



Expédition

Numéro du répertoire 2024 /
Date du prononcé 12 août 2024
Numéro du rôle 2016/AB/383
Décision dont appel 10/18954/A

Délivrée à

le
€
JGR

Cour du travail de Bruxelles

sixième chambre – audience extraordinaire

Arrêt

ACCIDENTS DE TRAVAIL, MALADIES PROFES. - accidents du travail

Arrêt contradictoire

Définitif

Madame A. P.,

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

contre

Le CPAS de Watermael-Boitsfort, inscrit à la B.C.E. sous le numéro 0212.348.242 (ci-après « le CPAS »),

dont le siège est établi à 1170 Bruxelles, rue du Loutrier 69,

partie intimée, représentée par Maître O. R. *loco* Maître H. N., avocate à 1160 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 ») ;

Vu la loi du 3.7.1967 sur la prévention ou la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public (ci-après « loi du 3.7.1967 ») ;

Vu l'arrêté royal du 13.7.1970 relatif à la réparation, en faveur de certains membres du personnel des services ou établissements publics du secteur locale, des dommages résultant

des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail (ci-après « arrêté royal du 13.7.1970 »).

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 15.3.2011, R.G. n°10/18954/A, ainsi que le rapport d'expertise du Docteur S. S. déposé le 19.11.2014 ;
- la requête d'appel reçue au greffe de la cour de céans le 15.4.2016 ;
- l'arrêt de la 6^e chambre de la cour de céans du 22.10.2018 déclarant l'appel recevable, le disant aussi fondé, en ce qu'à tort le tribunal du travail francophone de Bruxelles a entériné le rapport d'expertise, et désignant le Docteur J. O. pour procéder à une nouvelle expertise ;
- le rapport final d'expertise du Docteur J. O. reçu au greffe le 16.11.2022 ;
- l'ordonnance de mise en état de la cause sur pied de l'article 747, CJ, rendue le 23.5.2023 ;
- les conclusions remises pour M.P le 29.3.2024 ;
- les conclusions remises pour le CPAS le 18.9.2023 ;
- les dossiers des parties.

A l'audience publique du 8.5.2023, les parties ont sollicité la fixation d'un calendrier de mise en état.

A l'audience publique du 24.6.2024, 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.

L'affaire a été prise en délibéré à cette même audience du 24.6.2024.

2. Les faits et antécédents (rappel)

Les faits de la cause peuvent être synthétisés comme suit :

- M.P est née en 1964, diplômée de l'enseignement secondaire supérieur classique et détentrice d'un graduat en ergothérapie obtenu en 1985¹.
- Elle a toujours travaillé comme ergothérapeute dans différentes maisons de repos depuis la fin de ses études².
- Le 23.10.2009, alors qu'elle travaillait comme ergothérapeute dans une maison de repos gérée par le CPAS, elle a été victime d'un premier accident du travail : la chaise sur laquelle elle était en train de s'asseoir s'est brisée et cela lui a causé notamment des douleurs au niveau du pouce (tendinite de De Quervain) et du bras droit.
- Le 29.1.2010, elle a été victime d'un second accident du travail : elle s'est tordu le pied dans un nid de poule, s'occasionnant notamment une fracture trimalléolaire de la cheville gauche nécessitant une ostéosynthèse.
- Par une requête du 29.12.2010, M.P a saisi le tribunal du travail de Bruxelles d'une contestation portant sur les conséquences des deux accidents.
- Par jugement du 15.3.2011, le tribunal a déclaré la demande recevable et a confié une mission d'expertise au Docteur S. S.
- D'octobre 2011 à février 2012, M.P a repris le travail à mi-temps, mais a dû arrêter à cause d'une fatigue excessive³. Le matériel d'ostéosynthèse a été retiré le 29.2.2012. Elle n'a plus repris le travail par la suite.
- Le 1.12.2013, elle a été admise d'office à la pension anticipée temporaire sur décision du 4.11.2013 de la Commission des Pensions transmise au CPAS le 12.12.2013 et motivée en raison de l'inaptitude au travail suivante⁴ : « *Séquelles algodystrophiques & membre inférieur gauche : les difficultés de déplacement ne semblent pas permettre d'envisager une reprise de fonction* ».
- Dans son rapport final déposé le 19.11.2014, l'expert S. S. a conclu en considérant que les séquelles des deux accidents du travail étaient les suivantes :
 - * **Accident du 23.10.2009** :
 - lésion : tendinite de De Quervain au pouce gauche non objectivée radiologiquement ainsi que des troubles psychologiques ;
 - ITT: 23 octobre 2009 au 8 novembre 2009.
 - date de consolidation : 9 novembre 2009.
 - IPP : 3 %.
 - * **Accident du 29.1.2010**
 - lésion : fracture tri-malléolaire de la cheville gauche par ostéosynthèse ainsi que des troubles psychologiques.
 - ITT : 29 janvier au 31 décembre 2010 et du 29 février au 31 mars 2012.
 - date de consolidation : 1^{er} janvier 2011.

¹ Rapport d'expertise du Docteur J. O. du 16.11.2022, p.4

² Rapport d'expertise du Docteur J. O. du 16.11.2022, p.4

³ Rapport d'expertise du Docteur J. O. du 16.11.2022, p.32

⁴ Pièce 13 – dossier M.P

- IPP : 10 %.
- Le 1.4.2015, M.P a été admise d’office à la pension anticipée définitive sur décision du 17.2.2015 de la Commission des Pensions transmise au CPAS le 12.12.2013 et motivée en raison de l’inaptitude au travail suivante⁵ : « *Séquelles algodystropliques & membre inférieur gauche : les difficultés de déplacement ne semblent pas permettre d’envisager une reprise de fonction* »
- Par jugement du 15.3.2016, alors que M.P demandait l’entérinement du rapport pour le premier accident et la reconnaissance d’une IPP de 100% au lieu de 10% pour le second, le tribunal a décidé d’entériner purement et simplement les conclusions du rapport d’expertise du 19.11.2014.
- M.P a interjeté appel par une requête reçue au greffe le 15.4.2016.
- Par son arrêt du 22.10.2018, la cour de céans a déclaré l’appel recevable, l’a dit aussi fondé, en ce qu’à tort le tribunal du travail francophone de Bruxelles a entériné le rapport d’expertise, et a désigné le Docteur J. O. pour procéder à une nouvelle expertise.
- Le 16.11.2022, le Docteur J. O. a déposé son rapport final.

3. Le jugement dont appel du 15.3.2016

Le premier juge a décidé ce qui suit :

« Statuant contradictoirement,

Entérine le rapport de l’expert S. S. déposé au greffe le 19 novembre 2014;

Condamne le CPAS de Watermael-Boitsfort à payer à M.P, suite aux accidents du travail subi les 23 octobre 2009 et 29 janvier 2010, les indemnités et allocations forfaitaires à calculer en tenant compte des périodes et taux d’incapacité de travail suivants :

- *Accident du 23 octobre 2009*
 - *ITT: 23 octobre 2009 au 8 novembre 2009*
 - *Date de consolidation : 9 novembre 2009*
 - *IPP : 3%*
- *Accident du 29 janvier 2010*
 - *ITT : 29 janvier au 31 décembre 2010 et du 29 février au 31 mars 2012*
 - *Date de consolidation : 1^{er} janvier 2011*
 - *IPP : 10%*

⁵ Pièce 15 – dossier M.P

Fixe la rémunération de base à 32.848,28 € pour le premier accident et 33.477,93 € pour le deuxième accident mais plafonnés au montant légal de 24.332,08 € à 100% à l'indice-pivot 138,01 ;

Fixe l'allocation annuelle à 729,96 € pour le premier accident et 2.433,20 € pour le deuxième accident, à partir de la consolidation, payable par mois le premier jour de chaque mois de l'année civile, par douzième et par anticipation;

Condamne la partie défenderesse au paiement des intérêts dus de plein droit sur les indemnités et allocations à partir de leur exigibilité ;

La condamne également au paiement des frais de l'expertise, taxés par ordonnance du 7 janvier 2015 à la somme de 4.250 €, sous déduction de 1.000 € de provision, ainsi qu'aux dépens liquidés à ce jour par la partie demanderesse à 120,25 € d'indemnité de procédure ;

(...) »

4. Les demandes en appel

4.1. M.P demandait à la cour de dire pour droit qu'elle a subi, suite à l'accident du 29.1.2010 :

- une incapacité temporaire totale de travail :
 - o du 29.1.2010 au 31.12.2010 ;
 - o du 29.2.2012 au 31.3.2012 ;
- date de consolidation : 1.4.2012 ;
- une incapacité permanente de 100 %.

Dans ses conclusions après expertise, M.P maintient intégralement cette prétention, tout en demandant à la cour de condamner le CPAS aux intérêts dus de plein droit et aux dépens des deux instances liquidés à 163,98 € (indemnité de procédure de première instance) et à 218,67 € (indemnité de procédure d'appel).

4.2. Le CPAS sollicitait pour sa part la confirmation du jugement déféré et, à titre subsidiaire, une nouvelle mesure d'expertise.

Dans ses conclusions après expertise, il demande à la cour de dire l'appel partiellement fondé et de :

- à titre principal, écarter partiellement le rapport d'expertise du Docteur J. O. et, par conséquent, fixer les conséquences de l'accident du travail du 29.1.2010 de la manière suivante :

- ITT à 100% :
 - du 29.1.2010 au 31.12.2010 ;
 - du 29.02.2012 au 31.03.2012 ;
 - du 04.04.2017 au 20.06.2017 ;
- date de consolidation : 1.1.2011 ;
- IPP : 10 % ;
- fixer le salaire de base pour l'incapacité permanente à 33.477,93 € à l'indice pivot 138,01, limité au plafond légal de 24.332,08 € ;
- à titre subsidiaire, rouvrir l'expertise afin de demander au Docteur L. de se prononcer sur la date de consolidation des séquelles psychologiques.

5. L'arrêt du 22.10.2018

Dans son arrêt du 22.10.2018, la cour a décidé de faire procéder à une nouvelle mission d'expertise pour les motifs suivants :

« (...) M.P fait d'abord état de la "Totale opacité de l'avis de l'expert judiciaire" et soutient que l'expert n'a pas répondu à toutes les notes de faits directoires.

M.P estime par ailleurs que la gravité de son état psychique est sous-estimée. Elle soutient que "l'accident du 29 janvier 2010 a décompensé et même aggravé un état antérieur psychique dont le médecin-conseil de la s.a. ETHIAS admit lui-même (page 18, par. 10 du rapport d'expertise judiciaire) qu'il était toujours traité au moment où l'accident survint,(...)".

M.P fait également grief à l'expert d'avoir ignoré sa mise à la retraite anticipée dont elle soutient qu'elle est en relation causale directe avec l'accident du 29 janvier 2010. Elle estime que le taux d'incapacité permanente reconnu par l'expert "est totalement incompatible avec la décision prise par la Commission des Pensions, à l'initiative du MEDEX, d'admettre M.P à la pension prématurée temporaire, décision prise en considération uniquement des séquelles de la lésion au membre inférieur gauche".

M.P qui fait grief à l'expert d'avoir ignoré le principe dit de "globalisation" ou de "l'indifférence de l'état antérieur", considère que les termes du rapport d'expertise relatifs à la décision de la Commission des Pensions en démontrent la réalité, l'expert précisant : "Pour le reste, l'expert prend note que l'avis établi par cette commission concerne l'état de santé global de M.P et non uniquement les séquelles imputables au fait accidentel qui nous concerne".

La Cour constate que les griefs adressés à l'expert sont, en tous cas en partie, justifiés.

La Cour relève notamment qu'outre le fait qu'il n'apparaît pas que l'expert ait justifié son avis au regard du principe de "l'indifférence de l'état antérieur", l'expert semble l'avoir expressément méconnu comme cela ressort des termes du rapport afférents à l'avis de la Commission des Pensions, repris ci-avant.

Il n'apparaît pas non plus que l'expert ait valablement répondu à toutes les notes de faits directoires des parties.

Ces deux griefs justifient l'écartement du rapport d'expertise, sans qu'il soit même nécessaire d'examiner les autres, le rapport d'expertise ne pouvant, en tout état de cause, être considéré comme suffisamment éclairant au sens de l'article 984 du Code judiciaire.

Le jugement déféré doit par conséquent être réformé en ce qu'il a entériné les conclusions de ce rapport.

La Cour constate que M.P ne justifie cependant pas valablement, pour autant, en l'état actuel de la cause, une incapacité permanente totale.

La Cour estime dès lors devoir ordonner une nouvelle expertise qui sera confiée au docteur J. O.. »

6. Le rapport d'expertise

6.1. Le 31.5.2022, l'expert a communiqué le rapport provisoire suivant aux parties⁶ :

« (...) Il est constant que, suite à l'accident qui lui est survenu le 29/01/10, M.P a subi une fracture trimalléolaire de la cheville gauche, ayant nécessité une ostéosynthèse.

La fracture s'est compliquée d'une algoneurodystrophie.

D'octobre 2011 à février 2012, elle a repris le travail à mi-temps, mais a dû arrêter à cause d'une fatigue excessive.

On a alors procédé au retrait du matériel d'ostéosynthèse, ce qui semble avoir provoqué à nouveau une algoneurodystrophie.

⁶ Rapport d'expertise du Docteur J. O. du 16.11.2022, pp. 32-33

Le 01/12/13, M.P a été mise à la pension anticipée. Vu la chronologie des événements, il me semble difficile de contester que cette décision ne soit pas pour le moins en partie imputable à l'accident.

En ce qui concerne les conséquences de cette mise à la pension anticipée, je relève néanmoins que le sapiteur L. (annexe 74) constate qu'il y a une absence d'évolution de M.P depuis 2013. En 2021, le même sapiteur décrit un syndrome anxiodépressif dont l'intensité peut être qualifiée de légère, et qui est d'origine mixte, en partie liée à l'état somatique de la patiente.

Je considère dès lors à ce stade que l'IPP de M.P peut être évaluée dans une fourchette de 10 à 15 %.

Il me semble par ailleurs raisonnable de consolider à la date de la mise à la pension anticipée, soit à le 01/12/13.

L'hospitalisation de 2017 peut être prise en charge. Pour l'hospitalisation que M.P aurait également subi en 2016, la documentation est manquante (...) »

6.2. L'expert a répondu comme suit aux objections des parties⁷ :

« (...)

1) En ce qui concerne la date de consolidation

Il n'est jamais facile de déterminer avec précision une date de consolidation pour les séquelles d'un accident de travail lorsqu'une victime n'a jamais repris le travail, et qu'on la voit pour la première fois en juin 2019 pour un accident qui a eu lieu en janvier 2010.

A titre liminaire, je souhaite prendre mes distances par rapport à un argument avancé par le Docteur B. qui me reproche de proposer une date de consolidation 4 ans après un accident de travail, et ce dans la mesure où l'état séquellaire orthopédique et psychologique est stabilisé depuis de nombreux mois.

J'estime qu'il faut rappeler que, d'un point de vue médical, la consolidation ne se fait pas au moment où la situation du patient n'a plus évolué (ce qui suppose nécessairement une approche rétrospective du dossier), mais bien au moment où l'on peut raisonnablement considérer que, vu l'état d'évolution du patient, les soins médicaux n'apporteraient plus d'amélioration (ce qui s'inscrit nécessairement dans une approche prospective).

⁷ Rapport final d'expertise du Docteur J. O. du 16.11.2022, pp. 2-7

Ces deux dates ne correspondent pas nécessairement : il est en effet tout à fait possible qu'à un moment du suivi, un thérapeute peut raisonnablement espérer qu'un traitement va encore apporter une amélioration, même s'il s'avère a posteriori que ce traitement n'a pas produit l'effet escompté. Déterminer la date de consolidation en se basant sur une approche purement rétrospective fait donc courir le risque de consolider trop tôt. En même temps, et tout en gardant à l'esprit que l'évaluation doit se faire in concreto, et non sur base du "quad plerumque fit", il faut garder un minimum de bon sens. Je ne suis pas convaincu qu'après une entorse de la cheville, la 200^{ème} séance de kinésithérapie soit encore vraiment susceptible d'apporter une amélioration pas plus que les séances de psychothérapie pour une victime 15 ans après une agression...

Il est par conséquent très important de pouvoir comprendre au mieux quelle était la situation de la victime dans les mois ou années qui ont suivi l'accident.

Une anamnèse de la victime pratiquement 10 ans après les faits, et dans le cadre d'une procédure judiciaire, n'apportera que des renseignements d'une précision et d'une fiabilité limitées. Il convient dès lors de se baser au maximum sur des observations récoltées, sinon "in tempore non suspecto", du moins dans une période où l'on était encore suffisamment près de l'accident.

Il y a pour le moins un consensus entre les parties intervenant dans la présente expertise que l'accident du 29.01.2010 a produit deux lésions différentes : une fracture trimalléolaire de la cheville gauche, mais aussi des problèmes psychologiques (peu importe à ce stade si celles-ci ont laissé des séquelles permanentes ou non). (...)

Je constate en revanche après lecture des rapports du Docteur J. B., qui a vu M.P à la demande de l'assureur le 15.03.2010 (annexe 4), le 28.05.2010 (annexe 5) et le 01.03.2011 (annexe 6) que des plaintes d'ordre psychologique ne sont pas enregistrées, pas plus d'ailleurs que l'existence d'un état antérieur psychiatrique.

Sur base des éléments dont je dispose, ces plaintes psychologiques sont mentionnées pour la première fois lors de la séance d'expertise tenue par le Docteur S. S. le 25.11.2011. L'apparition de ces plaintes semble cependant difficile à dater, ce qui amènera le Docteur S. S. à demander la production d'une liste avec l'historique des achats pharmaceutiques. Cette demande sera renouvelée à la séance du 20.09.2012, mais on n'en trouve plus de trace dans la suite de l'expertise.

Il est vrai aussi que le Docteur S. S. doit donner un avis sur l'incapacité résultant de deux accidents de travail successifs, survenus le 23.10.2009 et le 29.01.2010,

alors que je ne dois donner un avis que sur l'incapacité entraînée par le deuxième accident.

Le rapport du Docteur R., qui a examiné M.P à la demande de l'expert S. S., et devant donc rendre un avis sur les séquelles psychiques entraînées par les accidents aussi bien du 23.10.2009 que du 29.01.2010, me paraît un document particulièrement important (annexe 8).

Le Docteur R. décrit bien l'existence d'un antécédent psychiatrique, avec une hospitalisation en psychiatrie de mai à septembre 2006 suite au décès de sa mère. Sans vraiment faire de différence entre les conséquences de l'accident du 23.10.2009 et celui du 29.01.2010, le Docteur R. note qu'il persiste, suite à ces accidents, un trouble douloureux chronique ainsi qu'un léger état anxio-dépressif. Dans la mesure où l'accident du 29.01.2010 a entraîné des lésions objectives plus importantes que celui du 23.10.2009, et que lorsque deux accidents se succèdent dans un laps de temps limité, le deuxième entraîne généralement des séquelles psychologiques plus importantes que le premier, je tiens pour acquis que cet accident a entraîné des séquelles psychologiques.

Le Docteur J. B. propose de consolider le 01.11.2011, comme l'avait fait le docteur S. S. dans son rapport.

Toute la question est dès lors de savoir si, à ce moment, on pouvait raisonnablement espérer que l'état de Madame A. P. était encore susceptible d'amélioration grâce à des traitements que pouvaient lui proposer les médecins.

Sur le plan orthopédique, j'admets volontiers la remarque du Docteur J. B. que la perspective d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse n'est pas en soit un motif pour retarder automatiquement la consolidation. Tout dépend bien entendu de la longueur relative des différentes périodes d'incapacité.

Si M.P avait effectivement eu une période d'incapacité totale prise en charge par l'assureur-loi jusqu'au 01.11.2011, j'aurais assez mal compris pourquoi l'expert proposait une consolidation le 01.11.2011, alors que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse avait déjà lieu le 29.02.2012. Il m'aurait effectivement semblé de globaliser la période d'incapacité première et la rechute, et de consolider par exemple le 01.04.2012.

Après vérification, il s'avère cependant que la note du Docteur J. B. contient une erreur. Le Docteur S. S. a proposé une consolidation non pas le 01.11.2011, mais le 01.01.2011. C'est donc à cette date qu'il faut se référer pour poser la même question : peut-on encore raisonnablement espérer améliorer l'état de M.P ?

Nous avons peu d'information objective sur cette période, le Docteur S. S. ayant interrogé pour la première fois 11 mois après le moment auquel il proposera ultérieurement de consolider.

Quand on compare les examens réalisés par le Docteur J. B., le 28.05.2010 et le 14.03.2011, on constate une certaine amélioration. On ne sait bien entendu pas jusque quand cette amélioration s'est poursuivie, mais on ne peut pas non plus retenir pour certain que cette amélioration ne se soit plus poursuivie après le 14.03.2011.

D'autre part, si l'examen réalisé par la Docteur S. S. le 20.09.2012 montre des valeurs moins bonnes pour les flexions dorsales et plantaires des chevilles, les résultats pour l'éversion et l'inversion sont plutôt meilleurs. Il est cependant toujours difficile de comparer les examens cliniques faits par deux médecins différents. En outre, le Docteur J. B. a examiné M.P quand le matériel d'ostéosynthèse était encore en place, alors que le Docteur S. S. l'a examinée plus de 6 mois après l'ablation.

Le Docteur M. constate dans son rapport du 03.08.2012 (annexe 7) que les fractures semblent consolidées sur les radiographies du 22.10.2010. Cela ne veut bien entendu pas dire que la rééducation de Madame A. P. était terminée.

Dans une attestation médicale du 16.09.2010 (annexe 22), le Docteur BRION parle d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) présent en juin 2010 au niveau du membre inférieur gauche. Il se base pour cela sur une scintigraphie osseuse réalisée le 30.06.2010.

On ne sait pas jusque quand ce SDRC a perduré, mais lors de son examen du 14.03.2011 (annexe 3), le Docteur J. B. ne trouve aussi bien à l'anamnèse qu'à son examen clinique pas de signe évoquant un SDRC.

En l'absence d'autres éléments permettant de me renseigner sur l'état de M.P en 2011, j'estime que la consolidation proposée par le Docteur S. S. était quelque peu prématurée, mais qu'on pourrait raisonnablement consolider vers le 01.04.2011. La thèse défendue par le docteur BRION, lorsqu'il dit qu'en cas de SDRC il ne faut jamais consolider avant 18 à 24 mois me paraît un peu excessive, et sans fondement scientifique.

Il reste bien entendu la problématique des séquelles psychiques.

D'un point de vue chronologique, la première source d'information dont je dispose est le rapport du Docteur R. (annexe 8), qui examine la patiente le 18.03.2013.

A ce moment, M.P déclare que, depuis novembre 2012, elle est à nouveau suivie par le Docteur J., psychiatre à Erasme, et fait une psychothérapie.

Il n'est pas clair à qui renvoi la notion "à nouveau" : fait-on référence à l'hospitalisation de 2006, ou est-ce que M.P aurait eu un suivi après l'accident de janvier 2010, qui aurait été interrompu ?

Dans le PV de la séance qui a eu lieu le 20.09.2012, le Docteur S. S. note que le Docteur BRION fait état de consultation d'une psychothérapeute à raison de 2 consultations en 2010, 9 en 2011 et 2 en 2012.

Il est dès lors quelque peu surprenant que le Docteur S. S., alors qu'il admet que l'accident a laissé des séquelles psychiques, consolide pratiquement au moment où la psychothérapie commence.

Au moment où le Docteur R. examine la victime, en mars 2013, celle-ci semble avoir recommencé une deuxième série de séances de psychothérapie, cette fois-ci chez un psychiatre.

En tout état de cause, la psychothérapie semble avoir commencé au moment où le problème orthopédique, qui s'est compliqué d'un SDRC, semblait plus ou moins réglé. Ceci n'est pas exceptionnel, surtout chez une patiente qui, comme le note le Docteur R., a plutôt tendance à minimiser ses problèmes psychiatriques.

Je concède volontiers au Docteur J. B. que le suivi psychothérapeutique a été anormalement long lorsqu'on prend comme base de comparaison un groupe de victimes présentant une fracture de la cheville. Il faut cependant faire l'évaluation in concreto, sans oublier les antécédents psychiatriques, qui doivent être inclus dans l'évaluation du dommage aussi longtemps que l'accident ne se solde pas par un simple retour à l'antérieur.

J'estime qu'en mars 2013, il n'était pas déraisonnable de considérer que les séances de psychothérapie, que M.P venait de reprendre depuis quelques mois, étaient susceptibles d'améliorer son état.

Pour toutes ces raisons, et bien que j'admette volontiers que la période entre l'accident et la consolidation soit exceptionnellement longue, je continue à estimer qu'une consolidation en date du 01.12.2013 est raisonnable.

2) En ce qui concerne les rechutes

M.P a été hospitalisée en psychiatrie du Grand hôpital de Charleroi du 04.04.2017 au 26.05.2017 (annexe 71)

Selon le Docteur L. (annexe 82), (...) cette hospitalisation était au moins partiellement causée par l'accident de 2010. Elle doit dès lors être considérée comme une rechute.

(...)

3) En ce qui concerne l'incapacité permanente

Le Docteur J. B. évalue l'IPP à 3%, en insistant sur le fait qu'il faut s'en tenir aux lésions objectives.

Maître T. ne m'a fait aucun commentaire sur la fourchette d'IPP proposée, (...)

Il est constant que M.P a fait une fracture trimalléolaire de la cheville, qui, avec le recul de 10 ans, s'est révélée très peu arthrogène, ce qui explique mon examen clinique de février 2021.

Même si pour une fracture trimalléolaire, le taux de 3% proposé par la Docteur J. B. n'est pas d'une générosité débordante, je peux comprendre sa position.

Il se fait cependant que, aussi bien pour le Docteur S. S., qui a déposé son rapport expertal en 2014, que pour le Docteur R., intervenu comme sapiteur à la demande du Docteur S. S. en 2013 et par le Docteur L., intervenu comme sapiteur à ma demande en 2021, l'accident litigieux a laissé des séquelles psychiques. Ces séquelles ont été qualifiées comme "un trouble douloureux chronique ainsi qu'un léger état dépressif" par le Docteur R., et comme "un syndrome anxio-dépressif d'origine mixte" par le Docteur L.

Dans sa note de faits directoires, le Docteur J. B. ne donne pas vraiment d'explication pourquoi ces séquelles ne devraient pas être retenues.

Pour toutes ces raisons, j'estime qu'il n'est pas nécessaire de m'écarter sur ce point des conclusions du Docteur S. S., qui avait évalué d'IPP à 10 %. »

6.3. Dans son rapport final, l'expert conclut que :

« (...)

1) J'ai examiné M.P.

2) Je me suis entouré de tous les renseignements utiles, j'ai pris connaissance de tous les documents et dossiers qui m'on été remis par les parties. J'ai entre autres

demandé un avis radiologique au Docteur R., et un avis neuropsychiatrique au Docteur L..

3) Suite à l'accident de travail dont elle a été victime le 20.01.2010, M.P a présenté une fracture trimalléolaire de la cheville gauche. Elle a initialement été plâtrée, mais a subi une ostéosynthèse chirurgicale le 01.02.2010. Quelques mois plus tard, elle a développé un syndrome douloureux régional complexe. Juin 2010, on lui a prescrit des antidépresseurs, et une psychothérapie a été initiées. En février 2013, le matériel d'ostéosynthèse a été enlevé.

Malgré une tentative de reprise du travail à 50 % en octobre 2010, qui n'a pas abouti, M.P n'a jamais repris le travail.

Elle a été mise à la pension anticipée le 01.12.2013.

Actuellement elle garde des douleurs au niveau de la cheville, dont la mobilité a relativement bien récupéré.

Ces douleurs entrent dans le cadre d'un syndrome de douleur chronique, auquel s'ajoute un tableau anxio-dépressif d'intensité légère.

Entre le 04.04.2017 et le 20.05.2017 elle a été hospitalisée en psychiatrie. Cette hospitalisation est en partie liée à l'accident de 2010, et doit dès lors être considérée comme une rechute.

Les lésions ont justifié les périodes suivantes d'incapacité de travail :

- Du 29.01.2010 au 30.11.2013 :100%*
- Du 04.04.2017 au 20.05.2017: 100%*

Les lésions peuvent être consolidées le 01.12.2013.

4) Les séquelles de M.P consistent essentiellement en un syndrome de douleur chronique, s'exprimant notamment au niveau de la cheville blessée, qui présente une légère raideur, et un tableau anxio-dépressif d'intensité légère.

Ces séquelles sont généralement incapacitantes, quel que soit le contexte socio-professionnel de la victime.

L'incapacité de travail qui en résulte peut-être évaluée à 10 %

5) Il n'y a jamais eu de nécessité de prothèse.

Il convient en revanche de prendre en charge les locations de la chaise roulante et des béquilles pendant quelques mois.

Les consultations orthopédiques, y compris les examens radiologiques, séances de physiothérapie et de kinésithérapie ainsi que les prescriptions d'anti-douleurs

et d'anti-inflammatoires doivent être prises en charge jusqu'à la date de consolidation (01.12.2013).

La prise en charge du traitement psychiatrique et de la prise en charge psychologique est plus complexe.

Il est évident que, les premières années après l'accident et bien au-delà de la date de consolidation, ces frais étaient au moins partiellement imputables à l'accident.

Il est cependant clair aussi que, plus les années avancent, plus le rôle causal de l'accident s'atténue.

Je propose dès lors de prendre ces frais en charge jusqu'à la date du dépôt de mon rapport (...) »

7. Discussion

Sont actuellement discutés après le dépôt du rapport d'expertise du Docteur J. O., les périodes d'incapacité temporaire de travail, la date de consolidation et le taux d'incapacité permanent de travail.

7.1. En ce qui concerne la date de consolidation

7.1.1. Le CPAS demande à la cour de retenir la date du 1.1.2011 comme date de consolidation pour l'accident du travail du 29.1.2010. Il justifie sa position par les raisons suivantes :

- l'expert méconnaît la définition légale de la date de consolidation ;
- ainsi, la consolidation ne coïncide pas nécessairement avec le moment où les soins médicaux n'apportent plus d'amélioration, mais il faut plutôt se référer à l'évolution de la capacité de gain ;
- de plus, le raisonnement de l'expert étonne, dans la mesure où il considère que les séances de psychothérapie pouvaient encore améliorer l'état de M.P jusqu'en décembre 2013, alors pourtant qu'il reconnaît n'être que très peu documenté à propos du parcours thérapeutique de l'intéressée ;
- en tout état de cause, il n'est pas prouvé qu'en 2013, au moment où M.P rencontre le Docteur R., ses séances de psychothérapie ont encore une influence sur sa capacité de gain ;
- cette date est également celle avancée par l'expert S. S..

A titre subsidiaire, le CPAS sollicite un complément d'expertise sur ce point.

7.1.2. De son côté, M.P avait fait savoir à l'expert qu'il acceptait la date de consolidation proposée du 1.12.2013. Pourtant et sans aucune explication, elle demande à la cour dans ses conclusions de fixer la date de consolidation au 1.4.2012.

7.1.3. Pour le secteur public, l'article 3, 1°, de la loi du 3.7.1967 dispose que la victime d'un accident du travail a droit à une rente en cas d'incapacité de travail permanente. De la même manière, pour le secteur privé, l'article 24, al.2, de la loi du 10.4.1971 prévoit que, lorsque l'incapacité de travail est ou devient permanente, une allocation annuelle remplace l'indemnité journalière à dater du jour où l'incapacité présente le caractère de la permanence. Ce moment qui marque la transition est communément appelé « consolidation ».

La consolidation peut se définir comme « *le moment où l'existence et le degré d'incapacité de travail prennent un caractère de permanence, c'est-à-dire la date à partir de laquelle les séquelles de l'accident n'évoluent plus ou si faiblement que, selon toute vraisemblance, il n'y a plus d'amélioration ou de détérioration significative à prévoir en ce qui concerne la capacité de la victime sur le marché général du travail* ». ⁸

Autrement dit, la date de consolidation coïncide avec le moment où les séquelles de l'accident acquièrent un niveau de stabilité tel que, selon les prévisions médicales normales, une éventuelle évolution future ne devrait plus influencer significativement dans un sens ou dans un autre l'incapacité de travail⁹. Cette incapacité devient de ce fait permanente et s'entend alors de « *la diminution de la valeur économique de la victime sur le marché général du travail appréciée 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* »¹⁰.

Il n'est pas exclu que des soins médicaux puissent encore être prodigués après la date de consolidation et cette circonstance ne contredit pas en soi le constat que l'incapacité est devenue permanente¹¹. En revanche, aussi longtemps que des soins médicaux modifient la capacité de travail de la victime (au sens de sa valeur économique) sur le marché général du travail, la consolidation ne peut intervenir, car l'incapacité n'a pas le caractère de permanence requis par la loi¹².

A titre liminaire, l'expert J. O. expose ce qui suit :

⁸ CT Bruxelles, 6e ch., 18.4.2018, R.G. n°2009/AB/52752, qui cite CT Bruxelles, 31.7.2014, R.G. n° 2012/AB/744, www.terralaboris.be; v. aussi CT Bruxelles, 6e ch., 8.3.2021, R.G. n°2018/AB/757

⁹ V. aussi en ce sens : CT Gand, 1ère ch., 20.10.2017, R.G. n°2016/AG/338, *Chr. D. S.*, p342

¹⁰ Cass., 3e ch., 15.12.2014, R.G. n°S.12.0097.F, juportal

¹¹ V. en ce sens : Cass., 3e ch., 5.4.2004, R.G. n° S.03.117.F, *J.T.T.*, 2004, p.457

¹² V. CT Bruxelles, 6e ch., 4.6.2018, R.G. n°2016-ab-102

« J'estime qu'il faut rappeler que, d'un point de vue médical, la consolidation ne se fait pas au moment où la situation du patient n'a plus évolué (ce qui suppose nécessairement une approche rétrospective du dossier), mais bien au moment où l'on peut raisonnablement considérer que, vu l'état d'évolution du patient, les soins médicaux n'apporteraient plus d'amélioration (ce qui s'inscrit nécessairement dans une approche prospective).

Ces deux dates ne correspondent pas nécessairement : il est en effet tout à fait possible qu'à un moment du suivi, un thérapeute peut raisonnablement espérer qu'un traitement va encore apporter une amélioration, même s'il s'avère a posteriori que ce traitement n'a pas produit l'effet escompté. Déterminer la date de consolidation en se basant sur une approche purement rétrospective fait donc courir le risque de consolider trop tôt. »

Ce disant, l'expert adopte une approche purement médicale de la consolidation qui semble ignorer totalement l'impact de l'amélioration ou de la détérioration attendue au niveau de valeur économique de la victime sur le marché général du travail. Il méconnaît de la sorte le concept légal de consolidation en matière d'accidents du travail.

Pour autant, la cour ne juge pas utile de commander une mesure d'expertise complémentaire comme le sollicite à titre subsidiaire le CPAS.

En effet, la cour entend mettre en exergue différentes constatations opérées par l'expert J. O. dans son rapport, voire aussi par l'expert S. S. :

- il existe un consensus entre les parties sur le fait que l'accident du 29.1.2010 a produit deux lésions différentes : une fracture trimalléolaire de la cheville gauche, mais aussi des problèmes psychologiques ;
- les séquelles de M.P consistent essentiellement en un syndrome de douleur chronique, s'exprimant notamment au niveau de la cheville blessée, qui présente une légère raideur, et un tableau anxio-dépressif d'intensité légère ;
- l'addition de ces séquelles a une incidence sur le degré d'incapacité permanente de travail ; dans le même sens, pour l'expert S. S., un « *taux d'objectivation de 5% doit être établi en ce qui concerne les séquelles orthopédiques majorées de 5% en ce qui concerne les séquelles psychiatriques* »¹³ ;
- en faisant abstraction des séquelles psychiques, l'expert J. O. juge prématurée la consolidation au 1.1.2011 proposée par l'expert S. S., mais estime par contre qu'il serait raisonnable de consolider au 1.4.2011 ;
- aucune plainte d'ordre psychologique n'a été enregistrée par le Docteur J. B., médecin-conseil d'Ethias (réassureur du CPAS), dans ses rapports des 15.3.2010, 28.5.2010 et 1.3.2011 ;

¹³ Rapport d'expertise du Docteur S. S., p.19

- encore que leur apparition semble difficile à dater, des plaintes psychologiques sont mentionnées pour la première fois lors de la séance d'expertise tenue par le Docteur S. S. le 25.11.2011 ;
- M.P a suivi une psychothérapie à raison de 2 consultations en 2010, 9 en 2011 et 2 en 2012 ;
- M.P a plutôt tendance à minimiser ses problèmes psychiatriques.

La cour déduit de l'ensemble de ces constatations que la date de consolidation peut être raisonnablement fixée au 26.11.2011.

A la date du 25.11.2011 en effet, M.P exprime pour la première fois des plaintes d'ordre psychologique. Etant émises par une personne qui a plutôt tendance à minimiser ses problèmes psychiatriques, il ne paraît pas incongru de déceler dans ces plaintes la manifestation d'une aggravation de l'état séquellaire de M.P affectant significativement son degré d'incapacité de travail (l'expert S. S. attribuant au tableau psychique pas moins de la moitié du taux d'incapacité permanente). Depuis lors, par contre, rien ne permet plus de constater une amélioration ou une dégradation de ce tableau, même si l'expert J. O. estime que, en mars 2013, « *il n'était pas déraisonnable de considérer que les séances de psychothérapie, que M.P venait de reprendre depuis quelques mois, étaient susceptibles d'améliorer son état* ». Cette dernière considération de l'expert procède d'une conception erronée de la consolidation en matière d'accidents du travail et ne peut justifier la date de consolidation du 1.12.2013 qu'il propose.

7.2. En ce qui concerne les périodes d'incapacité temporaire de travail

7.2.1. En page 11 de ses conclusions, le CPAS indique qu'il ne conteste pas la période d'ITT du 4.4.2017 au 20.5.2017 admise par l'expert. Sur interpellation de la cour, il le confirme à l'audience, évoquant une erreur matérielle au dispositif de ses conclusions qui visait plutôt la période du 4.4.2017 au 20.6.2017.

Pour les deux périodes précédentes, le CPAS demande de retenir une ITT :

- du 29.1.2010 au 31.12.2010 ;
- du 29.2.2012 au 31.3.2012.

Le CPAS ne justifie pas ce choix, si ce n'est qu'il correspond à l'avis de l'expert S. S. donné dans le premier rapport d'expertise.

7.2.2. M.P est muette sur cette question dans ses conclusions. Elle retient pourtant au dispositif de ses conclusions les mêmes périodes d'incapacité temporaire que celles défendues par le CPAS. Plus curieusement, elle omet de prendre en compte la dernière période du 4.4.2017 au 20.5.2017.

7.2.3. Tenant compte de la date de consolidation du 26.11.2011, la cour fixe plus exactement les périodes d'incapacité temporaire de travail comme suit :

- du 29.1.2010 au 25.11.2011 (100 %) ;
- du 29.2.2012 au 31.3.2012 (100 %) : rechute suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse¹⁴ ;
- du 4.4.2017 au 20.5.2017 (100 %) : rechute suite à une hospitalisation en psychiatrie¹⁵.

7.3. En ce qui concerne le taux d'incapacité permanente de travail

7.3.1. L'article 4 de la loi du 3.7.1967 dispose que la « *rente pour incapacité de travail permanente est établie sur la base de la rémunération annuelle à laquelle la victime a droit au moment de l'accident* » et « *est proportionnelle au pourcentage d'incapacité de travail reconnue à la victime* ».

Les principes qui régissent l'évaluation de l'incapacité permanente de travail dans le régime des accidents du travail du secteur privé s'appliquent aussi au secteur public ¹⁶.

L'incapacité « *ne se mesure pas seulement en fonction de la perte d'intégrité physique, ni en fonction de l'emploi exercé par le travailleur ou du marché spécifique de l'emploi dans la fonction publique, mais du marché général de l'emploi, tel qu'on l'entend dans la législation générale* »¹⁷.

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* »¹⁸.

« *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*

¹⁴ Rapport d'expertise du Docteur S. S., p.19

¹⁵ Rapport final d'expertise du Docteur J. O. du 16.11.2022, p. 8

¹⁶ V. notamment en ce sens : CT Liège, 6^e ch, 24.4.2015, *J.T.T.*, 2015, p.366

¹⁷ Paul PALSTERMAN, « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale », *Chr. D. Soc.*, 2004, p. 322

¹⁸ 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

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 »¹⁹.

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 travail²⁰.

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* »²¹.

L'évaluation faite du degré d'incapacité permanente de travail ne doit cependant pas consister en une démonstration mathématique rigoureuse²².

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 juge²³. 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 appréciation²⁴.

7.3.2. Le CPAS demande à la cour de fixer le taux d'IPP à 10 % comme le préconise l'expert J. O. et comme l'avait suggéré l'expert S. S..

7.3.3. M.P consacre de longues conclusions à une critique dé cousue, tant du rapport de l'expert S. S. que de l'expert J. O., à travers une multiplication de références à des pièces diverses accompagnées ou non de commentaires énigmatiques, le tout enveloppé dans une structure sans fil conducteur et qui débouche sur une solution sortie de nulle part, à savoir une demande de voir fixer son incapacité permanente à un taux de 100 %.

7.3.4. La cour ne voit en l'espèce aucune raison de s'écarter de l'évaluation proposée aussi bien par l'expert J. O. que par l'expert S. S..

¹⁹ CT Bruxelles, 6^e ch., 2.11.2009, R.G. n°48.916, *J.T.T.*, 2010, p.33

²⁰ v. en ce sens : CT Bruxelles, 6^e ch., 11.12.2017, R.G. n°2015-AB-1170, *terralaboris*

²¹ CT Bruxelles, 6^e ch., 19.2.2007, R.G. n°47.183, *terralaboris*

²² 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

²³ 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

²⁴ V. ainsi CT Bruxelles, 6^e ch., 20.11.2023, R.G. n°2013-AB-991

En effet, la cour note que le taux d'incapacité permanente de 10 % proposé par l'expert J. O. paraît s'accorder adéquatement avec l'ensemble des constatations et circonstances mises en exergue dans son rapport et dans celui de l'expert S. S..

En premier lieu, ce taux repose sur la prise en compte des séquelles suivantes de l'accident du 29.1.2010 :

- un syndrome de douleur chronique, s'exprimant notamment au niveau de la cheville gauche ;
- un tableau anxio-dépressif d'intensité légère.

Ce bilan séquellaire n'est pas contesté par les parties.

En deuxième lieu, les constats suivants des deux experts retiennent plus spécialement l'attention de la cour :

- l'expert S. S. a recensé les plaintes suivantes :
 - o douleurs du talon gauche ressenties dès la mise en charge ;
 - o douleurs de la cheville gauche ressenties à la mobilisation et augmentées à la mise en charge ;
 - o périmètre de marche d'une heure, au-delà, besoin de s'asseoir ou de reporter son poids sur le côté droit si station debout ;
 - o douleurs à la conduite automobile au niveau de la cheville gauche ;
 - o irradiation des phénomènes douloureux à la face externe du mollet gauche en direction du genou gauche ;
 - o douleurs de l'ensemble du rachis vertébral ;
 - o troubles psychologiques ;
- lors de l'examen clinique, l'expert S. S. a aussi noté que :
 - o marche sans boiter ;
 - o marche sur la pointe des pieds et des talons correctement réalisée, mais la marche sur la pointe des pieds est déclarée engendrer une sensation douloureuse à l'arrière de la cheville, tandis que la marche sur les talons est indolore ;
 - o accroupissement et agenouillement complets, mais phénomènes douloureux déclarés au niveau de la cheville gauche ;
- l'expert S. S. résume ainsi la situation sur le plan fonctionnel, après avoir pris soin de souligner qu'il n'était pas tenu par l'avis de la Commission des pensions (pour lui, il n'apparaît pas que cette instance disposait des résultats des avis des sapiteurs obtenus dans le cadre de l'expertise et sa décision n'a donc pas été prise en connaissance de cause) :
 - o il n'y a « *pas de mouvements, gestes, positions du corps, déplacements, situations, travaux ou autres démarches qui sont devenus impossibles des suites du fait accidentel* » ;
 - o limitation de mobilité de la cheville gauche de 3% en flexion dorsale et de 10% en inversion ;

- M.P décrit une augmentation des phénomènes douloureux après une heure de marche ;
- l'agenouillement maintenu est réputé engendrer des phénomènes douloureux de la cheville gauche, mais il n'y a aucune limitation de mouvements lors de l'accroupissement ou de l'agenouillement ;
- l'expert J. O. a recueilli les plaintes suivantes :
 - douleur au niveau de la cheville gauche qui irradie vers le pied et le genou en cas d'effort (parfois même, la douleur irradie jusqu'à la hanche ou au dos) ;
 - « douleurs généralement discrètes », mais qui « augmentent nettement après une heure de marche » ;
 - céphalées fréquentes ;
 - mauvais sommeil en raison des douleurs ;
 - ressenti d'épuisement et de fatigue ;
 - souffre parfois de crises d'angoisse (« se sent mal à l'intérieur », « impression de bouillonner », ruminations et idées négatives, ressentiments à l'égard de l'assureur, peur de devoir retourner en psychiatrie) ;
- à l'occasion de son examen clinique, l'expert J. O. a aussi observé que :
 - la marche sur les trois modes se fait de manière normale ;
 - la station monopodale est bien tenue des deux côtés ;
 - le sautiller est déclaré impossible ;
 - l'accroupissement est complet et symétrique ;
 - l'agenouillement, avec manœuvre « fesses-talons » est également complet et symétrique ;
 - sur le plan de la mobilité des chevilles : l'articulation sous-astragalienne est souple à droite. Elle est légèrement enraidie à gauche, avec phénomène de craquements. En revanche, les articulations médiotarsiennes sont souples de manière bilatérale.
- l'expert J. O. résume brièvement la situation sur le plan fonctionnel comme suit :
 - M.P garde des douleurs au niveau de la cheville (gauche), dont la mobilité a relativement bien récupéré ;
 - ces douleurs entrent dans le cadre d'un syndrome de douleur chronique, auquel s'ajoute un tableau anxio-dépressif d'intensité légère.
- selon le Docteur L., saphiteur neuropsychiatre, le syndrome anxiodépressif est d'intensité légère, il est réactionnel à l'état somatique de M.P, plus précisément, M.P « évoque surtout à la question des plaintes son état à type de syndrome douloureux depuis 2010 »²⁵.

En troisième lieu et pour finir, si la cour associe ces données d'ordre fonctionnel au profil socio-professionnel de M.P précisé *supra* au point 2 (en synthèse, victime âgée de 47 ans à la

²⁵ Rapport provisoire d'expertise du Docteur J. O. du 9.3.2022, p. 18

date de consolidation, diplômée de l'enseignement secondaire supérieur général, graduée en ergothérapie, carrière professionnelle menée exclusivement dans le métier d'ergothérapeute dans le milieu des maisons de repos, facultés de réadaptation et de rééducation professionnelles réelles toujours mobilisables à cet âge, sous réserve des contraintes limitées liées à son état douloureux chronique et à son état anxio-dépressif léger, fléchissement de sa capacité de concurrence compensé au moins en partie par l'expérience professionnelle générale acquise tant dans son domaine d'activité que dans le milieu du travail) et si la cour superpose l'ensemble au marché général de l'emploi de M.P dont l'accès paraît préservé, nonobstant la décision de mise à la retraite anticipée (aucun des deux experts ne formule de contre-indication et il est également affirmé qu'il n'y a pas de mouvements, gestes, positions du corps, déplacements, situations, travaux ou autres démarches qui sont devenus impossibles pour M.P), la cour juge que le taux d'IPP de 10 % suggéré par les deux experts traduit raisonnablement la perte de valeur économique de M.P sur ce marché.

M.P n'y oppose aucune contradiction pertinente. Sur interpellation à l'audience, elle n'avance aucun élément convaincant pour soutenir sa prétention d'une incapacité permanente totale.

Le jugement *a quo* sera par conséquent confirmé en ce qu'il fixe le taux d'IPP à 10 %.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR DU TRAVAIL,

Statuant après un débat contradictoire ;

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

En conséquence, dit pour droit que les indemnités et rentes dues à Madame A. P. à la suite de l'accident du travail du 29.1.2010 devront être calculées en tenant compte des éléments d'indemnisation suivants :

- incapacité temporaire totale :
 - o du 29.1.2010 au 25.11.2011 ;
 - o du 29.2.2012 au 31.3.2012 ;
 - o du 4.4.2017 au 20.5.2017 ;
- date de consolidation : le 26.11.2011 ;
- incapacité permanente de travail de 10 % ;

Confirme le jugement *a quo* pour le surplus ;

En application de l'article 26 de l'arrêté royal du 13.7.1970, condamne le CPAS de Watermael-Boitsfort au paiement des dépens d'appel de Madame A. P. liquidés à :

- 218,67 €, en ce qui concerne l'indemnité de procédure ;
- 7.905,94 €, sous déduction de 1.500 € de provision, au titre des frais et honoraires d'expertise dus au Docteur J. O. et déjà taxés par ordonnance du 31.1.2023 ;

Cet arrêt est rendu et signé par :

C. A., conseiller,
J. E., conseiller social au titre d'employeur,
A. L., conseiller social au titre d'ouvrier désigné par une ordonnance 321 CJ du 13.5.2024 (rép. 2024/1223),
Assistés de A. L., greffier,

A. L., A. L., J. E., C. A.,
et prononcé, à l'audience publique extraordinaire de la 6^e chambre de la cour du travail de Bruxelles, le 12 août 2024, où étaient présents :

C. A., conseiller,

A. L., greffier,

A. L.

C. A.