



Numéro du répertoire	du
2022 /	
R.G. Trib. Trav.	
407.937	
Date du prononcé	
8 juin 2022	
Numéro du rôle	
2017/AL/469	
En cause de :	
R. C/ FEDRIS, Agence Fédérale des Risques Professionnels	

Expédition

Délivrée à Pour la partie
le
€
JGR

Cour du travail de Liège

Division Liège

CHAMBRE 3-C

Arrêt

ACCIDENTS DE TRAVAIL, MALADIES PROFES. - fonds maladies professionnelles

Arrêt contradictoire

Définitif

* Risques professionnels - Maladie professionnelle - Code 1.606.22 et/ou hors liste - retour d'expertise contestée : exposition aux risques - Méthode OCRA
Arrêt du 10.10.2018 ordonnant un complément d'expertise avec mission de faire appel à un sapiteur indépendant
Retour nouvelle expertise contestée : maladie professionnelle - délai entre la fin de l'exposition au risque et l'objectivation de l'atteinte

EN CAUSE :

Monsieur R., domicilié à
ci-après Monsieur R., partie appelante,
comparaissant par monsieur _____, délégué syndical, porteur de procuration

CONTRE :

L'AGENCE FÉDÉRALE DES RISQUES PROFESSIONNELS, en abrégé FEDRIS, BCE 0206.734.318,
dont les bureaux sont établis à 1210 BRUXELLES, Avenue de l'Astronomie, 1,
partie intimée,
comparaissant par Maître Laetitia ROMAIN qui substitue Maître Dominique DRION, avocat à
4000 LIEGE, Rue Hullos 103-105

•

• •

Vu en forme régulière les pièces du dossier de la procédure à la clôture
des débats le 11 mai 2022, notamment :

- l'arrêt interlocutoire du 10 octobre 2018 ordonnant une mesure d'expertise et désignant le Dr Jacques PEETERS ;
- le refus d'acceptation de sa mission par le Dr PEETERS remis au greffe le 19 octobre 2018 ;
- l'ordonnance du 9 novembre 2018 désignant le Dr RIBBENS ;
- l'acceptation de sa mission par le Dr RIBBENS remise au Greffe de la Cour le 3 décembre 2018 ;

- l'ordonnance du 13 mars 2019 basée sur l'article 988 du Code judiciaire ;
- le rapport préliminaire de l'expert remis au greffe le 25 septembre 2019 ;
- le rapport définitif et l'état d'honoraires et frais de l'expert remis au greffe le 13 décembre 2019 ;
- l'ordonnance du 21 janvier 2020 taxant les honoraires et frais de l'expert ;
- la demande de fixation sur pied de l'article 747 § 2 du Code judiciaire de la partie appelante, remise au greffe de la Cour le 12 janvier 2021 et notifiée à la partie intimée le 13 janvier 2021 ;
- l'ordonnance de fixation prise sur base de l'article 747 du Code judiciaire le 10 mars 2021 et notifiée par plis simples aux conseils des parties le 12 mars 2021, fixant la cause à l'audience publique de la chambre 3-C du 13 octobre 2021;
- Les conclusions de la partie appelante remises au greffe le 4 mai 2021 ;
- le procès-verbal d'audience du 13 octobre 2021 actant une remise pour l'audience du 11 mai 2021 ;
- les conclusions de la partie intimée remises au greffe le 5 avril 2022 ;
- Les conclusions de la partie appelante remises au greffe le 25 avril 2022 ;

Dans le cadre de débats repris *ab initio*, les parties ont été entendues en leurs explications à l'audience publique du 11 mai 2022.

En application de l'article 769 du Code judiciaire, la Cour a autorisé la partie intimée a déposer son dossier de pièces justificatif du salaire de base pour le 18 mai 2022 au plus tard. Le dossier a été reçu au greffe de la cour le 13.05.2022.
La clôture des débats a eu lieu de plein droit au terme du délai susvisé.
Après quoi, la cause a été prise en délibéré.

I. LA DEMANDE ORIGINALE- RAPPEL

La demande originaire a été introduite par requête du 05.07.2012 et est dirigée contre une décision de FEDRIS du 14.03.2012.

Monsieur R. sollicite qu'il soit dit pour droit qu'il est atteint de la maladie professionnelle dont il demande réparation (condamnation aux indemnités légales sur base d'un taux d'incapacité de 15 % à majorer des facteurs socio-économiques, outre les intérêts légaux et les dépens).

Monsieur R. vise une maladie hors liste étant décrite comme suit : « pathologie lombaire » (il s'agit d'une erreur matérielle contenue dans la requête puisque la demande introduite auprès de FEDRIS et la décision litigieuse visent une tendinopathie d'origine professionnelle : tendinite de la coiffe des rotateurs) et avant dire droit, postule une expertise médicale. La décision litigieuse rejette la demande estimant que la maladie ne trouve pas sa cause directe et déterminante dans l'exercice de la profession (activité peu spécifique de l'atteinte).

En cours de procédure, est entré en vigueur (au 02.11.2012) le code 1.606.22 qui vise les maladies atteignant les tendons, les gaines tendineuses et les insertions musculaires et tendineuses des membres supérieurs dues à une hypersollicitation de ces structures par des mouvements nécessitant de la force et présentant un caractère répétitif, ou par des postures défavorables.

La demande a été étendue à la reconnaissance de la pathologie sous ce nouveau code.

II. LES ANTECEDENTS DE PROCEDURE ET LE JUGEMENT DONT APPEL

Par un premier jugement du 07.03.2014, le tribunal a dit le recours recevable et a ordonné une expertise médicale confiée au Docteur PEETERS relevant que la demande est formulée dans le cadre du système liste sous le code 1.606.22 ou subsidiairement hors liste.

Le rapport d'expertise médicale a été déposé au greffe du tribunal le 13.01.2015.

Les conclusions sont les suivantes :

- les postes de travail ont été décrits.
- l'affection a été décrite et elle peut entraîner une incapacité de travail.
- le lien entre la profession et l'affection incriminée n'est cependant pas prouvé.

L'expert a relevé l'identité complète de Monsieur R., né le 29.07.1958, ses antécédents personnels, médicaux, sportifs (pratique du football pendant une vingtaine d'années en tant que joueur et 17 ans en tant qu'entraîneur en division I ; actuellement : vélo et promenade) et a relevé son traitement médicamenteux.

Son parcours scolaire est décrit comme suit : 6 années d'études primaires suivies de 3 années d'études secondaires comme plombier-zingueur (métier jamais exercé).

Son parcours professionnel est décrit comme suit : Monsieur R. effectue son service militaire en 1977, comme chauffeur poids lourds et est engagé dans sa carrière professionnelle en 1978, carrière qu'il décrit de manière détaillée dans les différentes annexes et qui sera également décrite par Monsieur DUCHÊNE, ingénieur du FMP.

A partir de 1986, Monsieur R. est chauffeur-livreur pour VEL Leuven, firme pharmaceutique, pour laquelle il livre des produits de laboratoire dans les différentes entreprises. Il y a travaillé pendant 15 ans jusqu'en 2001.

De 2001 à 2003, il a suspendu ses activités et a pratiqué le football en tant qu'entraîneur. En 2003, il reprend son activité de chauffeur-livreur pour les Sociétés OXYSPHAIR jusqu'en 2008 puis pour la firme SOGEGAZ de 2008 à 2009.

Il a arrêté le travail depuis 2009 et émarge à la mutuelle (atteinte lombaire).

Les plaintes consistent en une limitation des mouvements du bras droit.

L'expert a procédé à l'examen clinique de Monsieur R. qui montre des limitations relativement modérées au niveau des mouvements des deux épaules, l'élévation antérieure active atteint 135° à droite et 160° à gauche, l'abduction atteint 105° à droite et 160° à gauche. On note donc que les mouvements sont possibles au-dessus du niveau des épaules (90°).

Il a étudié les documents produits par les parties.

L'ingénieur DUCHÊNE de FEDRIS a procédé à une enquête d'exposition dont rapport du 20.06.2014 qui ne retient pas une exposition suffisante au cours de la carrière professionnelle de chauffeur-livreur de Monsieur R. sur base de la méthode OCRA : les valeurs OCRA pour les différents mouvements n'atteignent pas la moitié de la dose seuil pour la première période et restent nettement inférieures à la dose seuil pour la seconde période ; en outre, le critère postural pour les épaules est inférieur à 10 % du temps pour les deux périodes alors qu'il doit atteindre minimum 25 % du temps de travail.

Aucun de ces deux critères n'est donc reconnu pour pouvoir affirmer que Monsieur R. a été exposé au risque de cette maladie.

Un examen radiologique a été demandé au Docteur KUTA dont rapport du 14.07.2014.

En réponse aux faits directoires développés par le médecin-conseil de Monsieur R., qui conteste la prise en compte de la méthode OCRA à défaut de base légale pour ce faire et qui demande à l'expert de considérer une autre méthode issue de la législation française, l'expert précise : « *En relisant les textes législatifs français, l'expert constate que les exigences sont les suivantes : maintien de l'épaule en abduction avec un angle égal ou supérieur à 60° pendant au moins 2h par jour ou avec un angle égal ou supérieur à 90° pendant au moins 1h par jour.*

Ces mouvements ne sont jamais effectués par Monsieur R. à ce rythme au cours du travail ».

Par jugement dont appel du 18.04.2017, le tribunal a entériné les conclusions du rapport de l'expert médical et dit le recours non fondé.

Le tribunal a condamné FEDRIS aux dépens (nuls).

La motivation du jugement renvoie au rapport d'expertise qui se base lui-même sur le rapport de l'ingénieur BRUX pour la question de l'exposition au risque.

Cette référence est cependant inexacte puisque l'ingénieur BRUX n'est pas intervenu, seul l'ingénieur de FEDRIS, Monsieur DUCHÊNE, a été consulté par l'expert PEETERS.

III. L'ARRET INTERLOCUTOIRE DU 10.10.2018

1.

L'arrêt du 10.10.2018 a dit le recours recevable et a ordonné un complément d'expertise.

2.

L'arrêt relève les dispositions applicables et donne la définition des notions d'exposition au risque professionnel et de lien causal direct et déterminant entre la maladie et l'exercice de la profession en pages 6 à 9 auxquelles la cour se réfère expressément.

3.

Dans son application au cas d'espèce, l'arrêt considère ce qui suit

- *quant à la maladie,*

Le dossier médical de FEDRIS admet une tendinite de la coiffe des rotateurs droite.

Le rapport d'expertise indique les répercussions fonctionnelles de la lésion sur base de l'examen clinique pratiqué et reprend le contenu du rapport du Docteur KUTA sans tirer de conclusions.

Il serait utile de cerner précisément la maladie (notamment quant à sa nature, sa forme aiguë et/ou chronique et sa localisation (partie(s) touchée(s) du membre supérieur, un ou deux côtés atteints), ce qui aura un impact dans l'appréciation de l'incapacité, le cas échéant en la confrontant pour la période postérieure au 02.11.2012 à la définition du code.

Une autre précision s'impose en présence d'une maladie définie par ses agents causals : le code 1.606.22 vise les maladies dues à une hypersollicitation par des mouvements nécessitant de la force et présentant un caractère répétitif, ou par des postures défavorables.

Si cette définition ne requiert pas une apparition de la maladie concomitante à l'exposition au risque professionnel pas plus qu'elle ne fixe un délai dans lequel cette maladie doit apparaître au regard de la période d'exposition, la victime qui revendique la reconnaissance d'une maladie reprise sous ce code 1.606.22 doit cependant démontrer que l'atteinte tendineuse peut être due, sous un angle médical général, à une hypersollicitation de ces structures par des mouvements nécessitant de la force et présentant un caractère répétitif, ou par des postures défavorables.

En l'espèce, la question présente un intérêt certain pour déterminer la période d'exposition professionnelle : la première partie de la carrière de Monsieur R. de 1978 à 1986 en qualité d'ouvrier-chauffeur peut-elle être prise en considération ?

L'ingénieur DUCHÊNE de FEDRIS l'exclut : il n'a pas procédé à l'analyse OCRA pour cette période qu'il qualifie de trop lointaine pour la causalité.

L'expert ne s'est pas expressément positionné et n'a pas motivé d'un point de vue médical la réponse qu'il convient de donner à cette première étape du questionnement juridique : quelle période d'exposition peut-on, au regard des connaissances médicales générales, considérer depuis l'entame de sa carrière par Monsieur R. en 1986?

- *quant à l'exposition au risque professionnel,*

Il y a risque professionnel au sens légal lorsque l'exposition à l'influence nocive — en l'espèce, une hypersollicitation de structures visées par des mouvements nécessitant de la force et présentant un caractère répétitif, ou par des postures défavorables — est inhérente à l'exercice de la profession et est nettement plus grande que celle subie par la population en général et dans la mesure où cette exposition constitue, dans les groupes de personnes exposées, selon les connaissances médicales généralement admises, la cause prépondérante de la maladie.

Concrètement, l'exposition professionnelle doit en effet être suffisante (en durée et en intensité) pour créer le risque que Monsieur R. contracte une maladie atteignant les tendons, les gaines tendineuses et les insertions musculaires et tendineuses des membres supérieurs.

Aucune norme n'est imposée par la loi, la méthode OCRA comme toute autre méthode n'est qu'indicative et l'expert doit apprécier l'atteinte par Monsieur R. d'un seuil qui peut causer ce risque dans son cas.

Cette analyse suppose de considérer préalablement, en toute logique, que le risque (qui traduit une causalité potentielle et non effective) ne touche pas Monsieur R. individuellement mais est un risque propre au groupe de travailleurs (causalité potentielle collective) auquel il appartient à savoir, celui des ouvriers - chauffeurs - livreurs.

Autrement dit, la maladie est-elle plus fréquente dans ces groupes de travailleurs subissant un même degré d'exposition à l'influence nocive visée (en l'espèce des mouvements de force répétitifs ou des postures défavorables) ?

Le même degré d'exposition suppose, en l'espèce, d'apprécier celle-ci au regard de la répartition des tâches de conduite et de manutention-livraison, du type de manutention-livraison, du contenu de la manutention-livraison.....

L'expert n'a pas expliqué pourquoi il retient en l'espèce, sans nuance, la méthode OCRA. Le code 1.606.22 ne définit pas les postures défavorables.

La méthode OCRA, au contraire d'autres méthodes dont celle considérée par le Docteur STEINS au regard de la législation française, ne prend en compte qu'une posture étant la réalisation d'activités à la hauteur ou au-dessus du niveau des épaules (c'est-à-dire à au moins 90°).

D'autres postures dont les activités réalisées à au moins 60° ne sont-elles pas de nature à provoquer cette maladie ?

L'expert ne semble pas l'exclure sur le principe mais considère que Monsieur R. n'atteint pas un seuil suffisant en intensité pour prendre en compte ces postures.

Cependant, pour ce faire, il semble se baser sur l'enquête d'exposition réalisée par l'ingénieur DUCHÊNE au départ de la méthode OCRA, qui ne retient pas cette posture. Quel degré d'exposition à cette posture défavorable l'expert a-t-il donc considéré d'un point de vue quantitatif ?

L'enquête d'exposition ne semble pas avoir pris en compte les mouvements liés à l'entrée et à la sortie du véhicule utilisé pour livrer (sauf pour la première partie de la carrière qui a finalement été éludée par l'ingénieur DUCHÊNE) alors que le descriptif de fonctions établi par Monsieur R. (et qui peut être vérifié au regard du descriptif de l'enquête qui mentionne le nombre de colis manipulés en moyenne) fait état de ce type de mouvements qui doivent entrer en ligne de compte s'ils sont considérés comme des mouvements nécessitant de la force et présentant un caractère répétitif suffisant.

L'expert est donc invité à préciser et à justifier le choix des bases de sa méthode d'évaluation de l'exposition au risque qui traduit la durée et l'intensité de cette exposition en rapport avec la maladie dont souffre Monsieur R.

Toute nouvelle enquête d'exposition devra être confiée à un sapiteur indépendant.

- *quant au lien direct et déterminant (pour la période antérieure au 02.11.2012 et, le cas échéant à titre subsidiaire)*

Pour autant que l'exposition au risque professionnel soit retenue, l'expert se positionnera clairement sur cette question pour la période antérieure au 02.11.2012.

4.

Le complément d'expertise a été confié au Docteur PEETERS.

Ce dernier a refusé la mission.

L'expert Ribbens a été désignée par ordonnance du 09.11.2018 avec la mission nouvelle suivante :

1° cerner précisément la maladie, notamment quant à sa nature, sa forme aiguë et/ou chronique et sa localisation ;

2° dire quelles périodes d'exposition on peut considérer depuis l'entame de la carrière de Monsieur R. en 1986 (ainsi que précisé en page 10, au point III.3.1° : « la première partie de la carrière de Monsieur R. de 1978 à 1986 en qualité d'ouvrier-chauffeur peut-elle être prise en considération ? »).

3° dire si la dimension collective de la causalité potentielle peut être retenue pour le groupe de travailleurs auquel Monsieur R. appartient, c'est-à-dire les ouvriers-chauffeurs (pour la première partie de la carrière)/ les chauffeurs-livreurs (pour les deux autres parties de la carrière)? préciser et justifier le choix de la méthode d'évaluation de l'exposition au risque qui traduit la durée et l'intensité de cette exposition en rapport avec la maladie dont souffre Monsieur R. et, en particulier, justifier pourquoi il retient la méthode OCRA et comment, pour autant que d'autres postures soient pertinentes, il évalue l'exposition à ces postures qui ne sont pas prises en compte par la méthode OCRA (voir le point 111.3.2° - L'exposition au risque professionnel).

4° Pour autant que l'exposition au risque professionnel soit retenue, se positionner clairement sur la question de la causalité directe et déterminante pour la période antérieure au 02.11.2012.

IV. LE RAPPORT D'EXPERTISE

1.

L'expert a déposé son rapport au greffe de la cour en date du 13.12.2019.

2.

L'expert conclut comme suit :

1. La maladie est une tendinopathie de l'épaule droite, caractérisée par une rupture du tendon sus-épineux ainsi qu'une atteinte des tendons sous-scapulaire, sous-épineux et de la longue portion du biceps, mises en évidence à l'échographie du 18/05/2011.

Les lésions ont évolué vers une chronicité avec mise en évidence en 2015 d'une rupture de la composante intra-articulaire du tendon du long biceps et rupture partielle de la portion haute du tendon sous-scapulaire.

Pour la période postérieure au 02/11/2012, cette maladie correspond bien à la définition du code 1.606.22.

2. Monsieur Alain R. a été exposé au risque de tendinopathie des membres supérieurs de 2003 à 2009 dans le cadre de son activité de chauffeur-livreur de bonbonnes.

3. La dimension collective de la causalité potentielle peut être retenue pour les activités d'ouvrier-chauffeur (que Monsieur Alain R a exercées de 1978 à 1986) ainsi que pour les activités de chauffeur-livreur de bombonnes (que Monsieur R a exercées de 2003 à 2009, avec port répété de bombonnes).

4. Monsieur Alain R a été exposé au risque professionnel de tendinopathie de l'épaule de 2003 à 2009. Il présente une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, démontrée par l'échographie du 18/05/2011.

Pour ce qui concerne la maladie professionnelle codifiée 1.606.22, ce code étant entré en vigueur au 02/11/2012, il existe chez Monsieur Alain R. une exposition au risque de la maladie professionnelle, les preuves de l'existence de la maladie professionnelle, et une présomption irréfragable du lien causal entre l'exposition et les lésions.

Pour la période antérieure au 02/11/2012, il existe un lien de causalité direct et déterminant entre les activités professionnelles et les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.

Monsieur Alain R. est atteint d'une incapacité physique liée à la tendinopathie de l'épaule droite à un taux de 12 % (douze pourcent) à partir du 18/05/2011, date du premier document échographique probant ; le tout sans préjudice de l'application des facteurs sociaux et économiques.

3.

L'expert a relevé l'identité complète de Monsieur R., né le 29.07.1958.

Il a examiné les documents administratifs et médicaux déposés par les parties et a pris connaissance du rapport d'expertise déposé par l'expert Peeters.

L'expert a procédé à l'anamnèse et décrit les antécédents médicaux (accident vasculaire cérébral en 2009 sans séquelle, cervicalgies), les antécédents chirurgicaux (néant) et les antécédents traumatiques (renversé par une voiture à l'âge de 10 ans, plusieurs entorses de chevilles et de genoux dans le cadre de la vie privée, pas d'antécédent d'accident de travail). Le traitement médicamenteux actuel est relevé.

Monsieur R. ne réalise pas de séances de kinésithérapie à l'heure actuelle.

Monsieur R. ne fume pas. Il boit de l'alcool à l'occasion.

L'expert a décrit le statut social de Monsieur R. qui vit avec sa compagne dans une maison avec une petite cour, il est le père de deux enfants âgés de 34 et 37 ans.

L'entretien ménager et les courses sont réalisés à deux.

Monsieur R. rapporte comme loisirs de la peinture et du dessin (sur table).

Les antécédents socio-professionnels sont détaillés comme suit :

- scolarité primaire réalisée en sept ans (il a doublé la 5ème année en raison d'un problème de dyslexie)

-scolarité secondaire réalisée en techniques en section plomberie.

-arrêt de la scolarité à l'âge de 18 ans pour faire le service militaire en 1977, comme chauffeur poids lourd

-de 1978 à 1986, il a travaillé comme ouvrier-chauffeur dans l'entreprise STI SOCAPI. Il explique qu'il s'agissait d'une entreprise de chaudronnerie et qui travaillait également dans le nucléaire. Il effectuait le transport de matériaux avec chargement et déchargement. Il explique qu'il devait notamment manipuler de longs tuyaux en inox et les charger à la main.

Cette activité était réalisée un jour sur deux. L'autre jour, il devait charger et décharger des palettes

-de 1986 à 2001, il a travaillé comme chauffeur-livreur pour l'entreprise VEL à Leuven. Il s'agissait d'une firme pharmaceutique fournissant les laboratoires en différents instruments (centrifugeuses, bombonnes, thermomètres, etc). Monsieur R. effectuait 300 à 500 kilomètres de conduite par jour. Il devait transporter les instruments qu'il livrait avec un diable ou un chariot. Il devait également stocker les matériaux livrés sur des étagères, avec dès lors réalisation de mouvements en hauteur

-de 2001 à 2003, Monsieur R. a exercé une activité d'entraîneur de football

-de 2003 à 2008, il a travaillé comme chauffeur-livreur oxygène pour la société OXYSPHAIR. Il livrait des concentrateurs et des cuves à oxygène chez les malades. Il devait également livrer des bombonnes, qu'il transportait soit sur un diable, soit à l'épaule

-de 2008 à 2009, il a poursuivi cette activité au sein de la société SOGEGAZ. Il explique qu'il ne transportait à ce moment que des bombonnes

-en novembre 2009 et jusqu'à l'expertise, il a émargé à la mutuelle pour une pathologie lombaire.

L'expert a relevé les plaintes actuelles :

-douleurs de l'épaule droite depuis 1999, date du premier bilan radiographique et échographie réalisé, il explique avoir bénéficié de traitements par kinésithérapie, infiltrations (3 à 4), patchs d'anti-inflammatoires et Valtran.

-actuellement, douleurs de l'épaule droite apparaissant lors de l'élévation du membre supérieur droit ou lors de mouvements de rotation de l'épaule.

Les douleurs irradient au niveau cervical.

Sur interpellation, Monsieur R. précise que les douleurs de l'épaule induisent parfois des réveils nocturnes et qu'elles s'accompagnent parfois de craquements articulaires.

L'expert a procédé à l'examen clinique de Monsieur R.

Il a été fait appel au sapiteur LOFFET, ingénieur, dont rapport d'enquête technique daté du 21.08.2019 qui conclut comme suit :

« Nous avons analysé les activités du plaignant à l'aide de la check-list OCRA, dont nous avons justifié l'utilisation, et de critères complémentaires issus de la littérature, dont ceux utilisés dans le système français. L'étude montre que l'intéressé a effectué de nombreuses manipulations de charges lourdes combinées à des postures extrêmes des épaules. La répétitivité est faible et associée à des cycles longs. Sur base des arguments de la discussion relative à la causalité potentielle collective, nous estimons que le plaignant a été exposé au risque en tant qu'ouvrier chauffeur (1978-1986) pour une partie de ses activités effectuées trois jours par semaine et en tant que chauffeur-livreur de bombonnes (2003-2009) ».

En pages 8 à 10, Monsieur LOFFET évalue l'exposition au risque de tendinopathie des membres supérieurs selon la check-list OCRA. La valeur obtenue est de 11,3 pour les activités d'ouvrier-chauffeur ; de 9,8 pour les activités de chauffeur-livreur-VEL ; de 14,9

pour les activités de chauffeur-livreur chez OXYSPHAIR et SOGEGAZ. Il existe donc une exposition au risque professionnel de tendinopathie des membres supérieurs selon la check-list OCRA pour les activités de chauffeur-livreur puisque le score est supérieur à la valeur seuil de 14,1.

La discussion provisoire est la suivante :

1. l'expert souligne qu'une tendinopathie est liée à un surmenage mais n'est pas une pathologie se développant progressivement comme peut l'être l'arthrose.

Le premier document radiographique date du 20.12.1999, il a mis en évidence des signes de périarthrite scapulo-humérale calcifiante qui sont des signes indirectes de tendinopathie mais l'étude échographique réalisée à la même date est décrite comme « banale » par le radiologue, « *ne permet pas d'observer la présence de rupture ou de déchirure de coiffe des rotateurs, les différentes structures musculo-tendineuses sont normalement conformées* ». La maladie ne peut donc qu'être suspectée en 1999 sur base d'une symptomatologie de douleur de l'épaule droite avec aux radiographies standards des signes indirects de tendinopathie de la coiffe des rotateurs (fines calcifications lamellaires en regard du trochin).

La maladie - une tendinopathie de l'épaule droite, caractérisée par une rupture du tendon sus-épineux ainsi qu'une atteinte des tendons sous-scapulaire, sous-épineux et de la longue portion du biceps – a été mise en évidence à l'échographie du 18.05.2011.

2. l'exposition au risque professionnel est reconnue en utilisant les critères de la check-list OCRA (score de 14,9) de 2003 à 2009 dans le cadre de l'activité de chauffeur-livreur de bonbonnes et en utilisant les autres critères tenant compte du port de charges lourdes et des postures avec l'épaule en abduction à plus de 60°, pour les activités d'ouvrier chauffeur de 1978 à 1986 et pendant les activités de chauffeur-livreur de 2003 à 2009 (mais pas pendant les activités de chauffeur-livreur de 1986 à 2001).

3. l'expert considère que d'un point de vue médical, l'exposition au risque professionnel de tendinopathie des épaules de 1978 à 1986 ne paraît pas en lien avec la tendinopathie de l'épaule suspectée treize ans plus tard en 1999, et démontrée vingt-cinq ans plus tard, en 2011.

4. Pour la période antérieure au 02.11.2012, date d'entrée en vigueur du code 160622, il existe un lien de causalité direct et déterminant entre l'exposition professionnelle et les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.

Chez Monsieur R. on observe une rupture transfixiante d'un tendon (sus-épineux) associée à une désinsertion partielle de deux autres tendons (sous-scapulaire et sous-épineux) et à une ténosynovite du biceps, à l'âge de 55 ans, ce qui ne correspond pas à une tendinopathie « banale », « dégénérative » de quelqu'un de son âge. Tenant compte des activités professionnelles de Monsieur R. ayant induit une sollicitation répétée des tendons des épaules dans le cadre de son activité de chauffeur-livreur de bonbonnes d'oxygène, avec une évaluation de la charge totale manipulée quotidiennement estimée à 4 tonnes par jour de

2003 à 2008 et 7 tonnes par jour de 2008 à 2009, l'expert estime qu'il est possible de conclure que les conditions pour définir le lien de causalité comme déterminant et comme direct sont remplies chez lui.

5. Il apparaîtrait que la tendinopathie de l'épaule droite induirait une incapacité permanente, dont le taux pourrait être évalué à 10 %, tenant compte de l'importance des lésions tendineuses et de l'examen clinique avec limitation nette de mobilité de l'épaule droite et positivité des manœuvres de Jobe, de Neer et de Yocum à droite, à la date du 18/05/2011, date du premier document échographique probant.

6. Le médecin conseil de Fedris estime qu'il existe un hiatus entre la fin de l'exposition au risque en 2009 et l'objectivation de la maladie en mai 2011. L'incapacité permanente partielle est évaluée à 8%.

Le médecin conseil de Monsieur R. souligne que les douleurs sont apparues en 1999 et que l'exposition au risque professionnel est reconnue par le sapiteur. L'incapacité permanente partielle est évaluée à 15%.

Les observations des médecins conseils après envoi des préliminaires sont les suivantes :

- le médecin conseil de Monsieur R. conteste le taux incapacité permanente partielle envisagé par l'expert. Il a défendu un taux d'incapacité physique de 15 % . Compte tenu de l'importance des limitations fonctionnelles observées notamment lors de l'examen clinique d'expertise (limitation nette de mobilité de l'épaule droite) et compte tenu de l'importance des lésions tendineuses (voir la description du Docteur KUTA), il serait tout à fait justifié et équitable de retenir un taux d'incapacité physique au minimum de 12 %

-le médecin conseil de Fedris estime

- que l'exposition au risque professionnel n'est pas avérée mais juste possible, selon l'étude réalisée par Monsieur LOFFET
- que les lésions suspectées en 1999 n'ont rien à voir avec les lésions démontrées en 2011
- qu'il est illogique de considérer le contraire et de relier ces lésions à l'exposition au risque professionnel qui est retenue pour une période postérieure de 2003 à 2009
- que l'omarthrose et surtout l'arthrose acromio-claviculaire avec réduction de l'espace sous-acromial (comme décrit par le sapiteur) peuvent à elles seules expliquer les lésions de la coiffe des rotateurs chez un individu âgé de 52 ans. Dès lors, il n'est pas permis de d'affirmer que l'exposition (même si elle était avérée) ait joué le moindre rôle dans la genèse des lésions telles que présentées, et il n'est pas permis de retenir le moindre lien causal direct et déterminant.

Les réponses de l'expert seront analysées dans la discussion ci – après dès lors que les contestations qui persistent après le dépôt du rapport d'expertise sont basées sur l'avis du médecin conseil de Fedris.

V. LA DECISION DE LA COUR

V.1 La maladie professionnelle

La maladie dont souffre Monsieur R. a clairement été identifiée par l'expert qui a médicalement confirmé que cette lésion correspond au code 1606.22 pour la période postérieure au 02.11.2012 : la maladie est une tendinopathie de l'épaule droite, caractérisée par une rupture du tendon sus-épineux ainsi qu'une atteinte des tendons sous-scapulaire, sous-épineux et de la longue portion du biceps, mises en évidence à l'échographie du 18.05.2011.

Les lésions ont évolué vers une chronicité avec mise en évidence en 2015 d'une rupture de la composante intra-articulaire du tendon du long biceps et rupture partielle de la portion haute du tendon sous-scapulaire.

Le code 1.606.22 vise les maladies dues à une hypersollicitation par des mouvements nécessitant de la force et présentant un caractère répétitif, ou par des postures défavorables. La maladie est donc définie par ses agents causals.

La cour a rappelé que si cette définition ne requiert pas une apparition de la maladie concomitante à l'exposition au risque professionnel pas plus qu'elle ne fixe un délai dans lequel cette maladie doit apparaître au regard de la période d'exposition, la victime qui revendique la reconnaissance d'une maladie reprise sous ce code 1.606.22 doit cependant démontrer que l'atteinte tendineuse peut être due, sous un angle médical général, à une hypersollicitation de ces structures par des mouvements nécessitant de la force et présentant un caractère répétitif, ou par des postures défavorables.

L'expert a répondu à cette question en éliminant, sous cet angle médical général, la possibilité de considérer que la tendinopathie objectivée en 2011 est en lien avec une période d'exposition professionnelle remontant de 1978 à 1986 qui est trop lointaine.

Par contre, l'expert ne met pas en doute, sous ce même angle médical, que la tendinopathie dont souffre Monsieur R. peut être due à une hypersollicitation par des mouvements nécessitant de la force et présentant un caractère répétitif, ou par des postures défavorables présente durant l'exposition professionnelle postérieure et spécifiquement de 2003 à 2009 qui est reconnue comme période d'exposition au risque professionnel.

Le hiatus soulevé par le médecin conseil de Fedris n'est donc pas retenu pour cette courte période courant de novembre 2009 à mai 2011 s'agissant d'une maladie liée à un surmenage.

La cour estime que l'autre grief soulevé par le médecin conseil de Fedris – l'absence de lien logique entre la maladie en ce qu'elle est déjà suspectée dès 1999 et l'exposition postérieure de 2003 à 2009 - n'est pas pertinent.

La conclusion de l'expert retient une objectivation de la maladie au 18.05.2011 et non en 1999, ce qui est de l'ordre de la suspicion et est donc écarté par l'expert.

Il en résulte bien qu'est prise en compte une maladie objectivée en 2011 en lien avec une exposition au risque professionnel antérieure à son apparition et non postérieure à son apparition.

Cette conclusion est d'ailleurs conforme à la thèse du médecin-conseil de Fedris qui ne retient aucun lien entre ce qui est objectivé radiologiquement en 1999 et ensuite en 2011.

IV.2 L'exposition au risque professionnel

L'expert a fait appel au sapiteur L. qui a reconnu deux périodes d'exposition au risque professionnel : de 1978 à 1986 et de 2003 à 2009.

Comme le demandait la mission, le sapiteur a précisé et a justifié le choix des bases de sa méthode d'évaluation de l'exposition au risque qui traduit la durée et l'intensité de cette exposition en rapport avec la maladie dont souffre Monsieur R.

Le sapiteur a analysé cette condition dans sa dimension collective et individuelle.

La critique du médecin-conseil de Fedris selon laquelle le rapport du sapiteur ne démontre pas l'exposition au risque professionnel qui est seulement possible n'est pas motivée au regard de l'étude chiffrée du sapiteur. Elle est donc écartée.

Dès lors que sous un angle médical général, il n'est pas possible de considérer que la tendinopathie de Monsieur R. objectivée en 2011 est en lien avec une période d'exposition professionnelle remontant de 1978 à 1986 qui est trop lointaine, la seule période d'exposition au risque professionnel qui peut être retenue est bien celle qui s'étend de 2003 à 2009.

IV.3 Le lien direct et déterminant pour la période antérieure au 02.11.2012

L'expert a motivé son raisonnement pour retenir cette condition et sa motivation est conforme à la définition juridique que la cour a donné à cette notion.

La critique du médecin-conseil de Fedris qui conteste que cette condition soit remplie en l'espèce, est motivée par la prise en compte d'une autre cause : l'omarthrose et surtout l'arthrose acromio-claviculaire avec réduction de l'espace sous-acromial (comme décrit par le sapiteur) peuvent à elles seules expliquer les lésions de la coiffe des rotateurs, chez un individu âgé de 52 ans.

L'expert a rejeté cette affirmation en précisant qu'une arthrose, qu'elle soit gléno-humérale (omarthrose) ou acromio-claviculaire, est une pathologie tout à fait distincte d'une tendinopathie. Une arthrose gléno-humérale peut dans certains cas être secondaire à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs qui induirait une surcharge fonctionnelle de l'articulation. Il n'est pas possible d'affirmer de façon péremptoire qu'une omarthrose et une arthrose acromio-claviculaire peuvent à elles seules expliquer les lésions de la coiffe des rotateurs chez Monsieur R.

Cette contestation de Fedris n'est pas conforme, quoiqu'il en soit, à la notion de lien causal direct et déterminant qui n'exige pas la prise en compte d'un facteur unique, exclusif.

IV.4 Le taux d'incapacité permanente partielle

1.

L'expert a motivé la prise en compte d'un taux d'invalidité physique de 12% à la date du 18.05.2011 sur base de la limitation fonctionnelle de l'épaule droite évaluée par son examen clinique, avec limitation de mobilité et positivité des manoeuvres mettant sous tension de la coiffe des rotateurs et du dernier bilan échographique du Docteur KUTA du 07.07.2014.

2.

Monsieur R. sollicite un taux de facteurs socio – économiques de 12%.

Fédris retient, à titre subsidiaire, un taux de 2% soulignant que Monsieur R. est en invalidité depuis 2009 et n'a donc jamais réintégré le marché du travail.

3.

La notion d'incapacité permanente de travail au sens des lois coordonnées du 03.06.1970 relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci (articles 35, 35bis et 36), applicables dans le secteur privé est similaire à celle retenue par la loi du 10.04.1971 sur les accidents du travail applicable dans le secteur privé.

L'incapacité permanente de travail consiste dans la perte ou la diminution du potentiel économique de la victime sur le marché général de l'emploi.

Le marché général de l'emploi recouvre non seulement le métier exercé par la victime au moment où l'incapacité est fixée mais aussi l'ensemble des métiers qu'elle demeure apte à exercer.

Il s'agit d'apprécier l'inaptitude à gagner sa vie par son travail et non d'apprécier l'invalidité physiologique, l'atteinte à l'intégrité physique qui en est à la base mais qui n'est pas nécessairement le facteur déterminant.

L'incapacité recouvre donc la répercussion de l'invalidité physiologique sur la capacité concurrentielle de la victime, compte tenu de sa situation socio-économique.¹

Les critères d'appréciation relèvent donc, à côté de l'atteinte à l'intégrité physique, de la condition et de la formation de la victime au regard du marché général de l'emploi, des facteurs socio-économiques propres de la victime : l'âge, la qualification professionnelle, la faculté d'adaptation, la possibilité de rééducation professionnelle et la capacité de concurrence sur le marché général de l'emploi à l'exclusion de toute évolution conjoncturelle de l'économie.²

¹ L. Van Gossum, N. Simar et M. Strongylos, "Les accidents du travail", 8^e Ed. 2013, Bxl, Larcier, pp. 129 et suivantes.

² CRITERES D'EVALUATION DE L'INCAPACITE PERMANENTE, J.T.T 2004, page 444 qui cite Cass., 10 mars 1980, Pas., 1980, I, 839 ; Cass., 24mars 1986, JTT, 1987, p. 111 ; Cass., 22 septembre 1986, JTT, 1987, p. 2090 ; Cass., 3 avril 1989, Pas., 1989, I, 772.

Il ne peut être tenu compte des possibilités d'adaptation du poste de travail en fonction du handicap de la victime.³

Concernant le critère de l'âge, conformément à la législation sur les accidents du travail, ce facteur est pris en compte en ce qu'il a de l'influence sur les capacités concurrentielles et non dans sa dimension d'accès effectif au marché du travail compte tenu de la conjoncture économique.

Plus l'âge avance, plus l'incidence de ce critère impactera, en principe, l'incapacité de travail dès lors que la faculté d'adaptation, de rééducation professionnelle et la capacité de concurrence se réduisent avec l'âge⁴.

La cour ne rejoint pas la jurisprudence qui tient compte d'une situation de prépension, de chômage ou d'invalidité pour diminuer le taux des facteurs socio-économiques au motif que la victime dans une telle situation est ou s'est effectivement exclue du marché de l'emploi.

Le marché général du travail est celui qui reste potentiellement accessible à la victime jusqu'à l'âge de 65 ans, qu'elle soit en situation de travail, de chômage, de « prépension », de crédit-temps, de prise en charge par l'assurance maladie-invalidité (en soulignant la priorité légale actuelle à la réintégration, outre le caractère potentiellement discriminatoire de la prise en compte d'un tel critère) qui sont des situations temporaires.

Sauf si l'appréciation se produit après l'âge de 65 ans, ce qui n'est pas toujours le cas, cette appréciation qui tiendrait compte d'une telle situation relèverait en outre d'une projection aléatoire, sans possibilité de révision qui n'est prévue que pour un motif médical.

Inversement, la prise en compte d'une telle situation qui survient en cours d'incapacité permanente n'est pas un motif de révision.

Comme en matière d'accident du travail, seul le dommage matériel correspondant à l'incapacité de travail est indemnisé, le dommage moral n'est jamais pris en considération et en ce sens, une simple pénibilité n'affectant pas la capacité de travail ne donne pas lieu à indemnisation.

Les efforts accrus que la victime doit fournir à la suite de sa remise au travail dans l'accomplissement de ses tâches professionnelles normales font par contre partie de l'incapacité⁵.

D.DESAIVE et M. DUMONT, «L'incapacité, l'invalidité et l'appréciation de la perte d'autonomie en sécurité sociale des travailleurs salariés et indépendants ainsi qu'en risques professionnels. Comment évaluer l'aspect médical ? » in Regards croisés sur la sécurité sociale, CUP 2012, Anthémis, pages 352 à 365 et pp. 372 à 379.

P. DELOOZ et D. KREIT, Les maladies professionnelles, Larcier, 2015, pp. 130 et suivantes.

P. DELOZ et D. KREIT, Les maladies professionnelles, Larcier, 2015, pp. 130 et suivantes

³ L. Van Gossum, N. Simar et M. Strongylos, "Les accidents du travail", 8^{ème} Ed. 2013, Bxl, Larcier, page 130

⁴ D.DESAIVE et M. DUMONT, «L'incapacité, l'invalidité et l'appréciation de la perte d'autonomie en sécurité sociale des travailleurs salariés et indépendants ainsi qu'en risques professionnels. Comment évaluer l'aspect médical ? » in Regards croisés sur la sécurité sociale, CUP 2012, Anthémis, pages 352 à 365 et page 375

P. DELOZ et D. KREIT, Les maladies professionnelles, Larcier, 2015, pp. 130 -131

⁵ M. Jourdan et S. Remouchamps, Accident (sur le chemin) du travail : responsabilité et subrogation légale, *Et. Prat. de D.S.*, Waterloo, Kluwer, 2013, pp. 85 à 89 ; J. Loly, observations sous Cass. 01.10.2021, « La nécessité de fournir des efforts

4.

En l'espèce, la cour retient un taux de facteurs socio – économiques de 6%.

Monsieur R. est né le 29.07.1958 et est donc âgé de 52 ans à la prise de cours de la période d'incapacité permanente partielle, le 18.05.2011.

Monsieur R. a une formation scolaire minimale (primaire et secondaire technique inachevée) et a toujours exercé la même fonction qui est celle d'ouvrier-chauffeur-livreur et donc d'un travailleur manuel lourd.

Le marché du travail qui lui est accessible est donc restreint à défaut de formation, de polyvalence et en raison d'une faculté d'adaptation limitée par l'âge à la date du 18.05.2011.

Les répercussions sont fonctionnelles, elles sont conséquentes et mises en évidence par l'examen clinique conforté par les examens échographiques.

IV.5 La prise de cours des intérêts

Fedris propose une prise de cours des intérêts à la date du 15.11.2011 et Monsieur R. qui demande la condamnation de Fedris aux indemnités légales et aux intérêts légaux arrive à cette même conclusion.

La cour relève que la demande a été introduite le 14.07.2011 et que la décision est intervenue le 14.03.2012 soit en dehors du délai légal de 4 mois prévu à l'article 10 de la Charte de l'assuré social.

Selon l'article 12 de la Charte, il est procédé au paiement des prestations au plus tard dans les quatre mois de la notification de la décision d'octroi.

Selon l'article 1153, alinéa 3, du Code civil, les intérêts réparant le retard dans l'exécution des obligations au paiement d'une certaine somme sont dus à partir du jour de la sommation de payer, excepté dans le cas où la loi les fait courir de plein droit.

Conformément à l'article 20 de la Charte, les prestations portent intérêts de plein droit, uniquement pour les bénéficiaires assurés sociaux, à partir de la date de leur exigibilité et au plus tôt à partir de la date découlant de l'application de l'article 12. Toutefois, si la décision d'octroi est prise avec un retard imputable à l'institution de sécurité sociale, les intérêts sont dus à partir de l'expiration du délai visé à l'article 10 et au plus tôt à partir de la date de prise de cours de la prestation.

Il y a donc bien lieu de condamner FEDRIS à payer les intérêts au taux légal depuis le 15.11.2011.

IV.6 Le salaire de base

Le salaire de base est calculé à la somme de 24.998,14€.
Un dossier justificatif de ce calcul est déposé.

V. LES DEPENS

Les dépens sont à charge de Fedris.

Il n'y a pas d'indemnité de procédure à comptabiliser en l'espèce.

Les frais et dépens comprennent :

- les frais et honoraires de l'expert taxés par décision de la cour du 21.01.2020 à la somme de 5.123,45€
- la contribution due au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne liquidée par la cour à la somme de 20 € (articles 4, 5 et 10 de la loi du 19/03/2017).

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,

Vu l'arrêt du 10.10.2018 qui a dit l'appel recevable et a ordonné une expertise médicale,

Entérine les conclusions du rapport d'expertise médicale,

Dit, en conséquence, l'appel partiellement fondé,

Réforme le jugement dont appel,

Dit pour droit que Monsieur R. est atteint d'une maladie professionnelle étant une tendinopathie des membres supérieurs reconnue dans le régime hors liste à partir du 18.05.2011 et reconnue sous le code 1606.22 depuis le 02.11.2012,

Fixe le taux d'incapacité permanente partielle subie par Monsieur R. pour cette maladie professionnelle à 18% (soit 12 + 6), à dater du 18.05.2011,

Condamne Fedris à payer à Monsieur R. les indemnités légales lui revenant sur base de ce taux de 18% reconnu à la date du 18.05.2011, outre les intérêts légaux dus à dater du 15.11.2011 et d'un salaire de base fixé à la somme de 24.998,14 €,

Condamne Fedris aux frais et dépens de l'instance d'appel liquidés comme suit :

- indemnité de procédure : néant
- frais et honoraires de l'expert : 5.123,45 €.
- contribution due au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne : 20 € (articles 4, 5 et 10 de la loi du 19.03.2017).

Ainsi arrêté et signé avant la prononciation par :

Muriel DURIAUX, conseiller faisant fonction de président,
Jean-Marc ERNIQUIN, conseiller social au titre d'employeur,
Jean-Marc MESSOTTEN, conseiller social au titre d'employé,
Assistés de Lionel DESCAMPS, greffier

Jean-Marc ERNIQUIN,

Jean-Marc MESSOTTEN,

Lionel DESCAMPS,

Muriel DURIAUX,

et prononcé, en langue française à l'audience publique de la Chambre 3-C de la Cour du travail de Liège, division Liège, Extension Sud du Palais de Justice, Place Saint-Lambert 30/0002 à 4000, Liège, le 8 juin 2022, où étaient présents :

Muriel DURIAUX, conseiller faisant fonction de président,

Lionel DESCAMPS, greffier,

Lionel DESCAMPS,

Muriel DURIAUX.