



N° d'ordre

Expédition

Délivrée à
Pour la partie

le
€
JGR

Numéro du répertoire

2023/

R.G. Trib. Trav.

16/7217/A

Date du prononcé

23 janvier 2023

Numéro du rôle

2022/AL/231

En cause de :

I C/
UNION NATIONALE DES
MUTUALITES SOCIALISTES

Cour du travail de Liège

Division Liège

CHAMBRE 2-A

Arrêt

SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS SALARIES - assurance-
maladie-invalidité

Arrêt contradictoire

Définitif

Sécurité sociale – assurance maladie invalidité – contestation
d’expertise au moyen d’un autre rapport d’expertise judiciaire –
mauvaise compréhension de la notion d’incapacité de travail.

EN CAUSE :

Madame C I, domiciliée à
ci-après Mme I., partie appelante,
comparaissant par madame B B, déléguée syndicale, porteur de procuration

CONTRE :

L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES SOCIALISTES, en abrégé UNMS, BCE 0411.724.220,
dont le siège est établi à 1000 BRUXELLES, Rue Saint-Jean, 32-38,
ci-après la mutuelle, partie intimée,
comparaissant par Maître L R qui substitue Maître M M, avocat

•
• •

Vu en forme régulière les pièces du dossier de la procédure à la clôture des débats le 14 novembre 2022, notamment :

- le jugement attaqué, rendu le 21 mars 2022 par le tribunal du travail de Liège, division Liège, 2^{ème} Chambre (R.G. 16/7217/A) ;
- la requête formant appel de ce jugement, reçue au greffe de la Cour le 11 avril 2022 et notifiée à l'intimée le 12 avril 2022 par pli judiciaire ;
- le dossier de la procédure du tribunal du travail de Liège, division Liège, reçu au greffe de la Cour le 13 avril 2022;

- l'ordonnance de fixation prise sur base de l'article 747 du Code judiciaire le 18 mai 2022 et notifiée par plis simples aux parties le 19 mai 2022, fixant la cause à l'audience publique de la chambre 2-A du 14 novembre 2022 ;

- les conclusions d'appel et le dossier de pièces de l'intimée remis au greffe de la Cour le 4 juillet 2022 ;

- les conclusions et le dossier de pièces de l'appelante remis au greffe de la Cour le 1^{er} septembre 2022 ;

- les conclusions de synthèse de l'intimée remises au greffe de la Cour le 18 octobre 2022 ;

- le dossier de l'intimée et celui de l'appelante déposé à l'audience du 14 novembre 2022 ;

Entendu les conseils des parties en leurs explications à l'audience publique du 14 novembre 2022.

Entendu, après la clôture des débats, l'avis oral du ministère public donné en langue française par Monsieur Matthieu SIMON, substitut général délégué, auquel la partie appelante a répliqué oralement.

•

• •

I. FAITS ET ANTECEDENTS DE LA PROCEDURE

Le litige porte sur l'état de santé de Mme I. et plus précisément sur la question de savoir si elle remplit les conditions médicales pour être indemnisée par sa mutuelle.

Cette question a donné lieu à un précédent dossier, monté en degré d'appel. Les arrêts auxquels il a donné lieu ont été déposés et la Cour en reproduit des extraits.

Mme I. est née le 23 avril 1969. Après des études secondaires professionnelles en habillement, elle a travaillé comme vendeuse en boulangerie-épicerie de 1991 à 2001, avant d'être indemnisée par l'ONEm. Elle a été reconnue incapable de travailler par sa mutuelle à partir du 16 septembre 2013 en raison de scapulalgies droites sur tendinite.

Mme I. est victime de violences conjugales. Elle a été admise aux urgences le 28 avril 2014 et a gardé des séquelles à l'oreille gauche (perte partielle de l'audition). Le rapport des urgences indiquait une incapacité temporaire de travail de 4 jours. Elle a été une nouvelle fois admise le 15 septembre 2014 pour une plaie à la jambe gauche (sur laquelle son compagnon avait jeté une chaise) qui lui a valu 3 points de suture.

Le 30 novembre 2015, elle a été victime d'un accident de voiture (passagère arrière dans un véhicule qui a été percuté derrière à l'arrêt du feu rouge).

Le 5 juin 2014, sa mutuelle a estimé qu'elle était à même de reprendre le travail à partir du 18 juin 2014.

Cette décision, relative à une période litigieuse qui s'ouvrait le 18 juin 2014, a donné lieu au précédent litige.

Alors qu'il était pendant devant le Tribunal du travail, Mme I. a formé une nouvelle demande de reconnaissance de son incapacité en raison de l'aggravation de son état dépressif et elle a été reprise en charge par sa mutuelle le 7 mars 2016.

Dès lors, la période litigieuse dont la Cour a eu à connaître précédemment concernait la capacité de gain de Mme I. pour la période s'étendant du 18 juin 2014 au 6 mars 2016.

Néanmoins, le 13 septembre 2016, la mutuelle a adopté une nouvelle décision estimant que Mme I. était apte à reprendre le travail, et ce à dater du 3 octobre 2016.

Cette seconde décision a été contestée par une requête du 7 décembre 2016, ce qui a initié le présent litige. Mme I. demandait la condamnation de la mutuelle à lui verser les indemnités légales à partir du 3 octobre 2016.

Dans le cadre du présent dossier, un expert, le Dr Penders, a été désigné par le Tribunal du travail de Liège, division Liège. Le 18 janvier 2018, il a déposé un rapport arrivant à une conclusion défavorable à Mme I., et, suite à une demande de complément d'expertise, a déposé de nouvelles conclusions tout aussi défavorables le 13 août 2019.

Parallèlement, dans le cadre du premier litige actuellement clôturé (portant sur la période du 18 juin 2014 au 6 mars 2016), le Tribunal du travail de Liège, saisi du recours de Mme I., avait désigné un expert dont les conclusions étaient défavorables à Mme I. et ensuite entériné ce rapport. Saisie en appel d'une demande d'écartement du rapport d'expertise, la Cour avait décidé d'y faire droit et de désigner un nouvel expert en la personne de la Dre Babilone afin de l'éclairer sur la capacité de gain de Mme I.

L'experte a déposé son rapport au greffe le 5 juin 2019 (soit 2 mois seulement avant le rapport de l'expertise relatif à la période postérieure). Elle est arrivée à la conclusion que, durant la période litigieuse, Mme I. présentait bien l'état d'incapacité de travail tel qu'il est déterminé par l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, en raison d'une part de problèmes ostéo-articulaires qui lui ferment les portes d'une activité avec port de charge lourde et, d'autre part, de problèmes psycho-pathologiques extrêmement importants entravant manifestement de manière considérable ses relations à autrui et par conséquent compromettant toute insertion dans un milieu professionnel.

Ce rapport d'expertise a été entériné par un arrêt du 24 février 2020 qui a constaté que Mme I. remplissait les conditions médicales pour être indemnisée du 18 juin 2014 au 6 mars 2016. Cet arrêt a clos la précédente procédure.

Dans le litige actuellement soumis à la Cour, le Tribunal a, malgré la contestation de Mme I., entériné le rapport d'expertise et déclaré son recours non fondé par un jugement du 21 mars 2022.

Mme I. a interjeté appel de ce jugement le 11 avril 2022.

II. OBJET DE L'APPEL

II.1. Demande de Mme I.

Mme I. fait valoir que l'expertise de la Dre Babilone déposée dans le cadre du précédent litige examinait son état de santé jusqu'au moment où elle s'est prononcée (le 4 juin 2019, veille du dépôt) et que si la période litigieuse auquel se rapporte ce rapport était révolue, son état de santé n'avait pas évolué entre la fin de la période litigieuse du premier litige en mars 2016 et le début de la seconde période litigieuse en octobre 2016. Elle postule l'écartement du rapport du Dr Penders et la reconnaissance de l'incapacité sur pied de celui de la Dre Babilone, déjà entériné en raison de ses qualités.

Subsidiairement, elle demande l'écartement du rapport du Dr Penders et la désignation de la Dre Babilone comme expert.

II.2. Demande de la mutuelle

La mutuelle fait valoir que l'expertise confiée au Dr Penders dans le présent litige doit primer sur celle de la Dre Babilone réalisée dans un autre litige et se rapportant à une autre période litigieuse, antérieure à la période discutée en l'espèce.

La mutuelle demande de déclarer l'appel non fondé, de confirmer le jugement entrepris et de statuer comme de droit quant aux dépens.

A titre subsidiaire, elle demande de désigner un nouvel expert à qui sera confiée la mission habituelle de dire si Mme I. présentait ou non une incapacité de travail conforme à l'article 100 de la loi du 14 juin 1994 à la date du 3 octobre 2016 après avoir pris connaissance des rapports des experts Penders et Babilone.

III. LA POSITION DU MINISTERE PUBLIC

Monsieur le substitut général délégué a exposé les motifs pour lesquels il estimait que le rapport d'expertise du Dr Penders était plus convaincant. Il s'est déclaré favorable à la confirmation du jugement.

IV. LA DECISION DE LA COUR

IV. 1. Recevabilité de l'appel

Le jugement du 21 mars 2022 a été notifié le 23 mars 2022. L'appel du 11 avril 2022 a été introduit dans le délai légal. Les autres conditions de recevabilité sont réunies. L'appel est recevable.

IV.2. Fondement

Mérites de l'expertise

En vertu de l'article 100, § 1, alinéa 1, de la loi coordonnée 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.

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

Selon le Petit Robert, il faut entendre par fonctionnel « relatif à une fonction. MED., PSYCHOL. *Trouble fonctionnel (ou inorganique)*, qui dénote un mauvais fonctionnement sans cause organique décelable ».

Il faut dès lors entendre par lésions ou troubles fonctionnels toute atteinte physique ou psychique qui diminue la capacité de gain. Peu importe que celle-ci soit visible moyennant le recours à l'imagerie médicale ou qu'elle soit imputable à un organe ou à une cause en particulier. Peu importe également que les troubles soient réfractaires à tout traitement et variables dans le temps. Il est également indifférent qu'il s'agisse de troubles du comportement, inhérents à la personnalité.

Aussi longtemps que les lésions et troubles fonctionnels donnent lieu à une réduction de la capacité de gain (par rapport au groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler durant les six premiers mois et ensuite par rapport aux diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle), résiduairement ramenée à un tiers ou moins, ils peuvent donner lieu à indemnisation.

En outre, lorsqu'un assuré social soutient remplir les conditions médicales (déterminées par l'article 100 précité de la loi du 14 juillet 1994) pour être reconnu en incapacité de travail, il y a lieu de tenir compte de *toutes* les pathologies qu'il présente, quelles que soient leur origine et indépendamment de leur éventuelle indemnisation. La Cour de cassation a eu l'occasion d'exprimer ce principe avec clarté : « Pour l'évaluation de l'incapacité de travail (...), il y a lieu de déterminer la réduction de la capacité du gain, en fonction de l'ensemble des lésions et des troubles fonctionnels dont est victime le bénéficiaire au moment de l'interruption de travail, et pas uniquement en fonction de nouvelles lésions ou troubles fonctionnels ou d'aggravation de lésions ou de troubles qui ont entraîné l'interruption de travail »¹.

Les juridictions du travail recourent classiquement à l'appréciation d'un médecin expert pour les éclairer lorsqu'elles doivent décider si une personne est ou non incapable de travailler.

Toutefois, cette appréciation n'est qu'un éclairage qui ne les lie pas et dont elles peuvent se départir. En vertu de l'article 962, *in fine*, du Code judiciaire, le juge n'est point tenu de suivre l'avis des experts si sa conviction s'y oppose. S'il ne trouve pas dans le rapport les éclaircissements suffisants, le juge peut ordonner soit la réalisation d'une expertise complémentaire par le même expert, soit la réalisation d'une nouvelle expertise par un autre expert (article 984 du Code judiciaire) ou un collège d'experts.

L'absence de réactions aux préliminaires ne prive pas les parties de leur droit de soumettre au juge leurs griefs concernant le rapport d'expertise².

Bien entendu, il ne suffit pas de brandir des attestations médicales pour justifier qu'une expertise soit écartée. La contestation d'un rapport d'expertise suppose que la partie qui conteste apporte des éléments sérieux de nature à mettre en doute les conclusions d'un homme (ou d'une femme) de l'art. En outre, la question n'est pas tant de savoir quand les documents déposés à l'appui de la contestation ont été communiqués ou s'ils sont antérieurs ou postérieurs à la requête, que de savoir si la conviction de la Cour est emportée

¹ Cass., 1^{er} octobre 1990, www.juportal.be

² Cass., 5 octobre 2000 et Cass., 16 février 1995, www.juportal.be.

par l'expertise. Toutes les pathologies ont-elles été réellement et effectivement examinées ? Les arguments invoqués par l'assuré social ont-ils été rencontrés ? L'examen a-t-il été minutieux ? Le processus a-t-il respecté les droits de la défense ?

En l'espèce, le cas de figure est particulier puisque c'est un autre rapport d'expertise judiciaire que Mme I. invoque pour s'opposer à celui du Dr Penders.

Dans le cadre du précédent litige, la Dre Babilone a été invitée à se prononcer sur une période limitée s'étendant du 18 juin 2014 au 6 mars 2016, tandis que dans le cadre du litige actuel, l'expert Penders a examiné une période s'ouvrant le 3 octobre 2016 et toujours en cours.

Néanmoins, vu la durée des procédures judiciaires, les deux expertises se sont déroulées en parallèle.

Le Dr Penders a vu Mme I. le 7 décembre 2017. Il a réalisé une échelle de Hamilton indiquant un score de 12/52, ce qui correspond à une dépression légère. Au titre de la discussion, il indique ce qui suit :

« On observe une personnalité de structure borderline, avec une tonalité paranoïaque et revendicatrice. La composante dépressive reste incontestablement modérée (c'est aussi l'avis de son psychiatre traitant). On se trouve plus que probablement face à la situation chronique habituelle de cette patiente. Nous rappelons que l'incapacité initiale était due à un problème de whiplash. La convalescence de celui-ci est manifestement terminée à la date litigieuse. Les critères de dépression majeure ne sont manifestement pas rencontrés ».

Il a rédigé ses conclusions défavorables à Mme I. le 18 janvier 2018, malgré une réaction de son psychiatre traitant, essentiellement parce que les troubles caractériels constituaient à son sens un « état antérieur », au sens de situation préexistant à l'entrée en incapacité.

Ce rapport a été contesté par Mme I. et un complément d'expertise portant sur les professions lui restant accessibles sera ordonné par un jugement du 31 janvier 2019.

La Dre Babilone a réalisé ses travaux d'expertise en 2018 et 2019. La première séance d'expertise a eu lieu le 25 avril 2018. L'experte relève que « Mme I. a présenté durant toute la séance d'expertise une attitude assez interpellante avec agressivité, éclats de voix, arrogance, polémiquant sans cesse sur le bien-fondé de chaque point abordé lors de l'expertise ». Dans le cadre de cette séance, elle a pris connaissance d'un courrier du psychiatre traitant de Mme I. qui conteste les conclusions du Dr Penders au motif que Mme

I. ne souffrirait pas de simples éléments caractériels de base mais d'un état psychopathologique sérieux et chronique entravant directement les capacités d'insertion professionnelle.

La seconde séance tenue par l'experte Babilone s'est déroulée le 15 avril 2019. Après avoir actualisé le dossier, elle s'est penchée sur les métiers accessibles à Mme I. comme suit :

« Son marché du travail est celui du secteur primaire et comporte des activités avec port de charge lourde comme technicienne de surface, vendeuse-réassortisseuse, téléphoniste, accueil, garderie d'enfants...

Outre les problèmes ostéo-articulaires qui lui ferment les portes d'une activité avec port de charges lourdes telle que citée plus haut, Mme I. présente des problèmes psycho-pathologiques extrêmement importants entravant manifestement de façon considérable ses relations à autrui et par conséquent compromettant toute insertion dans un milieu professionnel.

Lui est donc fermé l'accès à des activités comportant des contacts sociaux, comme serveuse en Horeca, garderie d'enfants, téléphoniste.

Cet état de fait est chronique depuis de nombreuses années et pendant la période litigieuse.

L'expert considère donc qu'au vu de ces limitations, l'expertisée avait durant la période litigieuse perdu plus d'un tiers de sa capacité de travail au sens de l'article 100, § 1, des lois coordonnées le 14 juillet 1994 ».

De son côté, le Dr Penders a procédé au complément d'expertise le 25 juin 2019. Il a estimé évidente la recherche de bénéfices secondaires, tout comme l'absence de pathologie psychiatrique grave. Il indique :

« En bref : il apparaît que les différents éléments notés aujourd'hui étaient déjà présents avant l'entrée en incapacité en 2015 et que nous sommes incontestablement dans une situation de retour à l'état antérieur.

(...)

La situation borderline décrite par le psychiatre est ancienne et stable. Elle ne fait d'ailleurs l'objet d'aucune thérapeutique.

Pour répondre au complément de mission, l'expert, après avoir réexaminé la patiente, estime qu'elle serait capable d'exercer des professions de type vendeuse ou même technicienne de surface.

Elle pourrait exercer cette profession, à tout le moins à mi-temps, et même plus que probablement à temps plein.

Les conclusions précédentes se confirment.

A la date du 3 octobre 2016 et encore à la date de l'expertise, Mme I. ne présente pas l'état d'incapacité de travail tel qu'il est déterminé par l'article 100, § 1, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé indemnités ».

Malgré les observations du service juridique de la CSC, l'expert a maintenu ce point de vue dans ses conclusions définitives du mois d'août 2019.

En réalité, en procédant à une comparaison entre l'état avant l'incapacité reconnue et l'état actuel de Mme I. (ce qu'il appelle le retour à « l'état antérieur ») et en se bornant à constater qu'elle était considérée comme apte avec le même tableau sans s'interroger sur la capacité de gain au regard de toutes les pathologies présentes, l'expert Penders fait une mauvaise application de la notion d'incapacité de travail.

Ainsi que cela a déjà été indiqué, il y a lieu, pour apprécier l'incapacité de travail, de tenir compte de *toutes* les pathologies présentées par l'assuré social depuis l'interruption du travail, quelles que soient leur origine, leur caractère ancien ou chronicisé ; il est erroné de ne vouloir prendre en compte que de nouvelles lésions ou troubles fonctionnels ou l'aggravation de lésions ou de troubles qui ont entraîné l'interruption de travail.

Partant, se borner à dire que Mme I. est dans le même état de santé qu'à une époque où elle n'était pas prise en charge sans examiner si ledit état de santé n'est pas de nature à constituer l'incapacité requise par la législation ne peut convaincre la Cour.

De surcroît, l'analyse que fait le second expert du marché de l'emploi de Mme I. fait l'impasse sur les difficultés psychiques qui sont les siennes et est peu réaliste.

C'est à tort que le Tribunal a entériné le rapport du Dr Penders. Il y a au contraire lieu de l'écarter.

Le rapport de la Dre Babilone a déjà fait l'objet d'un entérinement en raison de ses qualités intrinsèques. Il n'avait d'ailleurs pas été contesté par la mutuelle.

Compte tenu d'une part de sa date de rédaction (juin 2019, soit bien après l'entame de la seconde période litigieuse), mais aussi de son contenu, qui décrit une situation stable, n'ayant pas significativement évolué de juin 2014 à juin 2019 et en réalité non susceptible d'amélioration, il doit être considéré comme s'appliquant également après la période litigieuse pour laquelle il a été établi (du 18 juin 2014 au 6 mars 2016). Le rapport d'expertise de la Dre Babilone établit valablement l'incapacité de travail de Mme I. au sens de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994 depuis le 3 octobre 2016.

Il y a lieu de constater que Mme I. remplit les conditions médicales pour être indemnisée par sa mutuelle.

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

IV.3. 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 deux éléments :

- L'indemnité de procédure
- La contribution au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

En vertu de l'article 1022 du Code judiciaire, l'indemnité de procédure est une intervention forfaitaire dans les frais et honoraires d'avocat de la partie ayant obtenu gain de cause.

Mme I. n'était pas défendu par un avocat et ne peut prétendre à cette indemnité.

La Cour constitutionnelle, saisie d'un recours en annulation mû 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.

Aucune indemnité de procédure n'est due à Mme I.

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

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 rôle⁴.

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 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,

- Dit l'appel recevable et fondé.
- Dit que Mme I. remplit jusqu'à nouvel ordre les conditions médicales pour être indemnisée sur pied de l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités depuis le 3 octobre 2016.
- Condamne, sous réserve de la vérification des autres conditions, la mutuelle à lui verser les indemnités légales de ce chef.
- Condamne la mutuelle aux dépens, soit l'indemnité de 22 € au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

⁴ Cass., 26 novembre 2018, www.juportal.be

Ainsi arrêté et signé avant la prononciation par Madame, Messieurs

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

le Greffier, les Conseillers sociaux, la Présidente,

ET PRONONCÉ, 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 vingt-trois janvier deux mille vingt-trois,
par Madame K S , Conseillère faisant fonction de Présidente,
assistée de L D , Greffier, qui signent ci-dessous :

le Greffier, la Présidente,