](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 22 janvier 2024, R.G. 2023/AL/24](#)

La charge de la preuve continue à reposer sur les épaules de l'assuré social, même lorsqu'il conteste une décision de révision ou de retrait intervenant après plusieurs années d'octroi sans contestation. En effet, l'assuré social reste le demandeur tant au plan procédural qu'au regard du droit subjectif revendiqué. De plus, la matière étant d'ordre public, l'assuré social ne peut se prévaloir d'un droit au maintien d'une prestation ou d'une appréciation de l'institution.

Il appartient uniquement à l'institution de sécurité sociale de démontrer qu'elle a un juste motif, au regard des dispositions applicables, de revenir sur sa décision antérieure.

37.

[Maladie / Invalidité > Récupération > Principe de bonne administration](#)

[C. trav. Bruxelles, 23 mai 2024, R.G. 2022/AB/588](#)

Les principes de bonne administration, et plus particulièrement le principe de légitime confiance et le principe de sécurité juridique, impliquent notamment, selon la Cour de cassation, que « le citoyen doit

pouvoir faire confiance à ce qu'il ne peut concevoir autrement que comme une règle fixe de conduite et d'administration et en vertu duquel les services publics sont tenus d'honorer les prévisions justifiées qu'ils ont fait naître en son chef » (voir not. Cass., 29 nov. 2004, *J.T.T.*, 2005, p. 104). L'application des principes de bonne administration ne peut toutefois justifier de dérogation à la loi (*id.*).

En règle, le principe de légitime confiance ne fait pas obstacle au pouvoir de révision de l'institution. Pour que le principe de légitime confiance trouve à s'appliquer, il faut une erreur de l'administration, une attente légitime suscitée à la suite de cette erreur et l'absence d'un motif grave permettant de revenir sur cette reconnaissance, *quod non* en l'espèce.

38.

[Maladie / Invalidité > Récupération > Dispense d'inscription](#)

[C. trav. Bruxelles, 26 juin 2024, R.G. 2022/AB/473](#)

Pour bénéficier de la dispense d'inscription visée à l'article 326 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, l'organisme assureur doit récupérer la somme payée indûment dans un délai de deux ans à dater de la constatation de la dette.

Ce délai de deux ans peut être suspendu pour l'une des causes énumérées à l'article 326, § 2, de l'arrêté royal susmentionné.

Une demande effectuée auprès d'un conseil en France quant au coût d'une procédure d'exequatur, si elle s'avère judicieuse au regard du montant à récupérer, n'équivaut pas pour autant à la demande d'exequatur elle-même et ne constitue pas une cause de suspension du délai de deux ans précité.

39.

[Maladie / Invalidité > Récupération > Nature](#)

[C. trav. Mons, 21 février 2024, R.G. 2023/AM/89](#)

La décision prise par l'organisme assureur de récupérer les indemnités perçues par l'assuré social lorsqu'il s'avère que celui-ci ne répond pas aux critères d'intervention de l'assurance maladie invalidité ne constitue pas une sanction, mais résulte de l'application de l'article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. Il s'agit d'une récupération de sommes perçues indûment du fait que les conditions d'indemnisation ne sont pas remplies, en l'occurrence les conditions de l'article 100 de la loi précitée.

Les organismes assureurs ne sont d'ailleurs pas habilités à prendre des sanctions à proprement parler, lesquelles sont réservées à l'I.N.A.M.I., conformément aux articles 168 et suivants de la même loi. S'agissant d'une mesure civile dépourvue de caractère pénal, le principe *non bis in idem* ne trouve pas à s'appliquer. Il ne fait donc pas obstacle à la récupération de l'indu.

40.

[Maladie / Invalidité > Récupération > Prescription > Délai > Manœuvres frauduleuses](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 17 mai 2024, R.G. 2022/AL/404²](#)

En matière d'assurance maladie-invalidité, l'article 30/2 de la loi du 29 juin 1981 (disposition qui ferait que le délai de prescription applicable en cas de fraude ne commence à courir qu'à partir du moment où l'institution a eu connaissance de celle-ci) doit être écarté, la loi coordonnée le 14 juillet 1994 étant une loi spéciale limitée à l'assurance maladie-invalidité et son article 174 n'ayant vocation à s'appliquer qu'en cette matière (*lex specialis derogat generali*).

Sur l'article 26 du Titre préliminaire du Code de procédure pénale, la cour s'interroge sur le caractère raisonnable des effets de celui-ci. Si l'action est en effet introduite dans les cinq ans de la cessation de la période infractionnelle, les prestations sociales seraient récupérables sans limitation dans le temps, s'agissant d'une infraction continuée. Elle pose dès lors trois questions à la Cour constitutionnelle.

41.

[Pension / Prépension \(RCC\) > Pension de retraite > Travailleurs indépendants > Carrière > Périodes assimilées > Incapacité de travail](#)

[C. trav. Liège \(div. Neufchâteau\), 27 mars 2024, R.G. 2023/AU/20](#)

Pour pouvoir bénéficier de l'assimilation, l'article 28 de l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants exige la rencontre des conditions cumulatives suivantes : (i) préalablement à la période d'incapacité de travail, le travailleur indépendant doit avoir exercé une activité d'indépendant depuis nonante jours au moins, (ii) il doit avoir cessé toute activité professionnelle, par lui-même ou en son nom par personne interposée, durant la période d'incapacité pour laquelle l'assimilation est demandée et ne pas avoir repris d'activité et (iii) il doit avoir cessé son activité en raison d'une incapacité de travail de travail de 66%. Il faut donc un rapport de causalité entre la maladie et la cessation d'activité.

Il n'appartient pas à l'I.N.A.S.T.I. de remettre en cause l'évaluation de l'incapacité de travail reconnue dans le cadre de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant un régime d'assurance contre l'incapacité de travail des travailleurs indépendants. L'octroi est reconnu d'office au travailleur indépendant bénéficiaire d'indemnités d'invalidité.

42.

[Droit judiciaire et preuve > Procédure judiciaire > La décision judiciaire > Autorité de chose jugée](#)

[C. trav. Mons, 15 février 2024, R.G. 2022/AM/257](#)

L'autorité de la chose jugée n'a, aux termes de l'article 23 du Code judiciaire, lieu qu'à l'égard de ce qui a fait l'objet de la décision. Il faut que la chose demandée soit la même, que la demande repose sur la même cause, quel que soit le fondement juridique invoqué et que la demande soit entre les mêmes parties et formée par elles et contre elles en la même qualité. L'autorité de la chose jugée ne s'étend toutefois pas à la demande qui repose sur la même cause mais dont le juge ne pouvait pas connaître eu égard au fondement juridique sur lequel elle s'appuie.

² Pour de plus amples développements sur la question, voir [Limite de la récupération d'indemnités AMI indues en cas de fraude : la Cour constitutionnelle est interrogée.](#)

Pour décider si l'exception de chose jugée est admissible, il y a notamment lieu d'examiner si la prétention nouvelle peut être admise sans détruire le bénéfice de la décision antérieure (en ce sens, Cass., 27 mai 2004, n° C.03.0069.N).

43.

[Droit judiciaire et preuve > Procédure judiciaire > Expertise > Déroulement / Principe du contradictoire](#)

C. trav. Mons, 14 février 2024, R.G. 2023/AM/24

L'obligation de collaborer à l'expertise constitue une manifestation du principe de loyauté procédurale, reconnu comme un principe directeur du procès civil. Ce principe condamne toute tentative d'obstruction de la procédure et vaut également pour l'expertise. Cela relève également du principe de la collaboration des parties à l'administration de la preuve.

L'obligation de collaboration à l'expertise ne s'arrête donc pas à la communication du dossier. Elle concerne toutes les phases de l'expertise durant lesquelles l'expert ou le juge attendent une prise de position ou une transmission de documents de la part des parties ou de l'une d'elles.

Manque ainsi à ses obligations l'assuré qui, par trois fois, est resté en défaut de se rendre aux convocations de l'expert et, en ne répondant pas aux attentes de celui-ci, l'a contraint à déposer un rapport de carence. Il ne peut, dans ces conditions, être fait droit à sa demande visant à ordonner une nouvelle mesure d'expertise médicale, faute de garantie qu'il répondra, à l'avenir, effectivement aux convocations de l'expert.

44.

[Droit judiciaire et preuve > Procédure judiciaire > Expertise > Rapport > Rapport final > Contestation](#)

C. trav. Liège (div. Liège), 12 février 2024, R.G. 2023/AL/182

Les juridictions du travail recourent classiquement à l'appréciation d'un médecin expert pour les éclairer lorsqu'elles doivent statuer sur l'état de santé d'une personne.

Toutefois, cette appréciation n'est qu'un éclairage qui ne les lie pas et dont elles peuvent se départir. En vertu de l'article 962, *in fine*, du Code judiciaire, le juge n'est point tenu de suivre l'avis des experts si sa conviction s'y oppose. S'il ne trouve pas dans le rapport les éclaircissements suffisants, il peut ordonner soit la réalisation d'une expertise complémentaire par le même expert, soit la réalisation d'une nouvelle expertise par un autre expert (article 984 du Code judiciaire) ou un collège d'experts.

L'absence de réaction aux préliminaires ne prive pas les parties de leur droit de soumettre au juge leurs griefs concernant le rapport d'expertise, pas plus qu'avoir largement contesté les préliminaires ne les prive de celui de réitérer leurs critiques devant le juge.

La contestation d'un rapport d'expertise suppose néanmoins que la partie qui conteste apporte des éléments sérieux de nature à mettre en doute les conclusions d'un homme ou d'une femme de l'art.

45.

[Droit judiciaire et preuve > Procédure judiciaire > Expertise > Rapport > Rapport final > Ecartement](#)

C. trav. Bruxelles, 24 juin 2024, R.G. 2020/AB/645

Le juge n'est pas tenu de suivre l'avis des experts si sa conviction s'y oppose (article 962 du Code judiciaire).

Dans le cas présent, le juge s'écarte des conclusions de l'expert et en désigne un nouveau car la lecture du rapport du sapiteur et des conclusions du rapport de l'expert ne lui permet pas de comprendre pour quelles raisons les demandes répétées de l'assurée sont rejetées (en l'occurrence, dans le cas présent, le recours à des échelles de tests psychotechniques), ni pourquoi une seconde réunion d'expertise n'a pas été organisée pour aborder les points de contestation soulevés.

46.

[Droit judiciaire et preuve > Procédure judiciaire > Expertise > Rapport > Rapport final > Ecartement](#)

[C. trav. Bruxelles, 4 avril 2024, R.G. 2021/AB/185](#)

Au risque de ruiner le principe même de l'expertise judiciaire, une simple divergence d'opinion entre l'un des conseils médicaux de l'une des parties et l'expert ne suffit pas à écarter le rapport d'expertise judiciaire dès l'instant où l'expert s'est prononcé dans le respect des règles inhérentes à l'expertise judiciaire.

47.

[Droit judiciaire et preuve > Procédure judiciaire > Expertise > Rapport > Rapport final > Ecartement](#)

[C. trav. Liège \(div. Liège\), 28 mars 2024, R.G. 2023/AL/277](#)

Ne rencontre pas les exigences de la mission l'expert qui se contente d'analyser le volet psychique de l'état de santé d'un assuré social, alors que l'énoncé de celle-ci requiert également la vérification de l'état physique de l'assuré. L'expertise menée dans ces conditions doit par conséquent être écartée.

48.

[Droit judiciaire et preuve > Procédure judiciaire > Expertise > Rapport > Valeur de l'expertise](#)

[C. trav. Mons, 13 mars 2024, R.G. 2018/AM/1](#)

La raison d'être d'une expertise en deux phases – un rapport préliminaire, au sujet duquel les parties peuvent formuler des observations, suivi d'un rapport définitif – est de permettre à l'expert d'affiner son point de vue, voire de le modifier en tenant compte des remarques formulées à son encontre. Il n'en reste pas moins que, au risque de ruiner le principe même de l'expertise judiciaire, l'avis donné par l'expert choisi par le tribunal ne peut être suspecté par le seul fait qu'il ne concorde pas avec celui du médecin d'une des parties. Un simple désaccord quant aux conclusions de l'expert ne suffit donc pas pour écarter son rapport et justifier le recours à une nouvelle expertise.

49.

[Maladie / Invalidité > Procédure > Procédure judiciaire > Expertise > Valeur de l'expertise](#)

[C. trav. Bruxelles, 12 juillet 2024, R.G. 2023/AB/722](#)

Le juge n'est pas, lorsqu'il recourt à une mesure d'expertise, astreint à suivre l'avis de l'expert si sa conviction s'y oppose (art. 962, al. 4, C.J.). Il lui appartient en ce sens d'apprécier en fait la valeur probante d'un rapport (voy. [Cass., 14 oct. 2019, n° S.18.0102.F](#)). Le juge apprécie ainsi souverainement la valeur

probante d'un rapport d'expertise, sous la réserve qu'il ne peut attribuer à l'expert une opinion qu'il n'a pas émise ou des constatations qu'il n'a pas faites (dans le même sens, voy. ég. C. trav. Bruxelles, 2 mai 2024, R.G. 2023/AB/391, ci-dessous).

50.

[Maladie / Invalidité > Procédure > Procédure judiciaire > Expertise > Valeur de l'expertise](#)

[C. trav. Bruxelles, 2 mai 2024, R.G. 2023/AB/391](#)

Il y a lieu d'entériner le rapport d'expertise dès lors que le juge y retrouve une motivation à caractère médical suffisamment objectivée lui permettant de comprendre comment l'expert justifie son avis technique, que les conclusions de ce rapport sont suffisamment précises, concordantes et motivées de manière adéquate et que l'examen du rapport d'expertise permet de constater que l'expert a pris en considération l'ensemble des pathologies, physiques et psychiques, présentées et documentées dans le cadre de la discussion médico-légale.

*
* *

Editeur responsable : Mireille JOURDAN, 63 rue des Templiers, 1301 Bierges.

Disclaimer : [Copyright et conditions d'utilisation du site.](#)