



Numéro du répertoire 2017 /
R.G. Trib. Trav. RG 10/976/A
Date du prononcé 20 mars 2017
Numéro du rôle 2016/AL/150
En cause de : AG INSURANCE S.A. C/ D. D.

Expédition

Délivrée à Pour la partie
le € JGR

N° d'ordre

Cour du travail de Liège

Division Liège

Troisième chambre

Arrêt

Accident du travail – extension de demande (art. 807 du Code judiciaire) – allocation d'aggravation – aggravation commencée pendant le délai de révision
--

EN CAUSE :

AG INSURANCE S.A., dont le siège social est établi à 1000 BRUXELLES, Boulevard Emile Jacqmain, 53, inscrite à la Banque Carrefour des Entreprises sous le numéro 0404.494.849, partie appelante,
comparaissant par Maître Claire CORNEZ qui remplace Maître Vincent DELFOSSE, avocats à 4000 LIEGE, Rue Beeckman, 45.

CONTRE :

Monsieur D. D., domicilié à
ci-après M. D., partie intimée,
comparaissant par Maître Olivier EVRARD qui remplace Maître BODEN François, avocats à 4020 LIEGE, quai Marcellis, 13.

•
• •

Vu en forme régulière les pièces du dossier de la procédure à la clôture des débats le 20 février 2017, notamment :

- le jugement attaqué, rendu contradictoirement entre parties le 28 octobre 2015 par le tribunal du travail de Liège, division Huy, 7^e chambre (R.G. : RG 10/976/A);

- la requête formant appel de ce jugement, reçue au greffe de la Cour le 8 mars 2016 et notifiée à l'intimé le lendemain par pli judiciaire ;

- le dossier de la procédure du tribunal du travail de Liège, division Huy, reçu au greffe de la Cour le 15 mars 2016 ;

- les conclusions de l'intimé entrées au greffe de la Cour les 27 juin et 27 septembre 2016 ;

- les conclusions de l'appelante entrées au greffe de la Cour les 24 août et 21 octobre 2016 ;

- l'ordonnance de fixation prise sur base de l'article 747 du Code judiciaire le 4 mai 2016 et notifiée par plis simples aux parties et à leur conseil le 9 mai 2016, fixant la cause à l'audience publique de la 3^e chambre du 20 février 2017,

- le dossier de l'intimé et celui de l'appelante déposés tous deux à l'audience du 20 février 2017 ;

Entendu les conseils des parties en leurs explications à l'audience publique du 20 février 2017.

•
• •

I. FAITS ET ANTECEDENTS DE LA PROCEDURE

M. D. est né le 1968. Le 23 janvier 2003, il a été victime d'un accident du travail en portant des vitrages (douleur lombaire puis dos bloqué – les examens ont révélé une discopathie protrusive L5/L5). Il a été en incapacité de travail totale du 24 janvier 2003 au 30 mars 2003 et du 17 mai 2006 au 16 juin 2006. La date de consolidation retenue est le 31 mars 2003. Le taux d'incapacité permanente partielle qui lui a été reconnu est de 5%. Ces éléments, et d'autres, parmi lesquels les salaires de base, ont été entérinés par le Fonds des accidents du travail le 5 février 2007.

Le 29 avril 2009, M. D. a écrit par recommandé à Fortis, compagnie d'assurance-loi de son employeur, pour lui signaler qu'il a fait une rechute le 3 mars 2009 et qu'il demande son accord pour des séances de kinésithérapie. Il ressort des conclusions du rapport d'expertise que l'employeur de M. D. avait refusé de relayer auprès de sa compagnie d'assurances ce qui s'est déroulé du 3 mars 2009.

Fortis a dans un premier temps (lettre du 3 juin 2009 figurant en annexe 59 du rapport d'expertise) accusé réception d'un certificat médical de rechute en incapacité de travail et indiqué qu'il demandait l'avis d'un médecin-conseil de la compagnie.

Par une lettre du 10 juin 2009, la compagnie (cette fois-ci avec une lettre à l'en-tête d'AG Insurance) a refusé la prise en charge de cette rechute et informé M. D. qu'en cas de désaccord, il lui était loisible de former un recours devant le Tribunal du travail de Huy au moyen d'une requête contradictoire dans un délai de 3 ans qui suivent la notification de ce refus.

Deux lettres de M. D. datées du 19 octobre 2009 figurent au dossier.

Dans la première, réceptionnée par la compagnie le 21 octobre 2009, M. D. indique être toujours en incapacité de travail depuis ce qu'il qualifie de rechute du 3 mars 2009. Il poursuit en disant que s'il ne s'agit pas d'une rechute, c'est un nouvel accident du travail.

Dans la deuxième, il précise que la mutuelle estime qu'il s'agit d'un accident du travail et qu'il n'a pas reçu de nouvelles suite à sa déclaration. Il ajoute qu'il n'était pas seul lors de l'accident sur le chantier, mais avec son chef.

Le 11 décembre 2009, le syndicat de M. D. invite une nouvelle fois la compagnie à revoir sa position en joignant une attestation médicale. Il se réfère à un courrier émanant de la compagnie du 3 novembre 2009 que la Cour n'aperçoit pas au dossier.

Le 29 octobre 2010, M. D. a contesté la décision du 10 juin 2009. Il demandait dans son dispositif la désignation d'un médecin expert pour « déterminer les conséquences de l'accident de travail dont <il> a été victime le 23 janvier 2003, et plus particulièrement si l'incapacité totale de travail dont <il> est victime depuis le 3 mars 2009 devait être considéré comme une rechute consécutive à cet accident du travail du 23 janvier 2003 ».

Par son jugement du 23 février 2011, le Tribunal a dit la demande recevable et désigné un expert (le Dr Jeandrain) afin de l'éclairer, en substance, sur la durée de l'incapacité temporaire totale, la durée des diverses incapacités temporaires partielles, le taux de ces diverses incapacités, le taux de ces diverses incapacités et la date de consolidation, mais aussi sur une actuelle incapacité physiologique et sur son impact sur la capacité de gain de M. D. Ce jugement n'a pas été frappé d'appel.

L'expertise a connu quelques péripéties. En effet, AG Insurance a mis en cause le libellé de la mission d'expertise dès le 3 mars 2011. Le 5 avril 2011, AG a suggéré une modification de la mission, visant à remplacer la mission confiée par le Tribunal par la suivante : « Dire si

l'incapacité totale subie par le demandeur D. et débutant le 3 mars 2009 est imputable aux lésions encourues par l'intéressé lors de son accident du 23 janvier 2003 et dans l'affirmative, déterminer les taux et la durée de cette ou de ces incapacités temporaires ». M. D. a marqué son accord sur cette modification le 13 avril 2011.

L'expert a commencé son examen sur la base de cette mission adaptée.

Toutefois, il s'est avéré au cours de la deuxième séance d'expertise qui s'est tenue le 22 novembre 2011 que les médecins-conseils s'interrogeaient sur la mission exacte de l'expert telle que définie par les parties (ou plus précisément leurs conseils). Après avoir rappelé l'existence d'un accord-indemnité qui fixe un taux d'incapacité permanente partielle de 5%, l'expert note ce qui suit (p. 13 du rapport) : « Comment faut-il comprendre la mission nouvellement formulée puisque nous sommes en dehors de la période de révision ? Chaque médecin va interroger son avocat, lequel informera l'expert de la portée exacte de sa mission ». Le dossier ne contient pas de réponse à cette question.

Le 26 septembre 2012, M. D. a écrit à la compagnie en revenant sur la question soulevée par l'expert : « Comme vous le savez, M. D. a subi une nouvelle intervention chirurgicale réalisée le 26 juillet 2011. Il nous semble donc que le Dr Jeandrain doit également se prononcer sur l'imputabilité de l'intervention chirurgicale en date du 26 juillet 2011 à l'accident du travail du 23 janvier 2003. En outre, il nous semble que le Dr Jeandrain doit également se prononcer sur une éventuelle aggravation de l'état séquellaire suite à cette intervention. Pouvons-nous étendre la mission de l'expert judiciaire à ces deux points ? »¹. En l'absence de réponse, M. D. a adressé un rappel à son adversaire le 12 novembre 2013.

Les conclusions définitives ont été déposées au greffe du Tribunal du travail de Huy le 6 novembre 2013, après analyse des notes de faits directoires des deux parties. Elles répondent à la mission initialement confiée par le Tribunal.

L'expert a estimé, en substance, que l'incapacité totale de travail de M. D. qui a débuté le 3 mars 2009 est imputable aux lésions encourues par celui-ci lors de son accident du 23 janvier 2003, que l'incapacité a débuté le 3 mars 2009 et s'est prolongée jusqu'au 28 février 2013, qu'il n'y a pas eu de période d'incapacité à taux partiel et que la consolidation de l'état de M. D. est fixée au 1^{er} mars 2013. Il a estimé l'incapacité physiologique à la date de consolidation à 15% et la répercussion défavorable sur la capacité économique de M. D. à 25%. L'expert a indiqué ne s'être référé à aucun barème et a listé les médicaments qui ont été nécessaires et ceux qui le seront encore.

¹ Ainsi que cela a été acté au procès-verbal de l'audience, les deux parties ont marqué leur accord sur le dépôt de courriers d'avocat à avocat.

AG Insurance a fermement contesté le rapport d'expertise, d'une part au motif qu'il aurait outrepassé sa mission et d'autre part au motif que le rapport serait émaillé de problèmes qui rendent strictement impossible son entérinement. La compagnie demande dès lors d'écarter les conclusions et de désigner un nouvel expert avec la mission telle qu'il avait entendu la corriger.

M. D. a demandé de dire sa demande recevable et fondée, d'entériner le rapport d'expertise du Dr Jeandrain et de condamner AG Insurance à lui verser les indemnités dues suite à l'accident du travail du 23 janvier 2003 et ce conformément aux conclusions du rapport d'expertise du Dr Jeandrain.

Au terme d'un jugement particulièrement étayé, qui estime la demande en aggravation formée par M. D. recevable, le Tribunal a dit la demande fondée, entériné le rapport d'expertise, dit que l'incapacité totale de travail de M. D. qui a débuté le 3 mars 2009 est imputable aux lésions encourues par celui-ci lors de son accident du 23 janvier 2003, dit que l'incapacité temporaire totale a débuté le 3 mars 2009 et s'est prolongée jusqu'au 28 février 2013, qu'il n'y a pas de période d'incapacité à taux partiel, que la consolidation de l'état de M. D. est fixée au 1^{er} mars 2013, que l'état de M. D. s'est modifié dans le sens d'une aggravation, qu'il persiste à la date de consolidation une incapacité physiologique de 15% et que cette incapacité physiologique a une répercussion défavorable sur la capacité économique de M. D. évaluée à 25%. Le jugement énumère les soins médicaux qui ont été nécessaires et qui le restent et condamne AG Insurance à payer à M. D. les indemnités et allocations auxquelles il peut prétendre pour son incapacité temporaire totale et son incapacité permanente partielle aggravée, sous déduction de celles qui auraient déjà été réglées à ce jour, augmentées des intérêts au taux légal depuis les différentes dates d'exigibilité. Il condamne également la compagnie aux frais et honoraires de l'experts, taxés à la somme de 4.980,39 € et aux dépens liquidés dans le chef de M. D. à la somme de 240,50€, étant l'indemnité de procédure.

AG Insurance a interjeté appel de ce jugement du 28 octobre 2015 par une requête du 8 mars 2016.

II. OBJET DE L'APPEL DES PARTIES

II.1. Demande et argumentation de AG Insurance

AG Insurance demande de dire l'appel recevable et fondé, de constater que M. D. n'a jamais étendu sa demande sur pied de l'article 807 <du Code judiciaire> et réformer le jugement en ce qu'il la condamne à prendre en charge des indemnités d'incapacité permanente sur base d'un taux de 25%, de dire pour droit que la seule mission qui était impartie à l'expert était de, conformément à l'accord intervenu entre les parties « dire si l'incapacité totale subie par M. D. et débutant le 3 mars 2009 est imputable aux lésions encourues par l'intéressé lors de son accident du 23 janvier 2003 et dans l'affirmative de déterminer les taux et la durée de cette ou de ces incapacités temporaires ». La compagnie demande également de constater que l'expert n'a pas valablement répondu à sa mission et désigner un nouvel expert chargé précisément de la mission telle que modifiée par les parties, et enfin de réserver à statuer pour le surplus.

A l'appui de ces demandes, AG Insurance fait valoir que la demande originaire était circonscrite à la prise en charge de la rechute alléguée et non sur une éventuelle aggravation de l'incapacité permanente et qu'aucune extension de demande n'a jamais été formulée de ce chef, de telle sorte que le Tribunal ne pouvait statuer en ce sens. Quand bien même cette demande aurait-elle été formulée, une demande en révision aurait été tardive et une demande en aggravation non fondée dès lors que l'aggravation revendiquée est antérieure à la prise de cours du délai de révision.

Elle expose ensuite que c'est à tort que l'expert a exécuté la mission libellée par le Tribunal et non celle sur laquelle les parties s'étaient mises d'accord.

Elle estime par ailleurs que le lien causal entre la rechute alléguée et l'accident n'est pas démontré et que M. D. lui-même a évoqué d'autres causes à l'origine de cette maladie, dont un possible accident du travail en mars 2009 qui serait à l'origine des séquelles évoquées.

II.2. Demande et argumentation de M. D.

M. D. demande de dire l'appel recevable mais non fondé, de dire sa demande originaire recevable et fondée, de confirmer le jugement dont appel et de condamner la partie appelante aux dépens liquidés à 262,37 € pour la procédure de première instance et 349,80 € pour la procédure d'appel.

M. D. estime que le rapport d'expertise est clair, précis et circonstancié et qu'il y a lieu de l'entériner. Il rappelle que l'expert a demandé confirmation de la modification de sa mission sans jamais obtenir de réponse mais que lui-même a souhaité en fin de parcours d'expertise élargir à nouveau sa saisine. Il rappelle que l'expertise a été faite de façon scrupuleuse et contradictoire, a débouché sur un rapport à son estime plus que complet et que l'expert a répondu aux faits directoires. Il se réfère pour le surplus aux motifs des premiers juges.

III. LA DECISION DE LA COUR

III. 1. Recevabilité de l'appel

Il ne ressort pas des pièces du dossier que le jugement attaqué ait été signifié. L'appel a été introduit dans les formes et délai légaux. Les autres conditions de recevabilité sont également réunies. L'appel est recevable.

III.2. Fondement

Saisine de la Cour

La Cour observe que le dispositif des conclusions de synthèse d'appel d'AG INSURANCE vise dans un premier temps à réduire la portée de l'arrêt en ce qu'il la condamne à prendre en charge des indemnités d'incapacité permanente aggravée (ce qui implique a contrario que la partie du jugement qui aboutit à la condamner à prendre en charge la rechute débutant le 3 mars 2009 ne serait pas contestée) mais demande dans un second temps la désignation d'un nouvel expert avec une mission limitée à la prise en charge de cette rechute.

La Cour en déduit que c'est l'ensemble du jugement qui est attaqué, tant pour ce qui concerne la prise en charge de la rechute que pour ce qui concerne une allocation.

Objet de l'action initiale – extension de demande

En vertu de l'article 807 du Code judiciaire, applicable en degré d'appel en vertu de l'article 1042 du même Code, la demande dont le juge est saisi peut être étendue ou modifiée, si les

conclusions nouvelles, contradictoirement prises, sont fondées sur un fait ou un acte invoqué dans la citation, même si leur qualification juridique est différente.

Certes, M. D. a initialement limité son recours à la prise en charge d'une rechute et non à la reconnaissance d'une révision ou d'une aggravation.

La lecture de l'acte introductif d'instance du 29 octobre 2010 révèle que M. D invoque un accident de travail reconnu du 23 janvier 2003 et une incapacité de travail ininterrompue depuis le 3 mars 2009 imputable à cet accident. La mission d'expertise qu'il suggérait visait à « déterminer les conséquences de l'accident de travail dont <il> a été victime le 23 janvier 2003, et plus particulièrement si l'incapacité totale de travail dont <il> est victime de puis le 3 mars 2009 doit être considérée comme une rechute ». M. D. a de la sorte placé le débat sur le terrain de la dégradation globale de son état de santé suite à l'accident du travail du 23 janvier 2003, même s'il invoque « plus particulièrement » une rechute

M.D. a postulé dans ses conclusions après expertise du 2 mars 2015 l'entérinement du rapport d'expertise et par voie de conséquence la condamnation de la compagnie d'assurances à lui verser les indemnités dues suite à l'accident du travail du 23 janvier 2003 *et ce conformément aux conclusions du rapport d'expertise du Dr Jeandrain*. Or, ce rapport d'expertise venait de se prononcer non seulement sur l'imputabilité de la rechute survenue en mars 2009 mais aussi sur la détérioration de l'état de santé de M. D. des suites de l'accident en fixant une nouvelle IPP, plus élevée, et une nouvelle date de consolidation. Ces conclusions devaient dès lors s'interpréter non seulement comme une demande de prise en charge de la rechute mais aussi comme une demande en révision ou en aggravation.

Comme la requête originaire visait les conséquences de l'accident dans leur ensemble, même si la rechute était spécifiquement mise en avant, il n'est pas certain que formuler une demande en révision ou en aggravation par la suite soit une extension de la demande.

A supposer même que cela soit le cas, c'est une extension légitime au regard de l'article 807 du Code judiciaire.

M. D. a invoqué sans équivoque la problématique de son état de santé suite à l'accident du travail du 23 janvier 2003 dans son acte introductif d'instance. En indiquant dans sa requête que l'incapacité pour laquelle il demandait « plus particulièrement » une indemnisation était constitutive d'une rechute, M. D. donnait une qualification juridique aux faits invoqués. Ceci ne l'empêchait pas, dans le cours du procès, d'étendre ou de modifier sa demande en la fondant sur les mêmes faits, qualifiés autrement.

C'est valablement que M. D. a, toujours en invoquant son incapacité de travail découlant de l'accident du travail du 23 janvier 2003, formulé après expertise une demande d'indemnités conformément au rapport d'expertise qui constituait implicitement mais certainement une extension de l'objet initial de la demande.

Bien entendu, il convient à présent d'examiner la recevabilité et le fondement de cette demande implicite de révision ou d'aggravation.

Demande en révision

En vertu de l'article 72 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, la demande en révision des indemnités, fondée sur une modification de la perte de capacité de travail de la victime (...) dû aux conséquences de l'accident, peut être introduit dans les trois ans qui suivent la date (...) de l'entérinement de l'accord entre les parties (...).

L'extension de la demande est survenue par des conclusions après expertise du 2 mars 2015. Or, le FAT a entériné le 5 février 2007 l'accord-indemnité intervenu entre les parties.

La délai de 3 ans prévu par la loi est un délai de forclusion et il ne peut être ni interrompu, ni suspendu².

La demande en révision a été introduite tardivement devant le Tribunal, elle ne peut être examinée. Le jugement n'est pas arrivé à une autre solution en son point 7.

Demande en aggravation

Conformément à l'article 9, alinéa 1er, de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 relatif aux allocations accordées dans le cadre de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, une allocation d'aggravation est accordée à la victime dont l'état résultant de l'accident du travail s'aggrave de manière définitive après l'expiration du délai visé à l'article 72 de la loi du 10 avril 1971, pour autant que le taux d'incapacité de travail après cette aggravation soit de 10 p.c. au moins.

Cette demande est dès lors recevable.

² Cass., 13 mai 2002, www.juridat.be.

Néanmoins, l'allocation d'aggravation suppose que l'état de la victime s'aggrave de manière *définitive après* l'expiration du délai de 3 ans propre à la révision. En l'espèce, ce délai de révision expirait le 5 février 2010 et l'incapacité totale a pris cours le 3 mars 2009. AG Insurance en déduit lapidairement que la demande en aggravation devrait être déclarée non fondée dès lors que l'aggravation revendiquée est antérieure à la prise de cours³ du délai de révision. Elle se réfère à un arrêt de notre Cour, autrement composée, allant dans ce sens.

Il existe toutefois un courant doctrinal⁴ et jurisprudentiel⁵ en sens contraire, qui se réfère à un arrêt de la Cour de cassation du 12 décembre 2005. Ce courant considère que l'allocation d'aggravation peut également être allouée pour une aggravation déjà présente durant le délai de révision, mais qui devient définitive après l'expiration de ce délai.

Dans la mesure où l'extrait de l'arrêt de cassation⁶ qui est généralement cité à l'appui de ce point de vue rejette un moyen parce qu'il manque en fait, notre Cour doute qu'on puisse prêter à la jurisprudence de la Cour de cassation la portée qu'on lui donne.

Néanmoins, avec la Cour du travail de Bruxelles, notre Cour considère que pour que la demande d'aggravation soit fondée, il suffit que l'aggravation ait acquis son caractère définitif après le délai de révision, quand bien même l'évolution se serait amorcée pendant ce délai. Il s'agit donc de vérifier si l'aggravation s'est consolidée à un moment où l'action en révision ne pouvait plus être introduite. Cette interprétation est conforme au texte de l'article 9 et évite qu'en cas d'évolution initiée pendant le délai de révision mais qui n'est pas encore stabilisée à son échéance, la victime doive impérativement introduire une action en révision sans savoir si l'évolution débouchera sur un nouveau taux d'incapacité permanente⁷.

Tel est bien le cas en l'espèce : l'aggravation invoquée par M. D., si elle a débuté le 3 mars 2009, s'est consolidée le 1^{er} mars 2013, soit après l'expiration du délai de révision. C'est dès lors à juste titre que les premiers juges ont déclaré recevable et fondée la demande d'allocation d'aggravation et condamné AG Insurance à payer à M. D. les indemnités et allocations auxquelles il peut prétendre pour son incapacité permanente partielle aggravée

³ *Sic*, mais il s'agit sans doute d'une erreur matérielle, la compagnie ayant entendu viser l'expiration du délai.

⁴ V. ELIAS, « Chapitre 8. La procédure en révision et l'allocation d'aggravation », in Justice et Dommage corporel, Bruxelles, Larcier, 2011, p. 115, N. Simar, note sous Cass., 12 décembre 2005, *J.L.M.B.*, 2006, p. 680., qui semble considérer que cet arrêt règle la question dans un sens qu'il critique, L. VAN GOSSUM, N. SIMAR et M. STRONGYLOS, « Les accidents du travail », Bruxelles, Larcier, 2013, p.153

⁵ C. Trav. Mons, 5 mars 2007, RG 19.883, http://www.terralaboris.be/IMG/pdf_2007_03_05_-_19883.pdf

⁶ Cass., 12 décembre 2005, *J.L.M.B.*, 2006, p. 672.

⁷ Voy. C. Trav. Bruxelles, 7 septembre 2009, RG 50.771, *inédit*.

(après avoir rejeté les griefs nourris à l'égard du rapport d'expertise, comme la Cour va le faire dans un instant).

Portée du rapport d'expertise

La mission a dans un premier temps été réduite par les parties. Toutefois, l'expert – qui relate que ce sont les médecins-conseils qui ont été interpellés par le nouveau libellé – a souhaité obtenir des assurances complémentaires qu'il n'a jamais eues.

Pour ce motif, c'est à juste titre qu'il a exécuté la mission telle qu'elle lui a été confiée. La Cour fait siennes les considérations du premier juge à cet égard du 3ème paragraphe de la page 9 au 5ème paragraphe de la page 10 du jugement entrepris.

En outre, M. D. est revenu sur cet accord en cours d'expertise puisqu'il a le 26 septembre 2012 sollicité l'extension de la mission de l'expert sur l'imputabilité de l'intervention chirurgicale réalisée le 26 juillet 2011 et sur l'éventuelle aggravation de l'état séquellaire suite à cette intervention. Ce faisant, il demandait somme toute à revenir à une mission très proche de la mission initiale. Il est regrettable que son adversaire n'ait jamais pris position à cet égard.

Mérites du rapport d'expertise

AG Insurance adresse plusieurs reproches au rapport d'expertise.

Elle estime qu'il n'y a aucune démonstration médicale à l'appui de l'affirmation selon laquelle la rechute alléguée par M. D. serait en lien causal avec l'accident « de 2009 » (la Cour suppose qu'il s'agit d'une faute de frappe et que c'est l'accident du 23 janvier 2003 qui est visé). Elle reproche aussi à l'expert de contredire son médecin-conseil.

Il est dans la nature d'une expertise de donner tort à l'une des parties. En l'espèce, il suffit à la Cour de lire les pages 37 et 38 du rapport pour se convaincre que l'expert a bel et bien médicalement démontré la relation causale entre la rechute de M. D. et l'accident de 2003, et de façon particulièrement nette, tout en rencontrant les arguments du médecin conseil de la compagnie.

La compagnie soulève que M. D. aurait lui-même évoqué d'autres causes à l'origine de son incapacité. La Cour ne dispose d'aucune pièce sur une demande en indemnisation

d'une maladie professionnelle et un supposé refus, de telle sorte que l'argument que AG Insurance tire d'affirmations non étayées relève de la pure spéculation. Quant à l'affirmation que M. D. aurait invoqué un phénomène maladif, elle semble reposer sur des déclarations faites au médecin conseil de la compagnie avant l'introduction de la procédure en l'absence de tout témoin et de toute pièce probante.

Au demeurant, quand bien même M. D. présenterait un phénomène d'usure physique en raison d'un travail lourd, la Cour n'aperçoit pas en quoi cela ferait obstacle à l'indemnisation de l'aggravation des séquelles d'un accident du travail, par hypothèse en lien causal avec celui-ci.

AG Insurance reproche également à M. D. d'avoir évoqué la survenance d'un événement soudain le 3 mars 2009. Ce fait est loin d'être récent puisque dès le 19 octobre 2009, M. D. écrivait à AG que « si ce n'est pas une rechute, c'est un nouveau accident du travail ».

La Cour ne s'explique pas que la compagnie, si elle estimait ce fait tellement pertinent, n'ait pas réagi immédiatement et invité M. D. à faire une déclaration d'accident de travail ou à tout le moins à insister auprès de son employeur pour qu'il le fasse.

L'attitude de M. D. s'explique par le désarroi d'un homme que sa mutuelle renvoie à la compagnie d'assurances, laquelle refuse de l'indemniser, et qui se préoccupe peu de savoir quelle qualification juridique sera donnée à son état pourvu qu'il soit indemnisé. Aucun élément matériel ne permet d'arriver à la conclusion qu'un nouvel accident du travail a eu lieu.

Enfin, la Cour ne voit pas en quoi l'expert aurait outrepassé son rôle et tranché des questions juridiques qui ne relevaient pas de ses compétences.

La Cour partage le point de vue du Tribunal, exprimé aux pages 11 (à partir du 3^{ème} paragraphe) et 12 (deux premiers paragraphes) du jugement et estime comme lui qu'en tout état de cause, ces circonstances ne sont pas de nature à voir écarter le rapport d'expertise.

C'est à juste titre que le Tribunal a estimé pouvoir entériner le rapport d'expertise, sous réserve de l'usage qu'il sera possible d'en faire en fonction du fondement d'une demande en aggravation.

III.3. Les dépens

Les dépens doivent être mis à charge de AG Insurance en application de l'article 68 de loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

En l'espèce, la Cour considère que l'action a pour objet de fixer un pourcentage d'incapacité destiné à calculer une rente, soit une demande, à ce stade, non évaluable en argent. En effet, comme l'écrit la doctrine, pour qu'une affaire soit évaluable en argent, il ne suffit pas que le montant de la demande puisse être évalué ou estimé, il faut encore qu'il soit spécialement liquidé dans le dispositif de la demande⁸.

En application de l'article 4 de l'arrêté royal du 26 octobre 2007 fixant le tarif des indemnités de procédure visées à l'article 1022 du Code judiciaire et fixant la date d'entrée en vigueur des articles 1er à 13 de la loi du 21 avril 2007 relative à la répétibilité des honoraires et des frais d'avocat, l'indemnité de procédure doit être liquidée à 174,94€, soit le montant de base pour les demandes non évaluables en argent. Concernant la première instance, il n'y a pas de motif d'accorder plus que ce que les premiers juges ont octroyé et la Cour n'est pas saisie d'une demande visant à octroyer moins.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

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

après en avoir délibéré et statuant publiquement et contradictoirement,

- Dit l'appel recevable et non fondé
- Condamne AG Insurance aux dépens, liquidés à la somme de 174,94 €.

⁸ H. BOULARBAH, « Les frais et les dépens, spécialement l'indemnité de procédure », *Actualités du droit judiciaire*, CUP 145, Bruxelles, Larcier, 2013, p. 373, n° 36.

Ainsi arrêté et signé avant la prononciation par Madame, Messieurs

Katrin STANGHERLIN, Conseillère faisant fonction de Présidente,
Jean-Paul LHOEST, Conseiller social au titre d'employeur,
Bernard WANSART, Conseiller social au titre d'employé,
qui ont participé aux débats de la cause,
assistés de Sandrine THOMAS, greffier,
lesquels signent ci-dessous excepté Monsieur Jean-Paul LHOEST, Conseiller social au titre
d'employeur, qui se trouve dans l'impossibilité de le faire conformément à l'article 785,
alinéa 1^{er} du code judiciaire,

le Greffier,

le Conseiller social,

la Présidente,

ET PRONONCÉ en langue française et en audience publique de la 3^e Chambre de la Cour du
travail de Liège, division Liège, au Nouveau Palais de Justice de Liège (aile sud), place Saint-
Lambert, 30, à Liège, le vingt mars deux mille dix-sept,
par Madame Katrin STANGHERLIN, Conseillère faisant fonction de Présidente,
assistée de Madame Sandrine THOMAS, Greffier, qui signent ci-dessous :

le Greffier,

la Présidente,