



N° d'ordre

Numéro du répertoire 2023 /
R.G. Trib. Trav. 19/847/A
Date du prononcé 25 MAI 2023
Numéro du rôle 2022/AN/93
En cause de : SA C/M.V.

Expédition

Délivrée à Pour la partie
le € JGR

Cour du travail de Liège

Division Namur

CHAMBRE 6-B

Arrêt

Contrat de travail – ouvrier – assurance complémentaire – contrat d'assurance collective « incapacité de travail » – notion de maladie au sens du contrat d'assurance
Droit judiciaire – effet dévolutif

EN CAUSE :

LA S.A., inscrite à la BCE sous le n° , dont le siège social est établi à
partie appelante, ci-après la SA ou l'assureur
comparaissant par ses conseils

CONTRE :

Monsieur, RRN , domicilié à
partie intimée, ci-après Monsieur V.,
comparaissant par Madame Adèle DUMONT, déléguée syndicale à la CSC Namur-Dinant,
porteuse de procuration, dont les bureaux sont établis à 5004 BOUGE, chaussée de
Louvain 510.

•
• •

INDICATIONS DE PROCÉDURE

Vu en forme régulière les pièces du dossier de la procédure à la clôture des débats le 20 avril 2023, et notamment :

- le jugement attaqué, rendu contradictoirement entre parties le 6 avril 2021 par le tribunal du travail de Liège, division Namur, 8^e chambre (R.G. n° 19/847/A) ;
- la requête formant appel de ce jugement, remise au greffe de la cour du travail de Liège, division Namur, le 24 juin 2022 et notifiée à la partie intimée par pli judiciaire le 27 juin 2022 invitant les parties à comparaître à l'audience publique du 20 septembre 2022 ;
- l'ordonnance rendue le 20 septembre 2022, sur pied de l'article 747 du Code judiciaire, fixant les plaidoiries à l'audience publique du 20 avril 2023 ;

- les conclusions d'appel et les conclusions de synthèse de Monsieur V., remises au greffe de la cour respectivement les 18 novembre 2022 et 16 février 2023, ainsi que son dossier de pièces, remis le 18 novembre 2022 ;
- les conclusions principales d'appel et les conclusions additionnelles et de synthèse de la SA, remises au greffe de la cour respectivement les 23 janvier et 27 mars 2023, ainsi que son dossier de pièces remis le 4 avril 2023.

Les parties ont plaidé lors de l'audience publique du 20 avril 2023.

La cause a été prise en délibéré lors de la même audience.

I. LES ANTÉCÉDENTS DU LITIGE

Par une requête introductive d'instance du 7 octobre 2019, Monsieur V. a sollicité :

- La condamnation de la SA à lui verser la rente telle que prévue au contrat d'assurance collective « incapacité de travail » souscrite par son employeur en date du 4 février 2008, depuis le 29 novembre 2017 et chiffrée provisionnellement à 1 € ;
- À titre subsidiaire, la désignation d'un médecin expert judiciaire avec pour mission de l'examiner, décrire son état, fixer la pathologie dont il est atteint, dire quelles ont été pour lui toutes et chacune des conséquences de l'incapacité dont il a été victime, fixer dans un premier temps la période d'incapacité totale résultant de la maladie à la date de prise de cours de l'incapacité, puis ultérieurement fixer également la période d'incapacité dont il reste atteint ;
- La condamnation de la SA aux intérêts légaux et judiciaires ;
- La condamnation de la SA aux frais et dépens de l'instance.

Par jugement du 6 avril 2021, le tribunal du travail a considéré en substance que :

- Monsieur V. postulant le bénéfice d'une assurance complémentaire aux indemnités perçues de sa mutuelle, cette demande relève bien de la compétence du tribunal du travail en application de l'article 578, 24°, du Code judiciaire ;
- Le litige concernant l'application d'un contrat d'assurance librement consenti entre l'employeur de Monsieur V. et l'assureur, il convient de se référer aux conditions générales et particulières de ce contrat ;
- L'incapacité de travail de Monsieur V. n'est manifestement pas que la conséquence d'un burnout ;
- À supposer qu'il faille valider le diagnostic de burnout, Monsieur V. remplit les conditions fixées par l'article 13 des conditions générales pour qu'il soit question d'une maladie au sens du contrat d'assurance ;
- Est sans incidence le fait que le burnout puisse être considéré comme un risque psychosocial au sens de la loi du 4 août 1996, ou que l'assureur ait ultérieurement

développé un produit spécifique pour rencontrer la problématique des risques sociaux ;

- Si Monsieur V. peut en l'espèce prétendre à la couverture qui lui est offerte par le contrat souscrit par son employeur, et si la reconnaissance par sa mutuelle d'une invalidité tend à confirmer l'invalidité économique exigée par le contrat, il y a lieu de recourir à l'avis d'un expert.

Le tribunal a dès lors :

- Dit la demande recevable et d'ores et déjà fondée ;
- Dit pour droit que Monsieur V. est bien atteint d'une maladie indemnisable dans le cadre du contrat d'assurance souscrit par son employeur avec la SA ;
- Avant dire droit au fond, désigné en qualité d'expert le docteur P. ; avec pour mission de dire si, à la date du 29 novembre 2017 et dans la période subséquente, Monsieur V. présentait une invalidité économique de 67 % ou plus, cette invalidité étant entendue comme une diminution de la capacité de travail de celui-ci, évaluée au regard de toute activité professionnelle qui soit compatible avec ses connaissances et aptitudes ;
- Réservé à statuer sur le surplus et les dépens.

Il s'agit du jugement attaqué.

À sa demande, le docteur P. a été remplacé par l'expert B. par une ordonnance du tribunal datée du 11 mai 2021.

L'expert désigné a déposé son rapport le 26 octobre 2022 en lequel il conclut que :

« À la date du 29/11/2017 et dans la période subséquente, Monsieur V. présentait une invalidité économique de 67 % ou plus, cette invalidité étant entendue comme une diminution de la capacité de travail de celui-ci, évaluée au regard de toute activité professionnelle qui soit compatible avec ses connaissances et aptitudes. Cette incapacité doit être prolongée jusqu'au 01/12/2020, date de la reprise d'une activité professionnelle à mi-temps. »

Par son appel, l'assureur demande :

- À titre principal, que les demandes originaires de Monsieur V. soient déclarées recevables, mais non fondées, et sa condamnation au paiement des entiers dépens des deux instances en ce compris les indemnités de procédures et la totalité des frais d'expertise ;
- À titre subsidiaire, que soit ordonnée la réouverture de l'expertise judiciaire, et confiée au docteur B. ou à défaut à l'expert judiciaire que la cour de céans désignera la mission complémentaire suivante :

« Évaluer le taux “d’invalidité économique” au sens du contrat d’assurance - entendue comme étant “une diminution de la capacité de travail de l’assuré, consécutive à une invalidité physiologique. Le degré d’invalidité économique est apprécié en tenant compte uniquement des possibilités pour l’assuré de se réadapter dans une activité professionnelle qui soit compatible avec ses connaissances et ses aptitudes.” - et ce, durant la période litigieuse s’étendant tout au plus du 29 novembre 2017 au 28 novembre 2019.

« L’invalidité physiologique » susmentionnée est elle-même définie par le contrat comme une « diminution de l’intégrité physique de l’assuré dont le degré est fixé par décision médicale en tenant compte du Barème officiel belge des Invalidités ou de tout autre document officiel appelé à le compléter ou le remplacer. »

- À titre infiniment subsidiaire, que soit entériné le rapport d’expertise judiciaire, notamment en ce qu’il a considéré que l’invalidité économique de Monsieur V. s’évalue à 67 % du 29 novembre 2017 au 1^{er} décembre 2020 et ensuite à 25 % jusqu’à la fin de la prise en charge partielle par l’INAMI, et qu’il soit dit pour droit qu’il y a lieu de prendre en compte le délai de carence d’un mois et de limiter la période couverte à 2 ans, soit jusqu’au 28 novembre 2019 pour le calcul de la rente

Monsieur V. demande pour sa part :

- La confirmation du jugement dont appel et du rapport définitif de l’expert, en ce sens qu’il reconnaît qu’il présente bien une invalidité économique d’au moins 67 % ;
- En conséquence que sa demande originaire soit déclarée fondée ;
- La condamnation de l’assureur à calculer et verser les indemnités dues en vertu du contrat ;
- Que la charge intégrale des dépens soit délaissée à l’assureur dans les deux instances.

II. LA RECEVABILITÉ DE L’APPEL

Le jugement dont appel est un jugement mixte susceptible d’appel.

Il ne ressort d’aucun élément du dossier que le jugement dont appel aurait été signifié, de sorte que l’appel, régulier en la forme, est recevable.

III. LES FAITS

Monsieur V. est occupé comme ouvrier manœuvre depuis 2003 par l’Institut, qui a souscrit le 4 février 2008 une assurance collective « incapacité de travail » prenant effet au 1^{er} janvier 2008 au profit de ses travailleurs.

Monsieur V. ayant été en incapacité de travail à partir du 29 novembre 2017, son employeur a effectué une déclaration de sinistre en date du 7 décembre 2017.

Le 26 février 2018, l'assureur réceptionne un questionnaire médical complété :

- Le 20 février 2018 par le docteur O. , qui pose un diagnostic de dépression réactionnelle sur base des symptômes suivants : dyspnée et malaise lipothymique. En ce formulaire, le médecin traitant de Monsieur V. indique en outre que celui-ci est atteint de troubles de l'humeur et somatoformes modérés, et il est en outre précisé que sont mis en œuvre à titre de mesures thérapeutiques un traitement médicamenteux (Cymbalta 60 mg) et une prise en charge spécialisée en pneumologie ainsi que par un ostéopathe ;
- Le 22 février 2018 par Monsieur V. qui indique que le facteur déclenchant de son arrêt de travail a été les conditions de travail, et que la plainte qui l'a amené à consulter est une oppression respiratoire.

Le 8 mars 2018, l'employeur de Monsieur V. souscrit au profit de ses travailleurs une assurance collective « incapacité de travail » prenant effet au 1^{er} janvier 2017, annulant et remplaçant le contrat précédent, et dont les conditions particulières diffèrent en ce que son article 8.3 porte que le droit aux prestations ne s'ouvre qu'à l'expiration d'un délai de carence d'un mois prenant cours le 1^{er} jour de l'incapacité de travail médicalement constatée, alors que précédemment s'agissant des ouvriers, ce délai de carence n'était que de 14 jours.

En date du 25 mai 2018, Monsieur V. transmettra au médecin-conseil de l'assureur, sur demande de ce dernier du 7 mai 2018, divers documents :

- Un rapport daté du 18 décembre 2017 du docteur V , pneumologue, établi à la suite d'une consultation le 7 décembre 2017, qui conclut à l'existence « d'une dyspnée comportementale chez ce patient qui est stressé par des problèmes professionnels » ;
- Un rapport daté du 23 mai 2018 de son médecin traitant, le docteur P. , qui indique que Monsieur V. « est actuellement en incapacité de travail suite au burnout qu'il a présenté fin d'année passée dans un contexte professionnel difficile, corroboré par un stress général (anxiété généralisée, tendance à la consommation d'alcool) secondaire à des deuils non résolus (perte d'un bébé, de son père par suicide, de son frère brutalement accidenté...). L'ensemble de ces stress l'ont amené à décompenser physiquement et psychologiquement » ;
- Un rapport daté du 23 mai 2018 de la psychologue L , dont le contenu est le suivant :
« Depuis le 1^{er} mars 2018, je reçois Monsieur V. en suivi psychologique. La demande du patient s'inscrit dans le décours d'un épisode de dépression majeure avec une composante d'épuisement professionnel et la présence d'affects anxieux.

Actuellement, le patient continue à ressentir les symptômes suivants :

- *Humeur dépressive*
- *Perte d'intérêts et de plaisirs*
- *Sentiments importants de dévalorisation et culpabilité excessive*
- *Grande fatigue et baisse importante d'énergie tous les jours*
- *Trouble du sommeil : hypersomnie*
- *Perte de confiance en soi*
- *Difficultés cognitives : difficulté d'attention et de concentration, oublis et difficulté à mémoriser, difficultés à prendre des décisions*
- *Irritabilité*
- *Trouble anxieux sous forme de crise d'angoisse : palpitations, gêne respiratoire avec sensations d'oppression, douleurs thoraciques, tremblements, bouffées de chaleur. »*

Le 13 juillet 2018, l'assureur indiquera à Monsieur V. refuser son intervention, sur base de la motivation suivante :

« Nous avons bien reçu les documents concernant votre incapacité de travail du 29/11/2017.

Selon les renseignements que vous nous avez fournis, la cause identifiée de l'incapacité de travail est un burn-out.

Le contrat incapacité de travail souscrit par votre employeur ne couvre pas les risques psychosociaux plus particulièrement engendrés par le stress provoqué par une situation professionnelle. Le burn-out n'est pas une maladie qui doit être identifiée par des symptômes objectifs permettant d'établir un diagnostic selon la définition des conditions générales, mais une difficulté d'adaptation aux conditions de travail.

Nous ne pouvons pas répondre favorablement à votre demande d'intervention. »

Postérieurement et en réaction à de nouveaux courriers de Monsieur V. et de son organisation syndicale, l'assureur maintiendra sa position.

En date du 1^{er} décembre 2020, Monsieur V. a repris ses activités professionnelles à mi-temps.

IV. LE FONDEMENT DE L'APPEL

La position de l'assureur

L'assureur fait valoir en substance que :

- Les demandes de Monsieur V. ne sont pas fondées, car son incapacité de travail résulte exclusivement d'un burnout, alors que le burnout, syndrome autonome, n'est pas une maladie au sens du contrat d'assurance soit une altération de l'état de santé

susceptible d'un diagnostic par un médecin sur la base de symptômes objectifs et faisant l'objet d'un suivi thérapeutique adapté selon les standards médicaux reconnus, mais un facteur qui peut influencer sur l'état de santé dans certaines circonstances, un risque psychosocial lié au travail ;

- L'extension de garantie pour risques psychosociaux n'a pas été souscrite en l'espèce par l'employeur de Monsieur V. ;
- L'expert judiciaire, outre qu'il n'a pas répondu à sa note de faits directoires du 16 septembre 2022, n'a pas correctement accompli sa mission, n'ayant pas évalué l'invalidité économique au regard des critères fixés par le contrat d'assurance alors qu'il s'agit des critères délimitant précisément son intervention, mais ayant pris en compte les critères fixés par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- S'il devait être condamné à prêter sa garantie, il devrait être tenu compte de la période de carence d'un mois prévue à l'article 8.3 des conditions particulières applicables à partir du 1^{er} janvier 2017 pour calculer le montant de la rente, et Monsieur V. ne pourrait recevoir de rente au-delà du 28 novembre 2019 en vertu de l'article 11, point 2, des conditions générales qui prévoit que les troubles psychiques ne sont pas couverts au-delà d'une période d'invalidité de 2 ans.

La position de Monsieur V.

Monsieur V. fait valoir en substance que :

- L'origine de son incapacité de travail est une dépression multifactorielle, non liée exclusivement aux conditions de travail, constitutive d'une altération de son état de santé, dont le diagnostic a été posé par les médecins sur base des symptômes objectivables qu'il présente, et qui a fait l'objet d'un traitement thérapeutique ;
- Le contrat d'assurance, accompagné de ses conditions générales et particulières, n'exclut ni la prise en charge d'une affection d'origine professionnelle ni celle d'une maladie psychologique, et le fait que l'assureur ait développé un produit spécifique pour les risques psychosociaux est irrelevante ;
- Le tribunal ayant déjà tranché que la formulation de l'invalidité économique telle que définie dans les conditions générales et la formulation de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 font toutes deux référence aux professions pouvant être exercées en raison des connaissances et des aptitudes du travailleur en incapacité de travail, il n'appartenait pas à l'assureur d'essayer de remettre en cause ce point en adressant le 16 septembre 2022 un courrier à l'expert, auquel celui-ci n'avait pas à répondre ;
- Vu son statut d'ouvrier, c'est le délai de carence de 14 jours qui s'applique en vertu de l'article 8, § 3 des conditions particulières.

La décision de la cour du travail

Monsieur V. postulant le bénéfice d'une assurance collective garantissant le paiement d'une rente en cas d'incapacité de travail complémentairement aux indemnités légales en cas d'incapacité de travail par suite d'un accident ou d'une maladie, il convient d'avoir égard aux conditions générales et particulières de ce contrat qui en fixent les conditions d'octroi.

La cour renvoie à cet égard à l'article 3 des conditions particulières qui prévoit que « *Le présent contrat garantit le paiement d'une prestation en cas d'incapacité de travail à l'assuré principal lorsque toutes les conditions d'octroi prévues par le contrat d'assurance sont remplies. Cette prestation est appelée "rente".* »

S'agissant des risques couverts, l'article 8 de celles-ci garantit le paiement de la rente en cas d'incapacité de travail résultant notamment d'une maladie, l'invalidité économique devant être de 25 % au moins.

L'incapacité de travail est définie par l'article 10 des conditions générales comme étant la « *période pendant laquelle l'assuré ne peut effectuer totalement ou partiellement le travail qu'il effectuait avant la survenance du sinistre. Pendant cette période d'incapacité de travail, l'assureur versera une indemnité basée sur le degré d'invalidité économique pour autant que toutes les conditions d'octroi des garanties soient remplies.* »

La notion de maladie est définie à l'article 13 des conditions générales comme suit :

« Toute altération d'origine non accidentelle de la santé de l'assuré, présentant des symptômes objectifs qui permettent d'établir un diagnostic ainsi que le traitement thérapeutique adapté selon les standards médicaux reconnus. »

L'article 11 des conditions générales définit pour sa part l'invalidité économique comme suit :

« Une diminution de la capacité de travail de l'assuré, consécutive à une invalidité physiologique. Le degré d'invalidité économique est apprécié en tenant compte uniquement des possibilités pour l'assuré de se réadapter dans une activité professionnelle qui soit compatible avec ses connaissances et ses aptitudes. »

Par invalidité physiologique, l'article 12 des conditions générales indique qu'il y a lieu d'entendre « *une diminution de l'intégrité physique de l'assuré dont le degré est fixé par décision médicale en tenant compte du Barème officiel belge des Invalidités.* »

L'article 9.1 des conditions générales précise encore que :

« L'importance des prestations versées dépend du degré de l'invalidité économique reconnu par le médecin conseil de l'entreprise d'assurances.

Si le degré d'invalidité économique est égal ou supérieur à 67 %, l'incapacité de travail est considérée comme totale.

Le montant des prestations correspond dans ce cas aux montants assurés.

Lorsque le degré d'invalidité économique est inférieur à 67 %, l'incapacité de travail est partielle et les prestations servies sont proportionnelles à ce degré. »

Par conséquent, et en application des articles 8.4 du nouveau Code civil et de l'article 870 du Code judiciaire, il appartient à Monsieur V. de démontrer que son incapacité de travail a été causée par une maladie au sens du contrat d'assurance, soit l'existence :

- D'une altération d'origine non accidentelle de son état de santé ;
- De symptômes objectifs permettant d'établir un diagnostic ;
- D'un traitement thérapeutique adapté selon les standards médicaux reconnus.

La cour, comme les premiers juges, considère que la preuve de ces éléments est rapportée en l'espèce, au vu des différents documents produits aux débats :

- S'agissant de l'altération de l'état de santé, la cour note qu'en son rapport du 23 mai 2018, le médecin traitant de Monsieur V. fait état d'une décompensation physique et psychique de celui-ci, la décompensation étant précisément, en médecine, la dégradation, souvent brutale, d'un organe ou d'un organisme qui était jusqu'alors maintenu en équilibre par des mécanismes de compensation qui empêchaient la survenue de ce dérèglement. Il y précise que cette décompensation a pour origine un ensemble de stress (burnout et stress général secondaire à des deuils non résolus), soit une origine non accidentelle. La cour précise en outre que rien dans les conditions générales ou particulières du contrat d'assurance ne permet d'exclure la garantie prévue par celui-ci lorsque l'altération de l'état de santé de l'assuré a une origine professionnelle ou a pour cause un risque psychosocial, notamment un burnout. Concernant ce dernier point, il est par ailleurs indifférent dans le cadre du présent litige que l'assureur offre un produit d'assurance distinct aux employeurs qui le désirent, destiné à couvrir de manière spécifique les risques psychosociaux.
- Par l'expression « *symptômes objectifs* », il convient d'entendre les symptômes que le médecin décèle chez le patient, par opposition à la locution « *symptômes subjectifs* », qui renvoie aux symptômes que le patient perçoit et dont il fait part au médecin. En l'espèce, si les symptômes décrits par la psychologue L. en son rapport du 23 mai 2018 relèvent de la seconde catégorie, le docteur O. indique au niveau du questionnaire médical « incapacité de travail » qu'il a complété le 20 février 2018 poser un diagnostic de dépression réactionnelle sur base des symptômes objectifs suivants : dyspnée et malaise lipothymique. Il y fait référence à la mise au point pneumologique réalisée le 7 décembre 2017 par le docteur V., qui indique en son rapport du 18 décembre 2017 que la dyspnée et la toux

provoquée par le test de provocation bronchique à la Métacholine ne correspondent en rien à la symptomatologie usuelle, mais « est typique d'une dyspnée comportementale chez ce patient qui est stressé par des problèmes professionnels ».

- Le docteur O. indique au niveau du questionnaire médical « incapacité de travail » qu'il a complété le 20 février 2018 qu'ont été mises en œuvre les mesures thérapeutiques suivantes : un traitement médicamenteux consistant en la prescription de Cymbalta 60 mg, et une prise en charge spécialisée, pneumologique et ostéopathique. En son rapport du 23 mai 2018, il fait en outre état d'un suivi psychologique, dont la réalité est attestée par le rapport de la psychologue L. daté du même jour, qui indique suivre Monsieur V. depuis le 1^{er} mars 2018.

En ce qui concerne le degré d'invalidité économique exigé par le contrat d'assurance, les premiers juges ont estimé que les éléments produits aux débats ne permettaient pas de conclure à l'existence de celle-ci, à tout le moins pour l'ensemble de la période litigieuse, et ont considéré qu'il y avait lieu de recourir à l'avis d'un expert.

L'assureur ne critique pas ceci, mais fait valoir que l'expertise ne peut être considérée comme close, au motif que l'expert judiciaire n'a pas correctement rempli sa mission, et demande qu'une mission complémentaire lui soit dès lors confiée.

La cour de céans, qui considère que c'est à raison que les premiers juges ont eu recours à ladite mission d'expertise, rappelle qu'en vertu de l'article 1068, alinéa 2 du Code judiciaire, le juge d'appel renvoie la cause au premier juge s'il confirme, même partiellement, une mesure d'instruction ordonnée par le jugement entrepris.

Il est par ailleurs acquis que cette exception à l'effet dévolutif de l'appel joue indépendamment de la question de savoir si le jugement d'instruction a entretemps été exécuté ou non¹. Il est donc sans incidence que l'expert désigné par les premiers juges ait accompli sa mission.

La Cour de cassation² a en outre précisé, et la cour de céans se rallie à cette jurisprudence, que lorsqu'il est fait appel d'un jugement mixte, le juge d'appel qui confirme une mesure d'instruction ordonnée par le premier juge n'est pas tenu de statuer sur les chefs de demande qui ne sont pas indépendants de ladite mesure d'instruction.

La cour de céans s'abstiendra dès lors de statuer sur les questions de la réouverture de l'expertise judiciaire, de la prise en compte du délai de carence d'un mois et de la limitation

¹ Cass. 30 janvier 2014, *R.W.*, 2015-2016, p. 790, note B. VAN DEN BERGH ; G. CLOSSET-MARCHAL et J.-Fr. VAN DROOGHENBROECK, *Les voies de recours en droit judiciaire privé*, Bruxelles, Bruylant, 2009, p. 158, n° 252 et les réf. Citées.

² Cass., 18 juin 2015 R.G. n° C.13.0485.F ; Cass., 20 octobre 2000, *Larcier Cass.*, 2000, n° 544 ; Cass., 7 janvier 2000, *Pas.*, 2000, I, p. 25 ; Cass., 11 janvier 1990, *Pas.*, 1990, I, p. 564 ; Cass., 24 décembre 1987, *Pas.*, 1988, I, p. 505, concl. E. Krings.

maximale de la durée de l'incapacité de travail, qui ne sont pas des segments du litige « détachables » de la mesure d'instruction.

Les dépens

Aux termes de l'article 1017 du Code judiciaire, tout jugement définitif prononce, même d'office, la condamnation aux dépens contre la partie qui a succombé, à moins que des lois particulières n'en disposent autrement et sans préjudice de l'accord des parties que, le cas échéant, le juge décrète.

En sa qualité de partie succombante, l'assureur sera donc condamné aux dépens d'appel, ainsi qu'il sera précisé au dispositif du présent arrêt.

L'indemnité de procédure étant définie par l'article 1022 du Code judiciaire comme une intervention forfaitaire dans les frais et honoraires des avocats alors que Monsieur V. est représenté par une déléguée syndicale et que la Cour constitutionnelle, saisie d'un recours en annulation mu par les organisations syndicales qui représentent leurs membres devant les juridictions du travail, a validé le choix du législateur de réserver l'octroi de l'indemnité de procédure aux parties assistées d'un avocat à l'exclusion de celles assistées d'un délégué syndical³, Monsieur V. ne peut prétendre à cette indemnité.

L'assureur verra dès lors sa condamnation aux dépens d'appel, en sa qualité de partie succombante, limitée en pratique à la contribution au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

Après en avoir délibéré,

Statuant publiquement et contradictoirement,

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,

Déclare l'appel recevable, mais non fondé,

Confirme le jugement entrepris ;

³ C. Const., n° 182/2008, 18 décembre 2008, www.const-court.be

Renvoie la cause aux premiers juges en application de l'article 1068, alinéa 2 du Code judiciaire ;

Délaisse à l'assureur ses propres dépens d'appel, et le condamne aux dépens d'appel de Monsieur V., liquidés à zéro euro, ainsi qu'à la somme de 22 € à titre de contribution au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

Ainsi arrêté et signé avant la prononciation par :

Claude DEDOYARD, conseiller faisant fonction de président,
Patrick POCHET, conseiller social au titre d'employeur, qui est dans l'impossibilité de signer le présent arrêt au délibéré duquel il a participé (article 785 alinéa 1 du Code judiciaire)
Francis DEBRY, conseiller social au titre d'ouvrier,
Assistés de Denys DERAMAIX, greffier

le Greffier

le Conseillers social

le Président

et prononcé, en langue française à l'audience publique de la chambre 6-B de la cour du travail de Liège, division Namur, place du Palais de Justice 5 à 5000, Namur, le **25 MAI 2023**, où étaient présents :

Claude DEDOYARD, conseiller faisant fonction de président,
Denys DERAMAIX, greffier,

Le Greffier,

Le Président.