N° d'ordre

Expédition

Délivrée à
Pour la partie

le
€
JGR

Numéro du répertoire **2022 /**
R.G. Trib. Trav.
Date du prononcé **10 octobre 2022** **(par anticipation)**
Numéro du rôle **2022/AL/162**
En cause de : **B N** **C/** **ANMC**

Cour du travail de Liège

Division Liège

CHAMBRE 2-A

Arrêt

SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS SALARIES - assurance-maladie-invalidité
Arrêt contradictoire
Définitif

* Sécurité sociale – AMI -état antérieur

EN CAUSE :

Madame N B, domiciliée à
ci-après Mme B., partie appelante,
ayant pour conseil Maître Marc GOUVERNEUR, avocat à 6000 CHARLEROI, Rue de la Neuville 50 bte B0 et ayant comparu par Me Alexandre BERTRAND

CONTRE :

L'ANMC, dont le siège social est sis à
ci-après la mutuelle, partie intimée,
ayant comparu par son conseil Maître Laurent GEUENS, avocat à 5170 PROFONDEVILLE, Try Saint Pierre 10

•

• •

Vu en forme régulière les pièces du dossier de la procédure à la clôture des débats le 26 septembre 2022, notamment :

- l'arrêt, rendu le 13 novembre 2019 par la cour du travail de MONS, 4ème Chambre (R.G : 2018/AM/278.) ;

- l'arrêt de la Cour de cassation du 22 juin 2020 qui casse ledit arrêt et renvoie la cause devant notre Cour du travail ;

- l'assignation après cassation, renvoi devant la cour du travail de LIEGE, reçue au greffe de la Cour le 08 mars 2022 ;

- le dossier de la procédure de la Cour du travail de Mons, reçu au greffe de la Cour le 11 mars 2022;

- l'ordonnance de fixation prise sur base de l'article 747 du Code judiciaire le 16 mars 2022 et notifiée par plis simples aux conseils des parties le 17 mars 2022, fixant la cause à l'audience publique de la chambre 2-A du 26 septembre 2022;

- les conclusions principales après arrêt de renvoi et les conclusions de synthèse après arrêt de renvoi de l'appelante remises au greffe de la Cour respectivement les 19 avril 2022 et 4 juillet 2022;

- les conclusions après cassation de l'intimée remises au greffe de la Cour le 3 mai 2022;

Entendu les conseils des parties en leurs explications à l'audience publique du 26 septembre 2022.

Entendu, après la clôture des débats, l'avis oral du ministère public donné en langue française par Madame C L, substitut général de l'auditorat général, auquel personne n'a répliqué.

•

• •

I. FAITS ET ANTECEDENTS DE LA PROCEDURE

Mme B. est née le 4 novembre 1985. A l'âge de 7 ans, elle a été victime d'un accident de la circulation dont elle a conservé des séquelles physiques et cognitives après un traumatisme crânien sévère et 8 jours dans le coma.

La scolarité de Mme B. n'a pas été plus loin qu'une 3ème secondaire professionnelle en cuisine. Elle est mère de 3 enfants nés en 2007, 2010 et 2013.

Mme B. n'a jamais travaillé et a été indemnisée par l'ONEm depuis fin 2008. Il semble qu'elle ait été reconnue en incapacité de travail à dater du 7 juin 2012, reconnaissance à laquelle la mutualité a mis un terme par une décision du 29 octobre 2014 à partir du 1er décembre

2014. La mutuelle a en effet estimé que la cessation de ses activités n'était plus la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels.

Mme B. a formé un recours contre cette décision devant le Tribunal du travail du Hainaut, division La Louvière par une requête du 30 décembre 2014. Elle demandait d'annuler cette décision, de la restaurer dans ses droits vis-à-vis de la mutuelle, pour autant que de besoin, de désigner un médecin-expert, de dire pour droit qu'elle était dans l'incapacité de travailler au sens de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994 et, par conséquent, de condamner la mutuelle au paiement des montants dus à titre d'indemnité due en vertu des lois coordonnées du 14 juillet 1994, montant à majorer des intérêts moratoires et judiciaires. Elle demandait enfin de condamner la mutuelle aux dépens.

Parallèlement à son litige contre la mutuelle, Mme B. a formé un recours contre une décision du SPF Sécurité sociale lui refusant des allocations aux personnes handicapées. Le rapport d'expertise réalisé à l'occasion de sa contestation par le Dr IDE a estimé qu'elle ne présentait *pas* une réduction de sa capacité de gain à un tiers au moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général de l'emploi et qu'elle ne présentait une réduction de la capacité de gain que de 3 points.

Dans le litige qui l'oppose à sa mutuelle, le Tribunal a désigné le même expert, avec une mission qui portait tant sur la question de savoir si elle présentait une capacité de gain lors de son entrée sur le marché du travail en novembre 2003, que sur une réduction de sa capacité de gain à un tiers ou moins de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressée au moment où elle est devenue incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'elle a ou qu'elle aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle à partir du 1er décembre 2014.

L'expert a conclu que « l'état actuel physique et psychologique de Mme B. est compatible avec la réalisation d'une activité professionnelle non qualifiée non lourde et qu'un reclassement professionnel via l'AWIPH est tout à fait envisageable puisque l'intéressée a été reconnue à plus de 33% par l'ONEm et remplit donc les conditions pour pouvoir bénéficier de son entrée dans l'AWIPH ». Il a estimé qu'elle ne présentait pas le degré d'incapacité requis par de l'article 100, § 1, alinéa 1 à 4 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 à dater du 1er décembre 2014 mais qu'elle était apte à effectuer une activité professionnelle non qualifié non lourde ou un reclassement via l'AWIPH.

Un jugement du 21 juin 2018 a entériné le rapport d'expertise et dit pour droit que Mme B. ne présentait pas à la date du 1er décembre 2014 et postérieurement le degré d'incapacité prévu à l'article 100 précité. Il a confirmé la décision de la mutuelle du 29 octobre 2014 et condamné celle-ci à verser à Mme B. les indemnités lui revenant depuis le 1er décembre 2014, majorées des intérêts judiciaires (*sic*). Il a condamné la mutuelle aux dépens.

Ce jugement a été notifié le 28 juin 2018.

Mme B. a interjeté appel de ce jugement par une requête du 30 juillet 2018. Elle demandait de dire l'appel recevable et fondé et

- A titre principal, de réformer le jugement dont appel, et faisant ce que le premier juge eut dû faire, de dire pour droit qu'elle présentait une incapacité de travail permanente d'au moins 33% depuis le 1er décembre 2014 et d'ordonner que la mutuelle dépose un décompte des sommes dues depuis le 1er octobre 2014

- A titre subsidiaire, d'ordonner une mesure d'expertise médicale afin de déterminer si au 1er décembre 2014 et postérieurement, la requérante présentait une incapacité de travail permanente d'au moins 33%.

Elle demandait également la condamnation de la mutuelle aux dépens.

Par un premier arrêt du 14 novembre 2018, la Cour a déclaré l'appel recevable et a désigné un nouvel expert, le Dr Robert, avec la même mission que celle confiée par le Tribunal (état antérieur / article 100).

Dans son rapport, le second expert a relevé qu'il y a accord entre les médecins-conseils des parties pour dire que Mme B. n'a pas de capacité de gain avant son entrée sur le marché du travail. Il a ajouté que « dès lors », à la date litigieuse, le 1er décembre 2014, il peut effectivement être constaté une incapacité de plus de 66%.

Dans son arrêt du 13 novembre 2019, la Cour du travail de Mons a entériné les conclusions de l'expert judiciaire, réformé le jugement entrepris, excepté quant aux frais et dépens de la première instance, annulé la décision querellée et entériné les conclusions de l'expert et enfin dit pour droit que Mme B. devait bénéficier des indemnités AMI à dater du 1er décembre 2014 à charge de la mutuelle, à majorer des intérêts. Il a également condamné la mutuelle aux dépens.

Cet arrêt a été cassé par un arrêt du 22 juin 2020 de la Cour de cassation. Le dossier a été renvoyé à notre Cour, qui reprend donc le fil de la procédure juste avant cet arrêt.

Mme B. a saisi la Cour et les parties ont actualisé leurs demandes par de nouvelles conclusions.

II. OBJET DE L'APPEL

II.1. Demande de Mme B.

Mme B. demande de dire l'appel recevable et fondé, de mettre le jugement entrepris à néant, et

- A titre principal, de dire pour droit qu'elle présente une incapacité de travail de plus de 66% depuis le 1er décembre 2014 et de condamner la mutuelle à lui verser les indemnités légales dues sur base de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, augmentées de intérêts judiciaires

- A titre subsidiaire et avant dire droit, d'ordonner une nouvelle mission d'expertise portant une fois de plus sur l'existence d'une capacité de gain lors de l'entrée sur le marché du travail et sur l'existence d'une réduction de sa capacité de gain à un taux égale ou inférieur à un tiers depuis le 1er décembre 2014.

En tout état de cause, elle demande de condamner la mutuelle aux dépens liquidés à 306,0€ en première instance et à 408,10€ en instance d'appel.

II.2. Demande de la mutuelle

La mutuelle demande de dire l'appel non fondé, d'en débouter Mme B., de confirmer le jugement entrepris et de statuer comme de droit quant aux dépens.

III. LA POSITION DU MINISTERE PUBLIC

Madame le substitut général rappelle que le simple fait que la mutuelle ait indemnisé Mme B. durant quelques année n'est pas un élément suffisant pour démontrer sa capacité de gain. Elle relève que deux expertises ont déjà été diligentées dans ce dossier et qu'il n'est pas nécessaire de désigner un 3ème expert pour qu'elle soit convaincue que Mme B. n'a jamais eu de réelle capacité de gain.

Elle estime l'appel non fondé.

IV. LA DECISION DE LA COUR

IV. 1. Recevabilité de l'appel

L'appel a déjà été déclaré recevable par l'arrêt avant dire droit du 14 novembre 2018.

IV.2. Fondement

En vertu de l'article 100, § 1, alinéa 1, de la loi coordonné du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est reconnu incapable de travailler le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Il faut être indemnisé par la mutuelle, il faut répondre à trois conditions :

1. Avoir cessé toute activité,
2. La cessation doit être la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou troubles fonctionnels,

3. Les lésions ou troubles fonctionnels doivent entraîner une réduction de deux tiers au moins de la capacité de gain du travailleur.

Deux questions doivent être examinées dans le présent dossier.

La **première question** doit être mise en rapport avec la deuxième condition : Est-on dans le présent dossier face à ce qu'il est convenu d'appeler un « état antérieur » ?

A supposer que Mme B. ne soit pas atteinte d'un « état antérieur », il conviendra d'aborder la **deuxième question.** Celle-ci doit être mise en rapport avec la troisième condition : à supposer qu'une capacité de gain existe bien, l'assuré social présente-t-il des lésions ou troubles fonctionnels qui empêchent sa mise en œuvre ? Bien entendu, cette seconde question ne doit être abordée que dans l'hypothèse où l'expert reconnaîtrait une capacité de gain réelle.

Que faut-il entendre par « état antérieur » ?

Le régime de l'assurance-maladie et invalidité a pour objet d'indemniser des personnes qui ont été capables de travailler et ne le sont plus en raison de lésions ou de troubles fonctionnels contractés ou aggravés. Pour reprendre la terminologie de la Cour de cassation, l'article 100, § 1, alinéa 1, précité requiert que le travailleur ait disposé d'une capacité de gain supérieure au tiers de celle de la personne de référence, dont la survenance ou l'aggravation des lésions ou troubles fonctionnels ensuite desquels il cesse toute activité entraîne la réduction dans la mesure que cette disposition prescrit[1].

Une personne qui n'a jamais eu de réelle capacité de gain ne peut imputer une cessation du travail à *l'apparition* de ses lésions ou de ses troubles puisque, par hypothèse, ils étaient présents antérieurement, ni à leur *aggravation*, puisque c'est indépendamment de ladite aggravation qu'elle a toujours été incapable de travailler. Cette capacité de gain minimale s'élève à un tiers de celle d'un travailleur en bonne santé.

Lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'état antérieur d'un assuré social, il faut dont déterminer s'il a bien eu à un moment de sa vie une capacité de gain ou si son état de santé est tel qu'il n'aurait jamais pu accéder au marché du travail.

Si ces circonstances peuvent constituer des indices, cette appréciation est indépendante de l'exercice ou non d'un travail par le passé ou de la perception antérieure d'allocations de

[1] Cass., 22 juin 2020, www.juportal.be

chômage ou de mutuelle. C'est bien de la *capacité* de gain qu'il est question, non de sa mise en œuvre.

La reconnaissance d'un état antérieur a pour conséquence d'exclure l'assuré social concerné du bénéfice des allocations de chômage et des indemnités d'assurance maladie-invalidité.

Une question délicate est de déterminer quand il faut se placer pour apprécier l'état antérieur. On lit souvent que c'est lors de l'entrée sur le marché du travail, c'est à dire soit lorsque l'assuré social commence à travailler, soit lorsqu'il manifeste son souhait de le faire par une recherche d'emploi et/ou une inscription comme demandeur d'emploi.

La Cour se rallie toutefois à la tendance jurisprudentielle[2] qui considère, à juste titre, que l'article 100 de la loi du 14 juillet 1991 (sur lequel repose la construction de l'état antérieur) ne précise pas le moment où la capacité de gain doit s'apprécier et que se placer au moment de l'entrée sur le marché du travail peut avoir des conséquences discriminatoires. La Cour du travail de Bruxelles[3] cite ainsi l'exemple d'un étudiant en médecine qui serait victime d'un accident réduisant sa capacité de gain à néant au cours de sa dernière année d'études. Si l'on apprécie la capacité de gain lors de l'entrée sur le marché du travail, il faudra considérer qu'il présente un « état antérieur » alors qu'il n'est pas douteux que la réussite de ses exigeantes études permettait de présumer jusqu'à son accident une capacité de gain réelle.

Poussé à l'extrême, ce raisonnement revient néanmoins à ne retenir pour apprécier un état antérieur que des affections congénitales et à exclure des pathologies évolutives qui auraient constitué un frein plus que sérieux à l'intégration professionnelle dès l'enfance ou l'adolescence – ce qui semble quelque peu excessif. En effet, cela reviendrait à considérer qu'en enfant qui a subi un grave accident à l'âge de deux ans dont les séquelles empêchent tout accès au marché du travail à l'âge adulte doit être indemnisé comme s'il avait pu intégrer celui-ci, ce qui n'est manifestement pas l'esprit d'un régime contributif comme celui de l'assurance maladie-invalidité. En outre, cela pourrait potentiellement conduire à de nouvelles discriminations entre assurés sociaux selon que la pathologie qui réduit leur capacité de gain à une peau de chagrin est congénitale ou pas.

L'apport de cette jurisprudence est néanmoins d'attirer l'attention sur la circonstance que la loi ne précise pas quand la capacité de gain s'apprécie dans l'hypothèse de l'état antérieur (ce qui est regrettable) et qu'il faut faire preuve de bon sens et de souplesse, en particulier face à une détérioration de l'état de santé à l'âge adulte, à un moment où l'accession au

[2]C. trav. Liège (Liège), 24 janvier 2022, RG 2021/AL/235, *inédit*, C. trav. Liège (Liège,) 26 avril 2019, R.G. 2017/AL/432, www.terralaboris.be, Arb.Hof Brussel, 11 juin 2009, RG 50.928, www.juportal.be.
[3] Arb.Hof Brussel, 11 juin 2009, RG 50.928, www.juportal.be.

marché du travail était possible même si elle n'a pas été effective. Un assuré social qui a présenté une capacité de gain, même faible, à l'âge adulte, fût-ce avant son accession au marché du travail, ne peut être reconnu comme présentant un « état antérieur ».

Dans le cas de Mme B., malheureusement pour elle, les deux rapports d'expertise qui figurent au dossier dressent un tableau très sombre.

L'accident de la circulation dont elle a été victime à 7 ans, qui lui a infligé un traumatisme crânien sévère, et des problèmes neuropsychologiques non négligeables (e.a. déficit de la mémoire à long terme). Son quotient intellectuel a été estimé à 57, elle n'a pas achevé d'études secondaires et son propre médecin traitant, qui la suit depuis 1988, a rédigé un rapport déclarant qu'elle n'a jamais été en état de travailler pour des raisons physiques et psychologiques (atopie, troubles neurovégétatifs, migraines, cervicalgies, céphalées, dermographies, érythrodermie, dépression). Ce tableau est celui d'une personne dénuée de capacité de gain.

Ce n'est pas alors qu'elle était sur le point de commencer à travailler que Mme B. a été victime de cet accident, mais alors qu'elle était encore fort éloignée de son entrée sur le marché du travail. Elle n'a jamais eu de capacité de gain à l'âge adulte.

Sans qu'il soit nécessaire d'entériner aucun des deux rapport d'expertise, qui peuvent s'interpréter comme contradictoires et prêter le flanc à la critique, la Cour y puise des éléments médicaux qui la convainquent que Mme B. n'a jamais eu la capacité de gain requise par l'article 100 précité.

Dès lors que le dispositif du jugement entrepris était manifestement entaché de contradiction interne (il confirmait la décision administrative de la mutuelle mais condamnait la mutuelle à lui verser de indemnités depuis le 1er décembre 2014 !), il y a lieu de formuler un nouveau dispositif et de dire pour droit que c'est à bon droit que la mutuelle a exclu Mme B. du bénéfice des indemnités d'incapacité à dater du 1er décembre 2014 car elle n'a jamais présenté la capacité de gain requise pour bénéficier de l'assurance indemnités.

Considérant l'argumentation qui précède, tous les autres moyens invoqués sont non pertinents pour la solution du litige.

IV.3. Les dépens

Le Tribunal a correctement liquidé les dépens. Il y a lieu de condamner la mutuelle aux dépens d'appel, conformément à l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire.

En l'espèce, les dépens sont composés de trois éléments :

- Les frais d'expertise,
- L'indemnité de procédure ,
- La contribution au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

Pour ce qui concerne les frais d'expertise, ils ont été taxés par une ordonnance du 29 mai 2019 à la somme de 533,29 € et il y a lieu de condamner la mutuelle à ce montant.

Concernant l'indemnité de procédure, la Cour considère que l'action a pour objet de fixer un droit, 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 demande[4].

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 204,09€, soit le montant de base pour les demandes non évaluables en argent.

Enfin, en vertu de l'article 4, § 2, alinéa 3, de la loi du 19 mars 2017 instituant un fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne, sauf si la partie succombante bénéficie de l'aide juridique de deuxième ligne ou de l'assistance judiciaire, la juridiction liquide le montant de la contribution au fonds dans la décision définitive qui prononce la condamnation aux dépens. Cette contribution doit être liquidée en termes de dépens même si elle n'a pas été perçue lors de l'inscription de la cause au rôle[5].

Dans les matières visées par l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire ou des dispositions sectorielles analogues, il y a lieu de considérer que c'est toujours l'institution de sécurité

---

[4] 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.
[5] Cass., 26 novembre 2018, www.juportal.be

sociale, ou l'institution coopérante de sécurité sociale, qui succombe, sauf en cas de recours téméraire et vexatoire. Il convient de lui faire supporter la contribution de 22 €.

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,

- L'appel ayant été déclaré recevable,
- Dit pour droit que c'est à bon droit que la mutuelle a exclu Mme B. du bénéfice des indemnités d'incapacité à dater du 1er décembre 2014 car cette dernière n'a jamais présenté la capacité de gain requise pour bénéficier de l'assurance indemnités,
- Condamne la mutuelle aux dépens, soit 533,29 € de frais d'expertise, l'indemnité de procédure de 204,09€ et la contribution de 22€ au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de première ligne.

Ainsi arrêté et signé avant la prononciation par Mesdames, Monsieur :

K S, Conseillère faisant fonction de Présidente,
C V, Conseillère sociale au titre d'employeur,
C L, conseiller social au titre d'employé
qui ont participé aux débats de la cause,
assistés de N F, Greffière,
lesquels signent ci-dessous :

la Greffière, les Conseillers sociaux, la Présidente,

ET PRONONCÉ, anticipativement, en langue française et en audience publique de la Chambre 2-A de la Cour du travail de Liège, division Liège, en l'annexe sud du Palais de Justice de Liège, place Saint-Lambert, 30, à Liège, le **DIX OCTOBRE DEUX MILLE VINGT-DEUX,**
par Madame K S, Conseillère faisant fonction de Présidente,
assistée de N F, Greffière, qui signent ci-dessous :

la Greffière, la Présidente,