



Expédition

Numéro du répertoire 2024 /
Date du prononcé 8 avril 2024
Numéro du rôle 2015/AB/576
Décision dont appel 11/14748/A

Délivrée à
le
€
JGR

Cour du travail de Bruxelles

sixième chambre

Arrêt

ACCIDENTS DE TRAVAIL, MALADIES PROFES. - accidents du travail

Arrêt contradictoire

Définitif

Monsieur M. B.,

partie appelante, représentée par Maître J. T., avocat à 1030 Bruxelles,

contre

La S.A. « AG Insurance », inscrite à la B.C.E. sous le numéro 0404.494.849 (ci-après « AG »),
dont le siège est établi à 1000 Bruxelles, boulevard Emile Jacqmain 53,

partie intimée, représentée par Maître S. P., avocat à 1000 Bruxelles,

★

★ ★

Vu la loi du 10.10.1967 contenant le Code judiciaire ;

Vu la loi du 15.6.1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire ;

Vu la loi du 10.4.1971 sur les accidents du travail (ci-après « loi du 10.4.1971 »).

1. Indications de procédure

La cour a pris connaissance des actes et pièces de la procédure et notamment :

- le jugement de la 5^e chambre du tribunal du travail francophone de Bruxelles du 19.5.2015, R.G. n°11/14748/A, ainsi que le dossier constitué par cette juridiction, en particulier le rapport déposé le 12.8.2014 par le Docteur J. B. ;
- la requête d'appel reçue au greffe de la cour de céans le 17.6.2015 ;
- l'arrêt de la 6^e chambre extraordinaire de la cour de céans du 7.12.2020 déclarant l'appel recevable et confiant une mission d'expertise complémentaire au Docteur J. B. ;
- le rapport d'expertise complémentaire final déposé au greffe le 17.11.2022 ;
- l'ordonnance de mise en état de la cause sur pied de l'article 747 CJ rendue le 15.5.2023 ;
- les conclusions remises pour M.B le 28.12.2022 ;
- les conclusions additionnelles remises pour AG le 27.1.2024 ;
- le dossier de AG (12 pièces) ;
- le dossier de M.B (25 pièces).

A l'audience publique du 4.3.2024, les débats ont été repris *ab initio* par le nouveau siège sur l'ensemble des questions litigieuses restant à vider et les parties ont été entendues en leurs dires et moyens.

En application de l'article 747, §4, CJ, les parties marquent leur accord exprès à l'audience quant aux dates effectives de la remise et de l'envoi de leurs conclusions respectives, encore qu'elles puissent différer de celles initialement fixées.

Les débats ont été clos et la cour a pris la cause en délibéré le 4.3.2024.

2. Les faits et antécédents

Les faits de la cause peuvent être synthétisés comme suit :

- M.B, né en 1972, a suivi toute sa scolarité au Maroc jusqu'en 3^e année de l'enseignement secondaire, sans obtenir de diplôme. Il a ensuite aidé ses parents dans des travaux agricoles¹.
- Il est arrivé en Belgique à l'âge de 27 ans.

¹ Rapport d'expertise du Docteur J. B. du 12.8.2014, p.3

- Son parcours professionnel en Belgique se limite à une activité de manœuvre dans le secteur de la construction où il a bénéficié d'une préformation d'un an dans la rénovation des bâtiments et décroché un certificat².
 - Le 28.1.2011, il a été victime d'un accident du travail : alors qu'il travaillait dans les sous-sols de l'hôpital Edith Cavell et déplaçait un sac de sable, il a ressenti une vive douleur dans le dos, est resté bloqué et est tombé à genoux ; il a dû être aidé pour se relever, a été mis sur un brancard et a été transporté au service des urgences dudit hôpital.
 - Le diagnostic posé au service des urgences était : « entorse-lumbago L4-5-S1 »³.
 - AG, assureur-loi de son employeur, a reconnu l'accident comme constitutif d'un accident du travail.
 - Le 15.7.2011, le médecin-conseil d'AG a établi un rapport de consolidation dont les conclusions sont les suivantes :
 - « Présente une lombalgie avec évocation de prolapsus discaux dont la concordance avec les plaintes n'est pas établie. Selon le rapport d'expertise radiologique du Docteur Roger, les deux protusions discales s'inscrivent dans un canal rachidien de grande taille. Les images latéralisées du côté droit expliquent difficilement une radiculopathie L3-L4 gauche rapportée par le patient. Le cas de M.B est consolidable avec une lombalgie résiduelle dans le cadre d'un examen neurologique normal ».
- Le rapport de consolidation proposait donc une indemnisation sur les bases suivantes :
- ITT du 28.1.2011 au 31.7.2011 ;
 - consolidation le 1.8.2011 ;
 - IPP : 4 %.
- Par une requête du 7.11.2011, M.B a saisi le tribunal du travail de Bruxelles pour contester la proposition d'AG.
 - Par jugement du 15.1.2013, le tribunal a déclaré la demande recevable et a confié une mission d'expertise au Docteur J. B. pour déterminer les conséquences de l'accident du 28.1.2011.
 - Le Docteur J. B. a déposé son rapport final le 12.8.2014 en proposant les bases d'indemnisation suivantes :
 - ITT du 28.1.2011 au 31.12.2013 ;
 - consolidation le 1.1.2014 ;
 - IPP : 10 %.
 - Par jugement du 19.5.2015, le tribunal a décidé d'entériner les conclusions du rapport d'expertise.
 - M.B a interjeté appel de ce jugement par une requête reçue au greffe le 17.6.2015.

² Rapport d'expertise du Docteur J. B. du 12.8.2014, p.3

³ Rapport d'expertise du Docteur J. B. du 12.8.2014, p.4

- Par un arrêt de la 6^e chambre du 7.12.2020, la cour de céans a déclaré l'appel recevable et confié une mission d'expertise complémentaire au Docteur J. B.
- L'expert a remis son rapport complémentaire final le 17.11.2022.

3. L'arrêt du 7.12.2020 ordonnant un complément d'expertise

Dans son arrêt du 7.12.2020, la cour a ordonné un complément d'expertise pour les motifs suivants :

« (...)

24. L'AG conteste la nouvelle demande d'expertise formulée en appel par M.B en se prévalant essentiellement du fait que celui-ci n'a formulé aucune contestation quant au rapport d'expertise déposé devant le tribunal et que le nouvel avis médical qu'il produit dans le cadre du présent appel ne contiendrait aucun élément nouveau.

25. La Cour observe cependant pour sa part ce qui suit :

- d'une part, que si, certes, le dossier produit en appel par M.B ne contient aucun élément médical réellement nouveau concernant les lésions psychiques que M.B aurait conservées de l'accident, il contient néanmoins deux éléments nouveaux concernant les lésions physiques, à savoir :

- *un protocole de scintigraphie articulaire établi le 3 juin 2016 par le Docteur J., selon lequel M.B présente « une nette hyperhémie au niveau de la cheville et du pied gauches, une discrète accumulation des nanoparticules au niveau du tarse gauche évoquant d'avantage la présence d'un œdème que de réels phénomènes d'extravasation et un remaniement osseux diffus entreprenant l'articulation tibio-tarsienne et le tarse gauches, qu'on aurait pu inscrire dans un contexte de surcharge mécanique, tout comme il existe des contraintes mécaniques à hauteur des articulations coxo-fémorales et des genoux. Cependant, le remaniement osseux s'étend aux articulations métatarso-phalangiennes gauches. On peut se demander dans quelle mesure nous ne sommes pas en présence d'une algoneurodystrophie « a minima » se manifestant par une nette hyperhémie au niveau de la cheville et du pied gauche, de faibles phénomènes d'extravasation des microparticules versus œdème local, ainsi qu'un léger remaniement osseux diffus entreprenant l'articulation tibio-tarsienne, le tarse et les articulations métatarso-phalangiennes gauches » (pièce n° 12 de M.B),*
- *et un rapport d'évolution établi le 14 juin 2016 par le médecin-conseil de M.B, qui fait quant à lui état d' « une radiculite S1 droite en aggravation » et de*

« signes de SDRC⁴ évolutif au membre inférieur gauche plus marqués au pied et à la cheville, empêchant une marche harmonieuse et limitant fortement les amplitudes articulaires de la cheville associés à des douleurs neuropathiques » (pièce n° 13 de M.B) ;

- *d'autre part, que si, certes, M.B n'a formulé devant le tribunal aucune contestation à l'égard du rapport d'expertise concernant notamment les lésions psychiques qu'il aurait conservées de l'accident, il n'en demeure cependant pas moins que :*
 - *alors même que l'expert avait à l'origine expressément mentionné la nécessité de demander l'avis d'un sapirologue psychiatrique (cf. rapport d'expertise, p. 6), cet avis ne fut jamais demandé en cours d'expertise et c'est l'expert qui a in fine estimé lui-même, à la fin de ses travaux, que M.B avait surmonté son anxio-dépression et que les seules craintes qui persistaient concernaient le succès de sa nouvelle activité professionnelle et la santé de sa mère qui réside au Maroc,*
 - *et que le rapport d'évolution établi le 14 juin 2016 par le médecin conseil de M.B dont il a déjà été question ci-dessus, fait également état de la persistance d' « un syndrome anxio dépressif réactionnel à la perte de vision de son avenir et au syndrome douloureux chronique »,*
- *et enfin, qu'en l'état actuel de la procédure, il ne ressort d'aucun élément objectif du dossier que les lésions physiques et psychiques ainsi invoquées par M.B ne présenteraient, du moins avec un haut degré de vraisemblance médicale, aucun lien avec l'accident du 28 janvier 2011 ni, le cas échéant qu'elles ne seraient pas de nature à postposer la date de consolidation et/ou à aggraver l'incapacité permanente proposées par l'expert et fixées par le jugement dont appel. (...) »*

4. Mission et avis de l'expert

4.1. La mission de l'expert

L'expert était invité à répondre à la mission suivante :

1. Revoir son rapport du 25 juin 2014 en prenant en considération les nouvelles pièces médicales visées dans le présent arrêt et celles qui pourraient lui être fournies par les parties, par ses propres investigations et par les médecins spécialistes (notamment psychiatre) auxquels il fera appel en qualité de sapirologues examiner ;

⁴ Soit d'un « syndrome radiculaire par hernie discale lombaire ».

2. Décrire les lésions et/ou l'évolution des lésions que M.B a présentées postérieurement à l'accident du 28 janvier 2011 (plus particulièrement à la jambe gauche et sur le plan psychique) et préciser le cas échéant si et en quoi elles constitueraient une aggravation de son état antérieur ;
3. Dire si à son avis, avec un haut degré de vraisemblance médicale, tout lien causal peut être exclu entre l'accident survenu le 28 janvier 2011 et les lésions et/ou leur aggravation survenues postérieurement à cette date ;
4. Déterminer la, ou -en cas de rechute- les périodes pendant lesquelles M.B a été totalement ou partiellement en incapacité de travailler en raison des lésions survenues ou aggravées postérieurement à l'accident du 28 janvier 2011, étant rappelé que l'incapacité temporaire de travail doit s'apprécier en fonction du travail de M.B au moment de l'accident ;
5. Déterminer à partir de quelle date cette incapacité est devenue permanente, c'est-à-dire la date à partir de laquelle les séquelles de l'accident (en ce compris celles résultant des lésions et/ou de leur aggravation survenues postérieurement à l'accident dont tout lien causal avec celui-ci ne pourrait être exclu avec un haut degré de vraisemblance médicale), n'ont plus évolué ou si faiblement que, selon toute vraisemblance, il n'y avait plus d'amélioration ou de détérioration significative à prévoir en ce qui concerne la capacité de M.B sur le marché général du travail et, en conséquence, donner son avis sur la date de consolidation des lésions ;
6. Donner son avis sur le taux de l'incapacité permanente de travail résultant desdites lésions (en ce compris les lésions et/ou leur aggravation survenues postérieurement à l'accident dont tout lien causal avec celui-ci ne pourrait être exclu avec un haut degré de vraisemblance médicale), c'est-à-dire évaluer en pourcentage leur répercussion sur la capacité professionnelle de Monsieur M. B. sur le marché général du travail et, ce :
 - en tenant compte de ses antécédents socio-économiques c'est-à-dire de son âge, de sa formation, de sa qualification professionnelle, de son expérience, de sa faculté d'adaptation, de sa possibilité de rééducation fonctionnelle,
 - et après avoir procédé à une description des mouvements, gestes, positions du corps, déplacements, situations, travaux et autres démarches professionnelles devenus impossibles ou pénibles à M.B ou pour lesquels il existe une contre-indication médicale, résultant des lésions décrites ;

7. Donner son avis, le cas échéant, sur les frais pharmaceutiques, médicaux et d'hospitalisation complémentaires aux frais déjà visés dans son premier rapport et dans le jugement dont appel, et sur leur lien causal avec l'accident ;

8. Dire si l'accident nécessite des appareils de prothèse, des appareils d'orthopédie ou des orthèses complémentaires aux frais déjà visés dans son premier rapport et dans le jugement dont appel, et déterminer la fréquence du renouvellement de ceux-ci.

4.2. L'avis complémentaire de l'expert

4.2.1. L'expert a tenu trois séances d'expertise et a demandé l'avis de trois sages-médecins : le Professeur V. (radiologue), le Professeur G. (neurologue) et le Docteur M. (psychiatre).

4.2.2. L'expert a actualisé les plaintes⁵ :

- M.B se dit encore plus stressé que dans le passé (il a été hospitalisé deux mois en psychiatrie à partir de décembre 2020 à Sainte-Anne-Saint Remi et ensuite encore quatre mois à l'institut Sans Souci) ;
- Sur le plan physique, M.B se plaint de lombalgies constantes, de douleurs au niveau des épaules, du bassin, des deux membres inférieurs, de la cheville gauche, ainsi que de céphalées migraineuses, outre des sensations "électriques" dans les deux jambes ;
- deux de ses fils, âgés respectivement de 17 et 21 ans, viennent le voir environ une fois tous les trois jours et l'accompagnent pour faire les courses en lui évitant le portage, source de malaise ou de douleurs ;
- sur interpellation de l'expert quant à ses perspectives de reprise du travail, M.B répond que « *le problème prioritaire, c'est sa santé* » et que, se sentant si mal dans son corps, il ne peut concevoir de reprendre le travail ;
- M.B avait suivi une formation et obtenu un diplôme en boucherie et en charcuterie-traiteur, mais après deux jours d'activité professionnelle, il a été bloqué à la fois en raison du poids des carcasses à transporter dans le froid des réfrigérateurs et en raison du maintien d'une position debout ;
- le Docteur D., médecin-conseil d'AG, estime qu'il y a deux problèmes « *évidemment intriqués* », un syndrome de douleurs chroniques et un problème psychiatrique ;
- M.B indique qu'il est « *mentalement (...) moins bien* » et explique que ce « *moins bien* » psychique est en relation avec le fait qu'il a « *mal partout et tout le temps* ».

4.2.3. Le nouvel examen clinique effectué lors de la séance du 3.10.2022 a permis à l'expert de constater notamment ce qui suit⁶ :

⁵ V. Rapport d'expertise complémentaire du Docteur J. B. du 17.11.2022, pp. 12-13 et 15-16

- M.B présente un aspect manifestement dépressif et s'exprime à voix basse ;
- la marche :
 - o la marche plantigrade sur une vingtaine de mètres est tout à fait aisée, normale et ne montre aucune boiterie (une légère boiterie était présente lors de l'observation par le Professeur G.) ;
 - o la marche sur les pointes montre un minime défaut d'élévation du talon du côté gauche ;
 - o la marche sur les talons est aisée et symétrique, mais entraîne une douleur déclarée au niveau lombaire ;
- la station monopodale est bien tenue à droite, mais entraîne aussi une douleur lombaire, tandis qu'à gauche, la position est également bien tenue, mais provoque une douleur au niveau du coup de pied gauche, de la cheville gauche et de la hanche gauche ;
- l'accroupissement se fait aisément, amenant les cuisses à l'horizontale, et le redressement est également aisé avec la main droite posée sur un appui et la main gauche appuyant sur la cuisse, est également aisé ;
- au niveau cervical :
 - o bonne souplesse du rachis cervical ;
 - o la flexion amène le menton à 3,5 cm du sternum et l'extension à 16 cm ;
 - o la rotation se fait à droite à 50° et à gauche à 65°, avec l'apparition d'une douleur musculaire cervicale droite ;
- rachis lombaire :
 - o la palpation de la colonne cervico-dorsale montre une sensibilité de D9 à L4-L5 ;
 - o absence de contracture musculaire lombaire ;
- examen en décubitus dorsal :
 - o le test de Lasègue déclenche une douleur en zone lombaire à 45° à droite et à 50° à gauche ;
 - o M.B se relève de la table d'examen précautionneusement, comme il s'y est couché ;
 - o les réflexes rotuliens sont bien présents et symétriques de même que les réflexes achilléens ;
- pas d'asymétrie visible au niveau des cuisses ou des mollets ;
- au cours de la séance qui a duré 45', M.B n'a pas manifesté d'inconfort du fait qu'il soit resté assis pendant 30' d'affilée.

4.2.4. Dans son avis provisoire communiqué aux parties le 8.10.2022, l'expert indique que⁷ :

⁶ V. Rapport d'expertise complémentaire du Docteur J. B. du 17.11.2022, pp. 16-17

⁷ V. Rapport d'expertise complémentaire du Docteur J. B. du 17.11.2022, pp. 17-19

« (...) Lors de la première expertise, l'utilité d'un avis psychiatrique avait été envisagée, notamment au vu du rapport sapiteur unilatéral du Pr D. réalisé assez peu de temps après l'accident (25.10.11), qui concluait à une perte de capacité de travail de 10 % sur le plan psychiatrique. Ceci n'a pas eu lieu du fait que M.B avait par la suite réussi une formation de boucher-charcutier avec formation complémentaire en gestion. Il s'apprêtait à débiter dans ce métier. Il n'avait pas repris de suivi chez la psychologue. Il n'émettait plus en séance de plainte du registre psychologique (...).

La situation paraissait stabilisée avec une perspective favorable. Un avis psychiatrique aurait peut-être mis en évidence une fragilité psychique, mais n'aurait pas nécessairement révélé une sévère dépression étant donné que l'événement causal (échec de la tentative de reprise d'activité) n'était pas encore survenu.

Même s'il n'y avait pas eu conciliation entre les médecins-conseils quant au taux d'IPP, l'avis provisoire de l'expert n'avait fait l'objet d'aucune remarque de la part de la partie M.B.

Les plaintes douloureuses avaient nettement rétrocedé après l'opération d'arthrodèse :

(...)

De plus, l'examen physique réalisé lors de la première expertise était plutôt rassurant, montrant évidemment une raideur de la colonne lombaire, séquelle de l'intervention d'arthrodèse.

Il existe certes des arguments en faveur de l'existence possible d'un syndrome facettaire :

(...)

Cependant l'examen physique réalisé lors de l'expertise actuelle, outre qu'il existe des incohérences manifestes (signe de Lasègue positif, sans cause neurologique et alors que ce signe était négatif chez le Pr R. en mars 2014 et à l'examen par l'expert lors de la première expertise), montre que la victime serait tout à fait capable, sur le plan physique, d'exercer une activité de petite préparation et de vente en charcuterie. L'offre d'emploi est très large comme en témoigne l'inscription au site "alert@indeed.com" qui fournit en une semaine 90 offres, consistant très majoritairement en poste de type vente et/ou travail de type traiteur.

Le problème psychiatrique, qui évoque une entité psychiatrique nouvellement apparue sur la scène médicale, le "Posttraumatic Embitterment Disorder(PTED)"⁸, est clairement devenu prédominant dans les suites de l'expertise princeps.

⁸ Cf. une entité psychiatrique récemment apparue sur la scène médicale, le « Posttraumatic Embitterment Disorder(PTED) » : syndrome en réponse à un seul événement de vie négatif exceptionnel, mais commun, en ce sens qu'il pourrait arriver à chacun de nous, qui est considéré comme l'événement majeur.

La sévérité de ce problème et le peu de perspective d'en sortir paraissent évidents (cf. paragraphe 7, page 12 supra ainsi que les multiples séjours en institution psychiatrique).

<i>Avis provisoire</i>

1. Date de consolidation :

Les médecins-conseils s'accordent pour maintenir la date retenue lors de la première expertise, c'est-à-dire le 1er janvier 2014.

2. Incapacité temporaire totale: du 28 janvier 2011 au 31 décembre 2013.

3. Incapacité permanente partielle (IPP) :

Le docteur BR. estime qu'il n'y a pas d'incapacité permanente partielle mais bien une incapacité permanente totale.

L'expert lui demande d'argumenter. Le docteur BR. répond que ceci ressort clairement de l'ensemble des pièces du dossier. Il ne souhaite pas préciser ce qu'il attribue, dans les difficultés de la victime, au plan physique et au plan psychique.

Le docteur D. estime que les avis des sapiteurs sont plutôt rassurants, qu'il n'y a pas d'élément nouveau par rapport à la première expertise montrant une situation plus péjorative que celle exposée à l'époque, ce qui selon lui ressort notamment sur le plan orthopédique des avis des professeurs G. et V.. Il estime que le rapport du docteur M. est convaincant et conclut à une incapacité permanente partielle de 20 à 25 %.

L'expert, par contre, estime que les difficultés psychologiques se sont clairement majorées par rapport à ce qui était apparent à la fin de l'expertise princeps et note que persistent des lombalgies résiduelles. Il fait références aux articles 648b et 31 b du BOBI. Il retient un taux de 25 à 30 %.

4. Rechutes à 100% d'incapacité pour toutes les périodes d'hospitalisation en psychiatrie:

- 21 octobre 2016 au ? clinique St Anne**
- ? janvier 2017 au ? VUB**
- 28 avril 2017 au 24 mai 2017*
- 8 avril 2019 au 25 avril 2019 clinique St Jean**
- 11 février 2020 au 12 mars 2020*
- 9 décembre 2020 au 3 février 2020*
- 1 mars 2021 au 5 juillet 2021*

Ce ressenti durable peut conduire à des troubles psychiques comme une dépression, une anxiété, des ruminations, un sentiment d'impuissance et d'injustice et des troubles somatiques tels que des céphalées, une insomnie, des douleurs chroniques.

Présentation de la psychologue Lalia HBALI à la réunion du 12.9.22 des médecins experts de Bruxelles (sous la présidence du Dr Golstein) et nombreuses références sur internet

(...) »

4.2.5. L'expert a répondu aux observations des parties et maintenu son avis provisoire en ces termes⁹ :

« (...)

B. Le 24.10.22, Me T. envoyait un long document de remarques, document joint en annexe à l'attention de la Cour.

L'expert répond :

- 1. L'expert ne se préoccupait pas de l'avis du Dr D. quant à l'opportunité de désigner un sapiteur ergologue, il partageait simplement l'opinion exprimée par le Dr D. à ce propos.

-2. La perversité semble plutôt consister à réclamer l'article du BOBI auquel le sapiteur fait référence et, l'ayant obtenu, à déclarer que cela signifie que ce sapiteur a proposé une évaluation correspondant à une incapacité personnelle (invalidité).

Comme souligné ci-dessus, le sapiteur a écrit "perte de capacité de gain". Il n'est pire aveugle ...

- 3. L'expert s'est sans doute mal exprimé. Il ne nie en tous cas nullement que l'hospitalisation dans le cadre d'une dépression fut en conséquence de suites de l'accident litigieux.

4. Les douleurs déclarées par M.B sont bien évidemment en rapport avec l'accident litigieux. L'expert s'interrogeait quant à l'intensité des douleurs suite à la réalisation de l'arthrodèse. De toute façon, cette proposition de l'expert, après discussion, n'a pas eu de suite.

5. Ce commentaire désobligeant n'apporte pas d'élément utile à la discussion.

6. Effectivement, M. M. B. a été examiné et les imageries réalisées ont été revues lors de la première expertise par un orthopédiste, le Pr R.. Dans le cadre de la deuxième expertise, l'imagerie a été à nouveau revue et actualisée par le Pr V. et la victime a été vue par un neurophysiologiste, le Pr G. et par un psychiatre, le Dr M.. Effectivement encore, un algologue n'aurait pu apporter de lumière supplémentaire quant à l'origine et la nature des douleurs déclarées par M.B. Il pourrait par contre peut-être aider au traitement.

⁹ V. Rapport d'expertise complémentaire du Docteur J. B. du 17.11.2022, pp. 20-23

7. (...)

Tout en connaissant la manière de s'exprimer de Maître T., l'expert ne peut évidemment accepter qu'on l'accuse "d'une volonté de tromper [la Cour]".

Maître T. évite d'argumenter sur la base des pièces objectives du dossier.

Conscient qu'il se répète, l'expert rappelle que :

- l'opération d'arthrodèse de 2012 a été suivie, comme l'écrivait le Pr R., sapiteur dans la première expertise, d'une "amélioration incomplète"

- Cette amélioration a été rapportée par M.B à l'occasion de l'expertise actuelle (voir ci-dessus pp 17-18). Lors de la première expertise, le demandeur déclarait (pp 7, par. 4 et sequitur de l'expertise princeps) :

(...)

- M.B a tenté de reprendre le travail de carreleur, ce qui s'est, de façon non étonnante, révélé impossible (accroupissement et flexion antérieure du tronc). Il a réussi une formation de boucher-charcutier et de gestion, avait entrepris l'apprentissage du Néerlandais. Une tentative de travail en boucherie (port de lourde carcasse en chambre froide notamment) a été rapidement abandonnée. C'est, (...), à cette époque que la victime, qui avait auparavant eu besoin de l'aide d'une psychologue pour se décider à se faire opérer, a décompensé psychologiquement.

La preuve en est que sa formation lui ouvrait l'accès à un secteur d'emploi fort demandeur, celui de travail en charcuterie-traiteur qu'il était manifestement capable d'accomplir malgré l'intervention d'arthrodèse.

8. M. T. estime que, d'un point de vue psychiatrique, son client est incapable d'assumer une telle tâche. Les difficultés de M.B ont été évaluées par le sapiteur psychiatre qui chiffrait le taux d'incapacité de travail à 20%.

L'expert a été frappé par l'inadéquation de l'attitude du demandeur par rapport à une éventuelle reprise du travail. L'expert a plusieurs fois, en séance, demandé à M.B s'il ne pensait pas qu'une réinsertion dans le circuit du travail serait la mesure la plus adéquate pour améliorer sa situation et l'image qu'il a de lui-même et dès lors améliorer son état psychologique. La réponse : "Je dois d'abord m'occuper de ma santé" semble témoigner de cette inadéquation.

In fine, après avoir relu encore une fois à fond ce dossier et après mure réflexion, l'expert n'estime pas justifié qu'une personne dans la situation de M.B soit déclarée totalement et définitivement incapable de travailler.

L'expert maintient son avis provisoire tel que rédigé ci-dessus en page 18.

Il fixe l'incapacité permanente partielle à 35 % sur la base d'un trouble dépressif important bien que qualifié de modéré par le sapsiteur et de douleurs résiduelles en relation avec l'existence d'une arthrodèse.

Doivent être pris en charge :

- *Les médicaments antalgiques et psychotropes*
- *Les traitements psychiatriques ambulatoires et hospitaliers*
- *L'éventuel traitement par un algologue*

(...) »

4.2.6. Dans une lettre du 23.11.2022, l'expert a rectifié une erreur matérielle qui s'est glissée dans son rapport final : l'IPP proposée est de 30 % au lieu de 35 %.

5. Les demandes en appel (actualisation après expertise)

5.1. Dans ses conclusions après expertise, M.B demande à la cour de :

- condamner AG à l'indemniser des suites de l'accident du travail du 28.1.2011 sur les bases médico-légales suivantes :-
 - ITT du 28.1.2011 au 31.12.2013 ;
 - consolidation le 1.1.2014 ;
 - IP : 100 % ;
 - prise en charge de tous les frais médicaux, paramédicaux, chirurgicaux et médicamenteux nécessités par l'accident ;
- condamner AG aux intérêts dus de plein droit et aux dépens des deux instances liquidés pour l'indemnité de procédure respectivement à 153,05 € pour la première instance et à 204,09 € pour l'appel.

5.2. AG demande quant à elle à la cour de :

- fixer les conséquences de l'accident du travail du 28.1.2011 de la manière suivante :
 - ITT du 28.1.2011 au 31.12.2013 ;
 - consolidation le 1.1.2014 ;
 - IPP : 30 % ;
- en ce qui concerne les rechutes, inviter M.B à compléter avec des pièces justificatives le tableau suivant retenu par l'expert :
 - 21.10.2016 au ? clinique St Anne ;
 - ? janvier 2017 au ? VUB ;
 - 28.4.2017 au 24.5.2017 ;

- 8.4.2019 au 25.4.2019 clinique St Jean ;
- 11.2.2020 au 12.3.2020 ;
- 9.12.2020 au 3.2.2020 ;
- 1.3.2021 au 5.7.2021 ;
- prendre acte de l'accord d'AG de payer les indemnités légales, déduction faite des indemnités déjà versées et sous réserve de l'application de l'art. 23 de la loi du 10.4.1971 ;
- acter que l'allocation annuelle est versée mensuellement en vertu de l'article 45 quater sur la loi des accidents du travail, sous réserve des limitations en matière de cumul avec une pension de retraite ou de survie prévue à l'article 42bis de la même loi ;
- acter que le montant du salaire de base à prendre en considération est de 26.103,71 € pour l'ITT et de 29.877,52 € pour l'IPP ;
- statuer comme de droit sur les dépens.

6. Discussion

6.1. Position des parties

6.1.1. M.B fait grief à l'expert en substance de ne pas justifier le taux d'IPP qu'il propose et de se contenter de dire qu'il ne pourrait pas accepter qu'une personne dans la situation de M.B soit déclarée totalement et définitivement incapable de travailler. Pour M.B son incapacité permanente est en réalité totale¹⁰.

6.1.2. AG postule de son côté l'entérinement du rapport d'expertise en se contentant dans ses conclusions de faire l'historique des deux expertises menées par le Docteur J. B.

6.2. La décision de la cour

6.2.1. L'incapacité permanente

6.2.1.1. La fixation du taux d'incapacité en matière d'accidents du travail ne relève pas de la compétence du médecin-expert, mais de l'appréciation du juge¹¹. En ce sens, le taux retenu et proposé par l'expert ne lie pas le juge, lequel peut tout aussi bien le faire sien que s'en distancer ou qu'inviter l'expert à préciser son appréciation¹².

¹⁰ Conclusions M.B, pp. 24-25

¹¹ v. notamment en ce sens : CT Bruxelles, 6^e ch., 26.11.2012, R.G. n°2011-AB-192, terralaboris ; CT Bruxelles, 6^e ch., 10.1.2011, R.G. n° 2009/AB/51933, *Chron. D.S.*, 2011, p.258 ; TTF Bruxelles, 5^e ch., 26.4.2016, R.G. n°13/1408/A

¹² V. ainsi CT Bruxelles, 6^e ch., 20.11.2023, R.G. n°2013-AB-991

Au sens de l'article 24, al.2, de la loi du 10.4.1971, « *l'incapacité permanente résultant d'un accident du travail consiste dans la diminution de la valeur économique de la victime sur le marché général du travail. L'étendue de cette incapacité s'apprécie non seulement en fonction de l'incapacité physiologique mais aussi en fonction de l'âge, de la qualification professionnelle, de la faculté de réadaptation, de la possibilité de rééducation professionnelle et de la capacité de concurrence de la victime sur le marché général de l'emploi, elle-même déterminée par les possibilités dont la victime dispose encore, comparativement à d'autres travailleurs, d'exercer une activité salariée* »¹³.

« *En règle, une fois la consolidation acquise, le dommage indemnisable correspond à la perte de potentiel économique de la victime sur le marché général de l'emploi. Ce qui doit alors être réparé, ce n'est pas la lésion ou l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la victime, comme telles, mais les conséquences de cette atteinte ou lésion sur la capacité de travail de la victime et sur sa position concurrentielle sur le marché général de l'emploi* »¹⁴.

L'évaluation de l'incapacité permanente se fait par rapport au marché général de l'emploi encore accessible à la victime en vérifiant les différentes activités salariées qu'elle pourrait encore exercer et non plus seulement, comme pour l'évaluation de l'incapacité temporaire de travail, en vérifiant l'impossibilité totale ou partielle d'accomplir des prestations de travail dans la profession exercée normalement au moment de l'accident de travail¹⁵.

La position concurrentielle sur le marché général de l'emploi est déterminée par « *les possibilités dont la victime dispose encore, comparativement à d'autres travailleurs, d'exercer une activité salariée* »¹⁶.

L'évaluation faite du degré d'incapacité permanente de travail ne doit cependant pas consister en une démonstration mathématique rigoureuse¹⁷.

6.2.1.2. En l'espèce, il est vrai que la justification donnée par l'expert au taux d'IPP proposé n'est guère limpide. La cour reste notamment songeuse devant l'affirmation de l'expert selon laquelle il « *n'estime pas justifié qu'une personne dans la situation de M.B soit déclarée totalement et définitivement incapable de travailler* ».

Toujours est-il que, pour la cour, le rapport d'expertise et les différentes constatations de l'expert fournissent les éléments utiles à la fixation du taux d'incapacité permanente.

¹³ Cass., 3^e ch., 15.12.2014, R.G. n°S.12.0097.F, juportal ; Cass., 3^e ch., 26.10.2009, R.G. n°S.08.0146.F, juportal ; Cass., 3.4.1989, R.G. n°6556, *Pas.*, 1989, n°425, p. 772, et sommaire juportal

¹⁴ CT Bruxelles, 6^e ch., 2.11.2009, R.G. n°48.916, *J.T.T.*, 2010, p.33

¹⁵ v. en ce sens : CT Bruxelles, 6^e ch., 11.12.2017, R.G. n°2015-AB-1170, terralaboris

¹⁶ CT Bruxelles, 6^e ch., 19.2.2007, R.G. n°47.183, terralaboris

¹⁷ V. en ce sens : CT Bruxelles, 6^e ch., 22.5.2023, R.G. n°2018/AB/1033 ; CT Bruxelles, 6^e ch., 18.3.2019, R.G. n°2016/AB/981

Concrètement, l'expert fait reposer son évaluation de l'IPP sur le tableau séquellaire suivant non contesté :

- des douleurs lombaires résiduelles en relation avec l'existence d'une arthrodèse ;
- un trouble dépressif important.

Sur le plan du degré d'invalidité que ces séquelles génèrent, l'expert renvoie aux articles suivants du Barème officiel belge des invalidités (« BOBI ») :

- l'article 38 b du BOBI pour les douleur lombaires : cet article vise les séquelles traumatiques d'importance moyenne de la colonne lombaire et retient un taux d'invalidité de 10 à 20 % ;
- l'article 648 b du BOBI pour le trouble psychique : classé dans la section des troubles névrotiques et psychosomatiques, cet article se rapporte à un syndrome dépressif plus important ayant une répercussion sociale marquée pour lequel un taux d'invalidité de 15 à 30 % est proposé.

Ce tableau séquellaire doit être mis en relation avec :

- les plaintes suivantes rapportées et non remises en question par l'expert :
 - o M.B se dit plus stressé que dans le passé ;
 - o il fait état de lombalgies constantes ;
 - o le fait de porter les courses est source de douleurs ;
 - o il se sent mal dans son corps et ne peut concevoir de reprendre le travail ;
 - o le reclassement professionnel dans le métier de boucher-charcutier n'a pu se faire en raison du poids des carcasses à transporter, de l'exposition au froid et du maintien de la position debout ;
- les constatations suivantes faites par l'expert lors de l'examen clinique :
 - o M.B présente un aspect manifestement dépressif ;
 - o raideur de la colonne lombaire ;
 - o à plusieurs reprises des douleurs sont manifestées au niveau lombaire ;
 - o pas d'inconfort manifesté dans une position assistée de 30 minutes d'affilée ;
- d'autres constatations éparses :
 - o le problème psychiatrique (PTED) est devenu prédominant ; sa sévérité et le peu de perspectives d'en sortir paraissent évidents ;
 - o la reprise du travail de carreleur s'est révélée impossible en cela que cette activité nécessite à la fois de s'accroupir et des flexions antérieures du tronc ;
 - o une « *inadéquation de l'attitude [de M.B] par rapport à une éventuelle reprise du travail* ».

En associant ces éléments d'ordre fonctionnel au profil socio-professionnel de M.B retracé *supra* au point 2 (en bref, âgé de 41 ans à la date de la consolidation, faible scolarisation sans diplôme, certificat obtenu dans le secteur de la rénovation des bâtiments, diplôme de boucher-charcutier-traiteur, expérience professionnelle de travailleur manuel dans le

secteur de la construction) et en superposant l'ensemble au marché général de l'emploi, il en ressort que M.B a perdu l'accès à une part importante de son marché de l'emploi, dès lors que :

- l'exercice d'une activité manuelle nécessite d'être en possession de toutes ses facultés physiques pour exercer pleinement sa capacité concurrentielle sur le marché général de l'emploi, étant donné qu'il peut être attendu du travailleur qu'il effectue indifféremment des travaux lourds et des travaux légers, des travaux requérant de la précision et des travaux plus sommaires, des travaux faisant appel à la force des bras, à celle des jambes ou les deux à la fois, des travaux pouvant combiner à la fois des positions statiques ou en mouvement, debout ou assis ;
- il s'agit de ne retenir comme métier toujours à la portée de M.B que des métiers ne requérant que des manipulations légères, lui évitant des mouvements tels que l'accroupissement, la flexion antérieure du tronc et la station debout prolongée, étant entendu qu'afin de coller au mieux à la réalité ne peuvent être pris en considération que les métiers dont le travailleur se montre en mesure d'exécuter l'ensemble des tâches qu'ils comportent ;
- même si M.B doit pouvoir compter sur ses possibilités d'adaptation et de rééducation professionnelle qui devraient être stimulées par le fait qu'il se trouve encore, au début de la quarantaine, dans la force de l'âge, les contraintes physiques inhérentes à une large part des professions manuelles non qualifiées, voire à certaines activités manuelles plus qualifiées auxquelles il pourrait accéder par une brève formation, s'avèrent peu compatibles avec les limitations fonctionnelles que rencontre M.B sérieusement accentuées par un état dépressif à ce point important qu'il révèle une « *inadéquation de [son] attitude (...) par rapport à une éventuelle reprise du travail* ».

Dans ces conditions, même si l'expert se refuse à admettre qu'une personne dans la situation de M.B puisse être déclarée totalement et définitivement incapable de travailler, la cour ne voit pas concrètement et de manière réaliste à quel métier M.B pourrait encore espérer accéder. Sa tentative de réorientation professionnelle après avoir suivi la formation voulue s'est soldée par un échec cuisant le renvoyant à la dure réalité des limites que lui impose son état physique. Cette relance avortée a eu une répercussion marquée sur le plan mental, puisque c'est à ce moment, selon l'expert, que M.B a décompensé psychologiquement. Le Docteur M., spécialiste psychiatre, observe aussi à partir de 2016 de nombreuses hospitalisations en psychiatrie pour état dépressif et note que le contenu de la pensée de M.B « *comporte des préoccupations anxieuses significatives en rapport avec la symptomatologie douloureuse étendue et l'impotence fonctionnelle déclarée (... mon corps ne suit pas)* ». Cela tend d'une certaine manière à confirmer l'analyse du Docteur D. lorsqu'il souligne la coexistence de deux problèmes imbriqués, un syndrome de douleurs chroniques et un problème psychiatrique. Nul doute dès lors que le caractère désormais « *prédominant* » du problème psychique de M.B entrave fortement tout nouvel essai de réinsertion professionnelle.

L'ensemble de ces considérations conduit la cour à la conclusion que l'incapacité de travail de M.B est à ce point importante que sa valeur économique sur son marché général de l'emploi est réduite à néant et que le taux d'incapacité permanente atteint 100%.

Moyennant ce correctif et sous réserve du point 6.2.2 *infra*, les conclusions du rapport d'expertise, qui ne soulèvent pas d'autres contestations, sont entérinées.

6.2.2. L'incapacité temporaire et les périodes de rechute

Au-delà de la date de consolidation du 1.1.2014, l'expert a retenu plusieurs rechutes à 100% d'incapacité pour toutes les périodes d'hospitalisation en psychiatrie. Trois d'entre elles demeurent néanmoins insuffisamment documentées par M.B et donc incertaines. L'expert explique à leur sujet qu'il s'agit de séjours dont l'information lui a été donnée par le Docteur BR., mais pour lesquels aucun document ne lui a été transmis. Il s'agit des hospitalisations suivantes :

- une hospitalisation à la clinique Sainte Anne débutée le 21.10.2016 avec une date de fin inconnue ;
- une hospitalisation à la VUB débutée à une date indéterminée en janvier 2017 et dont le terme n'est pas davantage connu ;
- une hospitalisation à la clinique Saint Jean du 8.4.2019 au 25.4.2019.

Ces périodes devront être indemnisées par AG à titre d'incapacité temporaire totale dès que M.B lui aura transmis les pièces justificatives attestant de la réalité de l'hospitalisation, ainsi que des dates de début et de fin.

Pour l'heure, une réouverture des débats ne se justifie pas.

L'affaire est donc renvoyée au rôle particulier pour ce seul point. Si une difficulté devait subsister, la partie la plus diligente pourra solliciter une nouvelle fixation de la cause devant la cour.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR DU TRAVAIL,

Statuant après un débat contradictoire ;

Déclare l'appel fondé dans la mesure ci-après ;

En conséquence :

- fixe l'incapacité permanente de travail au taux de 100 % ;

- fixe comme suit les périodes d'incapacité temporaire totale postérieures à la date de consolidation :
 - o du 28.4.2017 au 24.5.2017 ;
 - o du 11.2.2020 au 12.3.2020 ;
 - o du 9.12.2020 au 3.2.2021 ;
 - o du 1.3.2021 au 5.7.2021 ;
- condamne la S.A. « AG Insurance » à prendre en charge :
 - o les médicaments antalgiques et psychotropes ;
 - o les traitements psychiatriques ambulatoires et hospitaliers ;
 - o l'éventuel traitement par un algologue ;
- met à néant le jugement *a quo* en ce qu'il fixe le taux d'incapacité permanente de travail à 10 % et en ce qu'il fixe à 2.98,77 € l'allocation annuelle due à partir de la date de consolidation ;
- confirme pour le surplus le jugement entrepris ;

En ce qui concerne les trois périodes d'incapacité temporaire totale dont question *supra* au point 6.2.2 :

- renvoie l'affaire au rôle particulier ;
- condamne la S.A. « AG Insurance » à les prendre en charge dès que Monsieur M. B. lui aura transmis les pièces justificatives attestant de la réalité des hospitalisations, ainsi que des dates de début et de fin ;
- si une difficulté devait subsister, invite la partie la plus diligente à solliciter une nouvelle fixation ;

En application de l'article 68 de la loi du 10.4.1971, condamne d'ores et déjà la S.A. « AG Insurance » au paiement des dépens de Monsieur M. B. liquidés à :

- 153,05 €, mais ramenés à 120,25 € (montant de base indexé au 1.3.2011), en ce qui concerne l'indemnité de procédure de première instance ;
- 204,09 €, mais rehaussés à 218,67 € (montant de base indexé au 1.11.2022), en ce qui concerne l'indemnité de procédure d'appel ;
- 4.462,70 €, sous déduction de 1.000 € de provision, au titre des frais et honoraires d'expertise dus au Docteur J. B. et déjà taxés par ordonnance du 25.1.2023 ;

Cet arrêt est rendu et signé par :

C. A., conseiller,
J.-C. V., conseiller social au titre d'employeur,
A. L., conseiller social au titre d'ouvrier,
Assistés de A. L., greffier,

A. L., A. L., J.-C. V., C. A.,

et prononcé, à l'audience publique de la 6^e chambre de la cour du travail de Bruxelles, le 8 avril 2024, où étaient présents :

C. A., conseiller,

A. L., greffier,

A. L.,

C. A.,