



numéro de répertoire 2023/
date du jugement 05/12/2023
numéro de rôle R.G. : 22/ 3934/ A

ne pas présenter à l'inspecteur

expédition		
délivrée à	délivrée à	délivrée à
le €	le €	le €

**Tribunal du travail de
LIEGE, Division LIEGE**

Jugement

Neuvième chambre

présenté le
ne pas enregistrer

En cause :

Madame D (RN: _____), domiciliée

Partie demanderesse, ayant comparu par son conseil Maître Steve GILSON, avocat à 5000 NAMUR, place d'Hastedon, 4/1

Contre :

LA SA BELFIUS ASSURANCES (en abrégé BELINS SA), (BCE: 0405.764.064),

Partie défenderesse, ayant comparu par son conseil Maître
D _____ avocate à _____

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire.

Vu les pièces du dossier de la procédure, à la clôture des débats, et notamment :

- la requête introductive d'instance reçue au greffe le 5/12/2022 ;
- l'ordonnance 747§2 CJ rendue par la première chambre de céans le 24/01/2023 ;
- les conclusions de la SA BELFIUS ASSURANCES reçues au greffe le 24/03/2023 ;
- les conclusions principales de Madame D' _____ reçues au greffe le 24/05/2023 ;
- les conclusions additionnelles et de synthèse de la SA BELFIUS ASSURANCES reçues au greffe le 10/07/2023 ;
- les conclusions additionnelles et de synthèse de Madame D' _____ reçues au greffe le 23/08/2023 ;
- l'état de dépens ;
- le dossier de Madame D'

Entendu les parties présentes ou représentées en leurs dires et moyens à l'audience du 7/11/2023.

I. LES FAITS**1.-**

Madame D _____ est occupée en qualité de gardienne ONE.

Le vendredi 15/03/2019, elle a été victime d'un accident du travail : alors qu'elle se précipitait vers un enfant qui était en position dangereuse, elle a glissé sur un jouet au sol, ce qui a entraîné une chute vers l'avant avec réception sur les deux mains en extension.

Son genou gauche a heurté le sol et elle a ressenti une douleur aigue.
Madame D explique sans être contredite que :

- elle a continué, malgré la douleur, à garder les enfants provisoirement,
- le lundi, malgré la douleur, elle a repris le travail,
- très rapidement, il s'est avéré que la douleur et l'incapacité qui en résultaient étaient extrêmement importants.

2.-

Par courrier du 3/04/2019, la SA BELINS a accusé réception de la déclaration d'accident de Madame D. et lui a demandé, avant de déterminer si l'accident dont question relevait de la loi sur les accidents du travail, la production d'un certificat médical complété et signé par son médecin.

3.-

Le 4/04/2019, Madame D. a subi une première infiltration engendrant un premier jour d'incapacité temporaire totale de travail.

4.-

Par courrier du 8/05/2019, la SA BELINS a indiqué que :

- elle reconnaissait que les faits portés à sa connaissance constituaient un accident du travail,
- elle informait la mutualité de Madame D. qu'elle prenait en charge celui-ci.

Dans ce courrier, l'on peut lire que :

« (...) Nous vous transmettons ci-joint un certificat de guérison. Dès que vous serez rétabli(e), veuillez nous le renvoyer dûment complété et signé par votre médecin-traitant. Par ailleurs, veuillez nous informer de tout traitement médical important que vous auriez à suivre.

Nous vous transmettons, à titre d'information, une brochure destinée aux victimes d'accidents du travail. »

La deuxième page de ce courrier reprend l'article 728 du Code judiciaire, stipulant notamment que le délai de prescription peut être interrompu par une lettre recommandée, par une action en justice, ou sur base des règles de droit commun d'interruption de la prescription.

Elle ne contient pas d'autres précisions, notamment aucune indication sur la possibilité d'introduire un recours en cas de désaccord ainsi que les formes et délais à respecter à cet effet.

5.-

Le 20/06/2019, Madame D' a subi une deuxième infiltration qui a engendré deux jours d'incapacité temporaire totale de travail les 20 et 21/07/2019.

6.-

Par courrier du 4/07/2019, Madame D' a été invitée à se présenter chez le médecin-conseil de la SA BELINS le 19/07/2019.

Dans l'intervalle, le 15/07/2019, Madame D' a subi une nouvelle infiltration entraînant deux nouveaux jours d'incapacité temporaire totale de travail les 15 et 16/07/2019.

Par courrier du 23/10/2019, Madame D' a été invitée à se présenter une seconde fois chez le médecin-conseil de la SA BELINS le 14/11/2019.

Sur base de l'examen pratiqué, celui-ci a considéré que Madame D. était guérie sans séquelles.

7.-

Dans son courrier du 3/12/2019, la SA BELINS a indiqué que (le Tribunal souligne) :

« L'examen médical que vous avez subi chez notre médecin-conseil indique que vous êtes entièrement rétabli(e) des suites de votre accident du travail. »

Par conséquent, nous clôturons ce dossier.

Vous pouvez également nous transmettre vos questions et vos documents par mail, à l'exception des frais médicaux, à l'adresse suivante (...)

Pour tout complément d'information, n'hésitez pas à nous contacter, en n'oubliant pas de mentionner le numéro de votre sinistre. Nous serons ainsi en mesure de vous aider plus efficacement (...) ».

Ce courrier ne mentionnait pas la possibilité d'introduire un recours en cas de désaccord ainsi que les formes et délais à respecter à cet effet.

8.-

A une date indéterminée, Madame D' est, à nouveau, tombée en incapacité de travail.

Par courrier du 1/03/2021, sa mutualité lui a indiqué que :

« (...) Votre incapacité résulte d'un accident de travail. Dès lors, vos indemnités seront à charge de la compagnie d'assurances de votre employeur. Dans l'hypothèse où cette compagnie émettrait des réserves ou refuserait d'intervenir, nous pourrions procéder au paiement des indemnités, à titre provisionnel. ».

A une date également indéterminée, Madame D a demandé à la SA BELINS une prise en charge.

Par courrier du 15/07/2021, il lui a été répondu que :

« Nous accusons réception du rapport de notre médecin-conseil qui maintient ses précédentes conclusions, soit votre guérison depuis son examen du 14/12/2019.

Nous vous renvoyons donc à notre courrier du 3/12/2019.

Nous vous invitons toutefois à nous transmettre un rapport motivé de votre médecin-traitant spécialiste thérapeute dans le cadre d'une éventuelle injection d'acide hyaluronique. »

Pas plus que le précédent, ce courrier ne mentionnait-il la possibilité d'introduire un recours en cas de désaccord ainsi que les formes et délais à respecter à cet effet.

9.-

Dans un rapport du 27/07/2021, le Docteur B a formulé une demande de réouverture de dossier pour avis +/- prise en charge par infiltration – Motif : récurrence de gonalgie G (accident du travail du 15/03/2019).

Par courrier du 6/08/2021, la SA BELINS a refusé la prise en charge, renvoyant à la position de son médecin-ici.

Une fois de plus, ce courrier est muet quant à la possibilité d'introduire un recours en cas de désaccord ainsi que les formes et délais à respecter à cet effet.

10.-

Le 28/03/2022, le Docteur L a rédigé un rapport dans lequel l'on peut lire que :

« Madame D a été victime d'un accident du travail en date du 15/03/2018.

A la suite d'une chute sur le genou gauche, elle présente une lésion sous forme d'une contusion fémoro-patellaire.

Cette lésion survient sur un genou gauche qui avait fait l'objet d'exploration antérieures, par arthroscanner en date du 28/02/2019, qui démontrait : « Dysplasie trochléenne de type C selon Dejour. Dysplasie patellaire de type Wiberg III. Séquelles de déminéralisation osseuse agueussites il hauteur du condyle externe. Lésions cartilagineuses également au niveau des compartiments fémoro-tibiaux prédominant en interne. Fragmentation de la corne antérieure du ménisgue existes sur ménisgue dégénératif. Forte présomption d'avulsion d'une petite languette méniscale aux dépens de l'insertion postérieure du ménisgue interne ».

Un examen comparatif des deux genoux réalisé en date du 10/03/2022, démontre un pincement fémoro-patellaire externe gauche d'environ 25% par rapport au côté droit.

Madame D conserve sur le plan subjectif des douleurs du genou gauche, lors de la montée ou descente d'escaliers, lors des positions accroupies ou agenouillées, et de la marche prolongée. Ces plaintes peuvent être mises en rapport avec un conflit fémoro-patellaire.

Elle a bénéficié d'injection cortisonée le 04/04/2019 et d'OSTENIL en date du 20/06/2019, du 24/06/2019 et du 22/08/2019.

Elle a revu le docteur N. en consultation d'orthopédie le 19/01/2022, dans le cadre de la problématique globale du genou gauche.

Le docteur N. estime que la réapparition de la problématique actuelle (douleur et dérobement) est en relation avec la gonarthrose des deux compartiments fémoro-tibiaux et de la dégénérescence de la core antérieure du ménisque externe et de la cornée postérieure du ménisque interne. Ces lésions ne sont pas en rapport avec la lésion fémoro-patellaire.

Evaluation du dommage :

En conséquence du sinistre du 15/03/2019, je retiens une lésion de chondropathie fémoro-patellaire post traumatique externe du genou gauche suite à la chute du genou gauche. Un pincement de l'interligne fémoro-patellaire externe gauche de 25% par rapport au côté droit confirme l'atteinte séquellaire des suites du sinistre.

Les incapacités temporaires suivantes doivent être retenues :

- 100% le 04/04/2019.
- 100% du 20/06/2019 au 21/06/2019.
- 100% du 24/06/2019 au 21/06/2019.

La date de consolidation fixée au 01/12/2019 peut être admise.

Un taux d'incapacité permanente partielle de travail de 5% doit être retenu. ».

Par requête reçue au greffe le 5/12/2022, Madame D. a initié la présente procédure.

II. OBJET DE LA DEMANDE

11.-

Madame D. postule de déclarer sa demande recevable et fondée, ce faisant :

- dire l'action non prescrite ;
- annuler/réformer la décision de la SA BELINS qui considère que Madame D n'a pas conservé de séquelles des suites de son accident ;
- à titre de mesure avant dire droit, en application des articles 735 du Code judiciaire, désigner un expert judiciaire médecin avec pour mission :
 - o d'établir un résumé succinct de l'identité de la concluante, de ses antécédents, des plaintes, et de sa situation et formation professionnelles,
 - o d'examiner contradictoirement la concluante et de :
 - i. décrire dans leur évolution les lésions et troubles dont elle fut et demeure atteinte ensuite de l'accident du 15 mars 2019 ;
 - ii. déterminer les taux et périodes d'incapacité, partielles et/ou totales, ainsi qu'une éventuelle date de guérison ou de consolidation, en

tenant compte de la mesure dans laquelle ces lésions et troubles constituent, à titre définitif, un handicap professionnel pour la victime ;

- iii. de dire si l'état de Madame D nécessite des appareils de prothèse et/ou orthopédie et de dire quels sont les frais de soins de santé, de consultations médicales, les soins pharmaceutiques, homéopathiques, etc. en lien avec l'accident et à prendre en charge par la SA BELINS ;
 - iv. de donner son avis au sujet de la diminution de capacité professionnelle du requérant et de dire quelle influence la dépréciation physiologique est susceptible d'avoir sur la capacité professionnelle du requérant ;
 - v. de répondre aux faits directoires des parties;
 - vi. du tout dresser rapport, à déposer dans les trois mois, à compter du jour où les services du greffe lui auront communiqué la présente ordonnance à la requête de la partie la plus diligente condamner la SA BELINS à verser à Madame D l'indemnisation prévue par la loi du 10 avril 1971;
- condamner la SA BELINS à indemniser en tant que suite de l'accident du travail du 15/03/2019 les périodes d'incapacité de travail de Madame D, à majorer des intérêts,
 - fixer la date de consolidation des lésions de Madame D ;
 - fixer le taux d'incapacité permanente partielle de Madame D ;
 - condamner la SA BELINS au paiement de tous les divers traitements de Madame D dont un montant provisionnel de 1,00 €;
 - condamner la SA BELINS aux intérêts légaux et judiciaires sur ces sommes ;
 - condamner la SA BELINS aux entiers frais et dépens de l'instance en ce compris l'indemnité de procédure liquidée à 163,98 € à majorer des intérêts moratoires à dater de leur exigibilité et des intérêts judiciaires à dater de la requête introductive d'instance, au taux légal ;
 - ordonner l'exécution par provision du jugement à intervenir, nonobstant tout recours, sans caution et sans faculté de cantonnement.

III. RECEVABILITE

1) Fondement de la demande

Position des parties

12.-

Madame D conteste une décision de guérison sans incapacité permanente.

Elle estime que sa demande est une demande d'indemnisation au sens de l'article 69 de la loi du 10/04/1971 sur les accidents de travail :

« L'action en paiement des indemnités se prescrit par trois ans (...) »

L'action en paiement des allocations visées aux articles 27bis, dernier alinéa, 27ter et 27quater, se prescrit trois ans après le premier jour qui suit la période de paiement à laquelle ces allocations se rapportent, pour autant que l'action principale en paiement des indemnités afférente à cette période ne soit pas prescrite (...)

Dans les cas visés à l'article 24, alinéa 1er, l'action en paiement des indemnités se prescrit par trois ans à dater de la notification de la décision de déclaration de guérison.»

13.-

La SA BELINS soutient, quant à elle, que l'action de Madame D doit s'entendre comme étant une action en révision fondée sur l'article 72 de la loi du 10/04/1971 relative aux accidents du travail :

« La demande en révision des indemnités, fondée sur une modification de la perte de capacité de travail de la victime ou de la nécessité de l'aide régulière d'une autre personne ou sur le décès de la victime dû aux conséquences de l'accident, peut être introduit dans les trois ans qui suivent la date de l'homologation ou de l'entérinement de l'accord entre les parties ou de la décision ou de la notification visée à l'article 24 ou de la date de l'accident si l'incapacité temporaire de travail ne dépasse pas sept jours et si l'entreprise d'assurances déclare la victime guérie sans incapacité permanente de travail (...) ».

Décision du Tribunal

14.-

Dans son arrêt du 18/06/2009, la Cour d'arbitrage a estimé que :

« Il est vrai, comme le font remarquer le Conseil des ministres et la partie intervenante, que les procédures relatives à la déclaration de guérison sans séquelle d'une victime d'un accident du travail diffèrent sur plusieurs points d'un système à l'autre.

Néanmoins, lorsque la victime d'un accident du travail relevant du secteur privé est déclarée guérie sans incapacité permanente et qu'elle entend contester cette décision et en conséquence obtenir des indemnités compensant une incapacité permanente de travail, la logique du système d'indemnisation dans ce secteur ne justifie pas que l'action dont elle dispose à cette fin soit soumise à un délai qui ne peut être interrompu ou suspendu.

En effet, ni la nature contractuelle du lien qui l'unit à son employeur, ni la nature des tâches effectuées dans le secteur privé, ni la procédure d'indemnisation des accidents du travail, ni enfin le caractère privé des sociétés d'assurances qui interviennent dans ce secteur ne permettent de justifier qu'un délai préfix soit imposé au travailleur du secteur privé victime d'un accident du travail qui entend contester la décision de guérison sans incapacité permanente qui est prise par l'assureur à son sujet.

B.6. Il en va d'autant plus ainsi que les actions en paiement des indemnités prévues par l'article 69 de la loi du 10 avril 1971 sont assorties d'un délai de prescription, tandis que le délai préfix établi par l'article 72,

alinéa 1er, concerne la demande en révision des indemnités fondée sur une modification de la capacité de travail de la victime survenue en conséquence d'un événement postérieur à l'accident.

Dès lors que l'action en contestation de la décision de guérison sans incapacité permanente n'est pas une demande en révision mais s'apparente à une action en paiement d'indemnités, il n'est pas raisonnablement justifié que cette action soit assortie d'un délai préfix et non d'un délai de prescription. ».

Selon la doctrine :

« l'action en contestation de la décision de guérison sans incapacité permanente ne constitue pas une demande en révision, de telle sorte que cette demande, même diligentée sur pied de l'article 72 de la loi du 10 avril 1971, n'est pas soumise à un délai préfixe mais à un délai de prescription. Toute autre interprétation serait contraire au principe de non-discrimination au sens des articles 10 et 11 de la Constitution (C. arb., 18 juin 2009, R.G. n° 4530). » G. MASSART, L. VAN GOSSUM, N. SIMAR et M. STRONGYLOS « Chapitre 9- Révision, allocations complémentaires et allocation spéciale » in Les accidents de travail, 9^e édition, Bruxelles, Larcier, 2018, p. 163-171).

Conformément à la jurisprudence de la Cour d'arbitrage, le Tribunal considère que c'est à bon droit que Madame D soutient que sa demande est une demande d'indemnisation sur pied de l'article 69 de la loi du 10/04/1971 sur les accidents de travail.

2) Point de départ du délai de prescription

Position des parties

15.-

Madame D soutient que le point de départ du délai de prescription est le 3/12/2019, c'est-à-dire la date à laquelle la SA BELINS lui a notifié sa décision de guérison sans séquelles.

16.-

La SA BELINS soutient, quant à elle, que l'incapacité temporaire de travail de Madame D n'a pas atteint 8 jours et que, par conséquent :

- il n'y avait pas lieu de notifier une quelconque décision de guérison sans séquelle, l'article 24§1^{er} précité ne l'imposant pas,
- peu importe que la décision de guérison sans séquelles ne mentionne pas la possibilité d'introduire un recours en cas de désaccord ainsi que les formes et délais à respecter à cet effet, le point de départ du délai de prescription à prendre en compte étant le jour de l'accident, soit le 15/03/2019,
- l'acte interruptif de prescription qu'est la requête de Madame D n'ayant été notifiée au greffe que le 5/12/2022, la demande est prescrite.

Décision du Tribunal

17.-

L'article 69 de la loi du 10/04/1971 sur les accidents du travail distingue trois types d'action :

§1^{er} - l'action en paiement des indemnités

Suivant la jurisprudence, par Indemnité au sens de l'article 69§1^{er}, il convient d'entendre toute indemnité, qu'elle que soit sa dénomination ou son mode d'octroi, due en vertu de la loi par un assureur ou le Fonds des accidents du travail (Cass., 6/09/1982, *Pas.*, 1983, n° 7; Cass., 22/02/1982, *Pas.*, p. 767; Cass., 19/05/2006, *J.T.T.*, 2007, p. 24).

§2 - l'action en paiement des allocations visées aux articles 27bis, dernier alinéa, 27ter et 27quater

Article 27 bis, dernier alinéa : « *En outre, des allocations, dont le montant et les conditions d'octroi sont fixés par le Roi, sont accordées à certaines catégories de victimes ou leurs ayants droit.* »

Article 27 ter : « *Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, l'indexation, les adaptations et les allocations visées à l'article 27bis et, pour les accidents visés à l'article 45quater, les allocations fixées par le Roi. Pour toutes les victimes et leurs ayants droit, les allocations de réévaluation et les réévaluations des allocations visées à l'article 27bis, dernier alinéa, dues à partir du 1er janvier 2012 sont à charge de Fedris. Le Roi peut mettre également à charge de Fedris les allocations précitées qui seront payées pour la première fois après l'année 2012.* »

Article 27 quater : « *La victime d'un accident du travail et les ayants droit visés aux articles 12 à 17 inclus, peuvent prétendre à une allocation spéciale à charge de Fedris, s'ils fournissent la preuve que l'accident ne donnait pas lieu, au moment du fait dommageable, à une réparation comme accident du travail ou comme accident sur le chemin du travail, alors que l'application de la loi au moment de la demande aurait donné lieu à l'octroi d'une rente.* »

§ 3 - l'action en paiement des indemnités suivant les décisions de déclaration de guérison en application de l'article 24, alinéa 1^{er}

« Si l'entreprise d'assurances déclare la victime guérie sans incapacité permanente de travail dans le cas d'une incapacité temporaire de travail de plus de sept jours, l'entreprise d'assurances lui notifie cette décision selon les modalités définies par le Roi.

Si l'incapacité temporaire de travail est de plus de trente jours, la décision de l'entreprise d'assurances de déclarer la victime guérie sans incapacité permanente de travail est justifiée par un certificat médical rédigé par le médecin consulté par la victime ou par le médecin-conseil de l'entreprise d'assurances suivant le modèle déterminé par le Roi. Si la victime ne se présente pas devant le médecin-conseil de l'entreprise d'assurances sans avoir fait part d'un motif valable et après avoir été mise en demeure par l'entreprise d'assurances par lettre recommandée, l'entreprise d'assurances peut lui notifier sa décision de déclaration de guérison (...) ».

Ces trois types d'action sont soumis au même délai de prescription, soit 3 ans.

18.-

Le point de départ du délai de prescription diffère cependant selon les cas :

§1^{er} - l'action en paiement des indemnités

Le point de départ du délai de prescription de l'action en paiement des indemnités prend cours au moment où le droit à la réparation est né (Cass., 8/02/1993, *Pas.*, p. 154; Cass., 22/02/1982, *Pas.*, p. 767, c'est-à-dire le jour où débute cette incapacité de travail (Cass., 4/10/1982, *Pas.*, 1983, p. 161. Voy. aussi L. Van Gossum, N. Simar et M. Strongylos, *Les accidents du travail*, Bruxelles, Larder, 8ème éd., p. 171).

S'agissant de l'action en paiement des indemnités d'incapacité de travail, il naît et la prescription commence donc à courir au début de l'incapacité de travail et non pas le jour de l'accident (voir en ce sens, C.T. Liège, 27/03/2018, R.G. 2017/AN/101, disponible sur www.terralaboris.be).

Suivant la jurisprudence,

- la naissance de ce droit ne dépend pas de la décision de l'entreprise d'assurances reconnaissant ou déniaut à l'accident le caractère d'un accident du travail ou accordant ou refusant à la victime une indemnité à laquelle elle prétend avoir droit (Cass. 16/03/2015, S.12.0102F, disponible sur www.juridat.be ; C.T. Liège, 19/11/2019, R.G. 17/4620/A, disponible sur www.terralaboris.be),
- la prise de cours du délai de prescription ne varie pas suivant que la contestation porte sur l'applicabilité des lois sur les accidents du travail, que la contestation concerne le degré ou la durée de l'incapacité de travail ou encore qu'il s'agit d'une contestation ultérieure (Cass., 18/11/1996, *Pas.*, p. 437),
- le délai de prescription de l'action en paiement d'une indemnité à la suite d'une incapacité de travail prend également cours à une seule et même date, sans distinguer s'il s'agit d'une incapacité temporaire ou d'une incapacité permanente de travail (Cass., 7/09/1981, *Pas.*, 1982, p. 25),
- ce point de départ reste fixé à la même date lorsque l'incapacité de travail, après une interruption, est suivie d'autres incapacités résultant de l'accident, fussent-elles sans lien avec la première (Cass., 4/10/1982, *Pas.*, 1983, p. 161).

§2 - l'action en paiement des allocations

Le point de départ du délai de prescription est le premier jour qui suit la période de paiement à laquelle ces allocations se rapportent, pour autant que l'action principale en paiement des indemnités afférente à cette période ne soit pas prescrite.

§3 - l'action en paiement des indemnités suivant les décisions de déclaration de guérison en application de l'article 24, alinéa 1^{er}

Le point de départ du délai de prescription est la date de la notification de la décision de déclaration de guérison.

19.-

En résumé, la victime d'un accident du travail est soumise à un délai de prescription dont le point de départ diffère selon la durée de son incapacité temporaire de travail :

- si elle n'atteint pas plus de 7 jours, il s'agit du premier jour d'incapacité temporaire de travail, qu'il coïncide ou pas avec le jour de l'accident,
- si elle atteint plus de 7 jours, il s'agit de la date de la notification de la décision de déclaration de guérison.

Une telle différence de traitement ne manque évidemment pas d'interpeller le Tribunal.

Elle est néanmoins indifférente à la solution du litige dans la mesure où, en l'espèce, peu importe que le point de départ du délai de 3 ans soit le premier jour d'incapacité temporaire totale de travail de Madame D c'est-à-dire le 4/04/2019, ou soit le jour de la notification de la décision de guérison sans séquelles, c'est-à-dire le 3/12/2019, la demande est, en toute hypothèse, *a priori* prescrite.

En effet, l'acte interruptif de prescription qu'est la requête introductive d'instance date du 5/12/2022, soit, dans tous les cas, postérieurement à l'échéance du délai de 3 ans.

3. Application de la Charte de l'Assuré social

Position des parties

20.-

Madame D soutient qu'en application de la Charte de l'Assuré social, son action n'est pas prescrite au motif qu'aucune des décisions de la SA BELINS ne mentionnait les voies de recours.

21.-

La SA BELINS estime, quant à elle, que la Charte de l'Assuré social ne trouve pas à s'appliquer dans la mesure où elle n'était même pas tenue de notifier à Madame D une quelconque décision.

Selon elle, son courrier ne peut être considéré comme une décision de refus dans la mesure où il constate uniquement que Madame D est entièrement rétablie des suites de son accident du travail.

Décision du Tribunal

22.-

Le Tribunal ne peut pas suivre la thèse la SA BELINS.

Tout d'abord, le courrier de la SA BELINS du 3/12/2019 implique qu'à partir de cette date, elle n'indemniserait plus les éventuels jours d'incapacité temporaire totale de Madame D , ni ses soins médicaux et qu'aucune indemnité d'incapacité permanente partielle ne lui est due.

A l'estime du Tribunal, il s'agit d'une décision au sens de la Charte, laquelle dispose en son article 2, 8° que :

« Pour l'exécution et l'application de la présente loi et de ses mesures d'exécution, on entend par : (...) 8° " décision " : l'acte juridique unilatéral de portée individuelle émanant d'une institution de sécurité sociale et qui a pour but de produire des effets juridiques à l'égard d'un ou de plusieurs assurés sociaux. ».

A toutes fins utiles, soulignons que s'il est exact que l'article 24 de la loi du 10/04/1971 n'impose la notification d'une décision de guérison sans séquelles que dans le cas où l'incapacité temporaire a eu une durée de plus 7 jours, cet article ne signifie pas pour autant que l'assureur-loi est dispensé de notifier une quelconque décision dans les autres cas, ce en application de l'article 7 de la Charte de l'assuré social qui dispose que :

« Les institutions de sécurité sociale et les services chargés du paiement des prestations sociales sont tenus de faire connaître aux personnes intéressées, au plus tard au moment de l'exécution, toute décision individuelle motivée les concernant. La notification doit en outre mentionner les possibilités de recours existantes ainsi que les formes et délais à respecter à cet effet. ».

La question se pose dès lors de savoir si la décision de la SA BELINS du 3/12/2019, dont le formalisme n'est pas réglé par l'AR du 9/10/2003 portant exécution de l'article 24, alinéa premier, de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, devait ou non respecter l'article 14 de la Charte de l'Assuré social qui dispose que :

« Les décisions d'octroi ou de refus des prestations doivent contenir les mentions suivantes :

- 1° la possibilité d'intenter un recours devant la juridiction compétente ;*
- 2° l'adresse des juridictions compétentes ;*
- 3° le délai et les modalités pour intenter un recours ;*
- 4° le contenu des articles 728 et 1017 du Code judiciaire ;*
- 5° les références du dossier et du service qui gère celui-ci ;*
- 6° la possibilité d'obtenir toute explication sur la décision auprès du service qui gère le dossier ou d'un service d'information désigné.*

Si la décision ne contient pas les mentions prévues à l'alinéa 1er, le délai de recours ne commence pas à courir.

Le Roi peut prévoir que l'alinéa premier ne s'applique pas aux prestations qu'il détermine. »

A cette question, le Tribunal estime devoir répondre oui, dans la lignée de ce que la Cour constitutionnelle a décidé dans son arrêt du 18/11/2021 aux termes duquel elle a estimé que :

« L'article 14 de la Charte de l'assuré social porte spécifiquement sur les mentions que doivent contenir les décisions d'octroi ou de refus des prestations sociales, alors que l'article 7 de la Charte de l'assuré social vise, plus généralement, les mentions que doit contenir la notification de toute décision individuelle motivée relative aux personnes intéressées.

L'article 14 est plus exigeant que l'article 7 quant aux mentions qui doivent être contenues dans la décision d'octroi ou de refus des prestations. Il prévoit également explicitement que si la décision ne répond pas à ces exigences, le délai de recours ne commence pas à courir.

Il résulte de ce qui précède que lorsque, comme en l'espèce, une décision de refus des prestations sociales est en cause, c'est l'article 14 de la Charte de l'assuré social qui s'applique, et non l'article 7 de celle-ci.

B.13. Comme il est dit en B.4.3, l'article 23 de la Charte de l'assuré social a été modifié par la loi du 25 juin 1997 de sorte que les recours visés puissent être introduits dans le délai de prescription fixé dans une législation spécifique lorsque celui-ci est plus favorable que le délai de recours de trois mois fixé par l'article 23, précité, ce qui est le cas pour le délai de prescription de trois ans prévu par l'article 20 de la loi du 3 juillet 1967 pour les actions en paiement d'indemnités.

Conformément à l'intention du législateur, exprimée dans les travaux préparatoires de la loi du 25 juin 1997, et dans une interprétation cohérente de la Charte de l'assuré social dans son ensemble, la modification législative précitée a également pour effet que la notion de délai de recours visée par l'article 14, alinéa 1er, 3°, de la Charte de l'assuré social doit être interprétée de la même manière et vise donc également les délais de prescription. Pareille interprétation est également cohérente par rapport à l'objectif que le législateur a poursuivi par l'article 14, alinéa 1er, 3°, en ce qu'il a voulu garantir que l'assuré social soit informé de toutes les voies de recours qu'il peut exercer contre une décision qui lui serait défavorable.

B.14. Il en résulte qu'en ce qui concerne les actions en paiement d'indemnités, le délai de prescription visé à l'article 20 de la loi du 3 juillet 1967 doit être considéré comme un délai de recours au sens de l'article 14, alinéa 1er, 3°, de la Charte de l'assuré social, de sorte que la décision d'octroyer ou de refuser des prestations sociales en vertu de la loi du 3 juillet 1967 doit faire référence à ce délai et qu'à défaut d'une telle indication, celui-ci ne prend pas cours. »

23.-

Il n'est pas contesté, ni contestable que la décision de la SA BELINS du 3/12/2021, ni aucune autre de ses décisions d'ailleurs, ne mentionnaient les modalités de recours, en sorte que le délai de recours n'a pas pu commencer à courir.

La demande n'est dès lors pas prescrite.

IV. AU FOND

24.-

A l'appui de son recours, Madame D. Docteur L. dépose un rapport médical circonstancié du 28/03/2022.

L'expertise judiciaire est un mode légal de preuve (voir notamment CT Liège, 9^{ème} chambre, 5/1/2009, RG 35.061/08, publié sur www.juridat.be).

Le litige est avant tout d'ordre médical et le Tribunal ne possède pas les connaissances scientifiques et techniques lui permettant d'apprécier le bien-fondé des prétentions de Madame D. telles qu'appuyées par son médecin-conseil.

En conséquence, il y a lieu de désigner un expert médecin avec la mission telle que précisée au dispositif du présent jugement.

25.-

Le Tribunal n'estime pas nécessaire de fixer une réunion d'installation comme le permet l'article 972 du Code judiciaire.

S'agissant d'une expertise « courante », le Tribunal renonce à la consignation de la provision au greffe ou auprès d'un établissement de crédit et dit que la SA AXA BELGIUM prendra directement en charge les provisions sollicitées par l'expert tant pour lui-même que pour les éventuels sapiteurs et ce dans le mois de la demande qui en sera faite.

La prise en charge des frais d'expertise est réglée par l'article 1017 alinéa 2 du Code judiciaire.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL, statuant contradictoirement,

Dit la demande recevable ;

Avant faire droit, désigne en qualité d'expert le Docteur D. rue
lequel aura pour mission en se conformant aux prescrits des articles 962 à 991bis du Code judiciaire, en un rapport écrit et motivé de :

- 1) de communiquer aux parties les lieu, jour et heure du début de ses travaux, dans les quinze jours de la notification du jugement par le greffe ;
- 2) de prendre connaissance des dossiers médicaux des parties que celles-ci communiqueront conformément à l'article 972bis, §1er du Code judiciaire ;
- 3) de tenter de concilier les parties en application de l'article 977 du Code judiciaire et le cas échéant, constater leur accord par écrit ;
- 4) d'examiner contradictoirement Madame D. née le pour la première fois au plus tard endéans le mois à dater du jour de la notification du jugement par le greffe ;
- 5) de donner connaissance aux parties de ses constatations ainsi qu'un avis provisoire à la fin des opérations (en fixant aux parties dans la mesure du possible, un délai de quinze jours maximum), pour que celles-ci lui fassent connaître leurs observations quant aux préliminaires des opérations d'expertise ;
- 6) de répondre aux faits directoires des parties ;
- 7) de décrire dans leur évolution les lésions et troubles dont Madame D. a été et demeure atteinte ensuite de l'accident du 15/03/2019 ;
- 8) de déterminer les taux et périodes d'incapacité, partielles et/ou totales, ainsi qu'une éventuelle date de guérison ou de consolidation, en tenant compte de la mesure dans

laquelle ces lésions et troubles constituent, à titre définitif, un handicap professionnel pour la victime ;

9) de dire si l'état de Madame D nécessite des appareils de prothèse et/ou orthopédie et de dire quels sont les frais de soins de santé, de consultations médicales, les soins pharmaceutiques, homéopathiques, etc. en lien avec l'accident et à prendre en charge par la SA BELINS ;

10) de donner son avis au sujet de la diminution de capacité professionnelle du requérant et de dire quelle influence la dépréciation physiologique est susceptible d'avoir sur la capacité professionnelle de Madame D

11) de l'ensemble des devoirs accomplis et des constatations réalisées, établir un rapport final circonstancié à déposer au greffe de la juridiction dans les dix mois à dater du jour où il aura été saisi de sa mission par le greffe, ce délai ne peut être prorogé qu'en vertu de l'article 974 du Code judiciaire ;

Dit que le coût de l'expertise peut être évalué à plus ou moins 250 euros/heure + frais administratifs sans compter l'intervention éventuelle d'un sapiteur.

S'agissant d'une expertise « courante », le tribunal renonce à la consignation de la provision au greffe ou auprès d'un établissement de crédit et dit que la SA BELINS prendra directement en charge les provisions sollicitées par l'expert tant pour lui-même que pour les éventuels sapiteurs et ce dans le mois de la demande qui en sera faite.

Réserve à statuer pour le surplus et renvoie la cause au rôle dans l'attente.

Ecarte l'application de l'article 1050 alinéa 2 du Code judiciaire et dit n'y avoir lieu à exécution provisoire du présent jugement.

AINSI jugé par la Neuvième chambre du Tribunal du Travail de Liège - Division Liège composée de:

L Juge, président la chambre,
P Juge social employeur, s'est trouvé dans l'impossibilité de signer
(article 785 alinéa 1 du Code Judiciaire).
TI Juge social ouvrier,

Et prononcé en langue française à l'audience publique de la même chambre le **05/12/2023** par **LHOEST NATACHA**, Juge, président la chambre, assistée de **B**
Greffière,

La Présidente, les Juges sociaux et la Greffière,

