



Expédition

Numéro du répertoire

2023 /

Date du prononcé

17 mai 2023

Numéro du rôle

2014/AB/702

Décision dont appel

11/9349/A

Délivrée à

le
€
JGR

Cour du travail de Bruxelles

sixième chambre extraordinaire

Arrêt

ACCIDENTS DE TRAVAIL

Arrêt contradictoire

Définitif

Madame O.,

partie appelante,
représentée par Maître

contre

La RADIO-TELEVISION BELGE DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE, en abrégé RTBF, dont le
siège social est établi à 1044 BRUXELLES RTBF, Boulevard Auguste Reyers 52,
N° de B.C.E. : non renseigné,
partie intimée,
représentée par Maître

★

★ ★

Vu l'arrêt du 12 septembre 2016 ;

Vu les conclusions déposées par les parties ;

Vu les dossiers des parties ;

Vu l'ordonnance du 13 août 2018 taxant et rendant exécutoire l'état d'honoraires de l'expert à la somme de 2.506 euros dont à déduire la provision versée de 1.500 euros ;

Entendu les parties à l'audience publique du 19 avril 2023.

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

Il a été fait application de l'article 24 de la loi du 15 juin 1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire.

I. RAPPEL DE L'ARRET INTERVENU.

Par son arrêt du 12 septembre 2016, la cour a ordonné une expertise complémentaire au docteur Vanhoecke ayant pour objet de :

- prendre connaissance des arguments médicaux actuellement soumis par madame O. à la cour, et repris dans la note de faits directoires du 30 mai 2013,
- rencontrer ces arguments, en précisant s'ils sont ou non, de nature à modifier la conclusion de son rapport précédemment établi.

II. L'OBJET DES DEMANDES APPELS.

La demande telle qu'elle ressort des dernières conclusions d'appel de madame O. a pour objet de :

-condamner la RtbF à indemniser madame O., des suites de l'accident de travail dont celle-ci fut victime le 4 février 2008, sur les bases médico-légales suivantes :

- incapacité temporaire totale du travail du 4 février 2008 au 18 juillet 2013;
- consolidation des lésions le 19 juillet 2013;
- incapacité permanente totale de travail;
- prise en charge de tous les soins médicaux et médicamenteux nécessités par l'accident litigieux et ses séquelles ;

-condamner la RtbF aux intérêts dus de plein droit et aux dépens des deux instances.

III. EXPOSE DES FAITS

Madame O., née le XX XX 1966, a été victime d'un accident de travail le 4 février 2008 pendant qu'elle était occupée au travail par la RtbF en qualité d'assistante culturelle : alors qu'elle déchargeait une caisse de cassettes d'environ 40 kg, elle a ressenti une vive douleur dans le bras droit.

Elle fut conduite le jour même aux urgences de l'hôpital Erasme où fut diagnostiquée une épicondylite droite.

Par courrier du 18 février 2009, la sa Ethias assurance, intervenant pour le compte de la RtbF, a informé madame O. que l'incapacité temporaire en rapport avec cet accident du travail, prenait fin le 16 février 2009.

Par courrier du 7 août 2009, la sa Ethias Assurance a fait savoir à madame O. que « *le service médical compétent (Institut Malvoz) aux termes de la loi du 03/07/1967 sur la réparation des*

accidents du travail dans le secteur public, nous signale qu'il considère que suite à l'accident du travail dont vous avez été la victime le 04 février 2008, vous ne conservez aucune séquelle permanente indemnisable ».

Par courrier du 5 octobre 2009, la Rtbf après avoir relevé que madame O., n'avait réservé aucune suite à la décision prise le 31 juillet 2009 par le service médical compétent, l'a informée que son dossier était classé sans suite et qu'elle disposait d'un délai de 3 ans pour introduire une action contre la Rtbf devant le tribunal du travail compétent.

En date du 9 août 2011, madame O. a déposé une requête introductive d'instance auprès du tribunal du travail de Bruxelles à l'encontre de la Rtbf.

Par lettre du 1^{er} juillet 2011, le Medex a convoqué madame O. à un examen médical dans le cadre de la commission des pensions auprès du docteur Szerer.

Madame O. a complété à cette occasion le 5 juillet 2011 un questionnaire médical renseignant les affections graves dont elle était atteinte (voir l'annexe 27 du rapport d'expertise déposé le 12 juillet 2013):

*« Accident de travail : 4/2/2008
Epicondylite traumatique du membre droit.
- Algodystrophie membre droit au départ d'une épicondylite traumatique
Paresthésie dysesthésico main droite - Présence fissures – Enthésopathie chronique calcifiée en regard de l'épitrachée et de l'épicondylite - épaule capsulite suivie de 01/01/2009 - 1 octobre 2009
+ Fissures anales (opération) suivi d'un abcès vaginal (opération) ».*

Elle a renseigné comme traitements médicamenteux : *« Dafalgan 1g, Cataflam et Rivotril »* ainsi que comme autres traitements : *« Kinésithérapie toujours en cours et natation ».*

Par lettre du 6 octobre 2011, le Medex l'a informée qu'elle ne remplissait pas actuellement sur le plan médical les conditions pour être admise à la pension prématurée pour motifs de santé mais qu'elle remplissait sur le plan médical en raison de son inaptitude physique à toute fonction, les conditions pour être admise à la pension temporaire et qu'elle serait réexaminée à partir du 1^{er} février 2012. La motivation médicale de la décision de la commission des pensions dans un autre écrit du 6 octobre 2011 déposé au dossier de madame O. est la suivante :

*« AT 04.02.2008. Epicondylite droite.
Etat stationnaire depuis avril 2010.
Procédure au tribunal du travail en cours ».*

Madame O. a été convoquée à un examen auprès du docteur Pironet en date du 24 mai 2012 dans le cadre de l'appel qu'elle avait formé contre la décision du 6 octobre 2011 de la commission des pensions du Medex.

Par lettre du 17 octobre 2012, le Medex a informé madame O. de la motivation médicale de la décision de la Commission des pensions :

« Assistante culturelle à la RTBF, âgée actuellement de 46 ans, en congé de maladie depuis le 17/02/2009 et en disponibilité depuis le 17/02/2010 pour douleurs et paresthésies du membre supérieur droit, épicondylite droite post-traumatique avec syndrome douloureux chronique résiduel, diminution de force du membre supérieur droit et état dépressif sévère de type réactionnel toujours en traitement et en revalidation ne permettant pas d'envisager à ce jour raisonnablement une reprise des fonctions et justifiant dès lors une mise à la pension prématurée temporaire.

Toutefois, l'aptitude résiduelle sera réexaminée dans 18 mois ».

Par une autre lettre du 17 octobre 2012, le Medex a précisé à madame O. le résultat définitif de la procédure d'appel en commission des pensions :

« Vous remplissez, sur le plan médical, en raison de votre inaptitude physique à toute fonction, les conditions pour être admis à la pension prématurée temporaire. Cette pension prend cours le premier jour du mois qui suit la notification du 6 octobre 2011 ».

Cette lettre l'informait également que la durée maximale d'une pension prématurée temporaire est de 4 mois et que si elle n'a pas été reprise à l'expiration de cette période en service ou placé en instance de réaffectation ou de réutilisation, alors la pension prématurée temporaire deviendra automatiquement définitive.

Par lettre du 24 octobre 2012, la Rtbef a informé madame O. de sa mise à la pension prématurée temporaire au 1^{er} novembre 2011 suite au courrier du Spf Santé publique du 17 octobre 2012.

Madame O. a été réexaminée par la commission des pensions en date du 24 juin 2013.

Par lettre du 19 juillet 2013, le Medex a informée madame O. que sur base de la décision prise suite à son examen médical devant la commission des pensions le 24 juin 2013, elle remplissait sur le plan médical, en raison de son inaptitude physique à toute fonction, les conditions pour être admise à la pension prématurée définitive qui prend cours le premier jour du mois qui suit la notification du 19 juillet 2013, en ajoutant :

« La perte du degré d'autonomie est déterminée à 2 points sur une échelle de 18 points en application de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987. Votre inaptitude définitive ne résulte pas d'un handicap grave survenu en cours de carrière et qui a vous a écartée définitivement du

service comme mentionné dans la loi portant des dispositions sociales et diverses du 26 juin 1992 ».

Figurait en annexe de cette décision :

- une annexe 1 contenant la motivation médicale de la décision médicale de la commission des pensions du 24 juin 2013 mentionnant les noms des docteurs Szerer et De Coninck qui est libellée comme suit :

*« Assistante culturelle à la RTBF de 47 ans en ITT depuis le 17/2/2009 et en disponibilité depuis le 17/2/2010, pour épicondylite traumatique coude D
Pensionnée temporairement depuis le 1/11/2011.
La situation médicale ne s'est pas améliorée de façon significative et son état de santé ne permet plus d'envisager raisonnablement une reprise normale et régulière d'une quelconque activité professionnelle »*

-une annexe 2 contenant un formulaire pour interjeter appel de la décision de la commission des pensions du 24 juin 2013.

Madame O. n'a pas introduit d'appel contre la décision de la commission des pensions prise suite à l'examen du 24 juin 2013.

IV. DISCUSSION.

1. Les rapports d'expertise.

Pour rappel, le docteur Vanhoecke, désigné par le premier juge, avait au terme de son rapport d'expertise déposé le 31 mai 2013 émis la conclusion suivante :

1. L'accident du 04 février 2008 a occasionné chez Mme O. :

a. sur le plan physiologique une épicondylite droite post-traumatique dont l'évolution a été caractérisée par le développement d'une algodystrophie et

b. sur le plan psychique une anxiodépression.

2. La patiente a été en incapacité totale de travailler du 04 février 2008 au 29 juin 2009.

3. La victime n'a pas repris le travail à ce jour sans que ceci soit motivé par les séquelles de l'accident.

4. La date de consolidation est fixée au 30 juin 2009.

5. Tenant compte des antécédents socio-économiques c'est-à-dire de l'âge de la victime, de sa formation, de sa qualification professionnelle, de son expérience, de sa faculté d'adaptation et de sa possibilité de rééducation professionnelle, je propose au Tribunal de retenir que l'accident du 04 février 2008 a engendré 9 % d'incapacité permanente de travail.

Il y a lieu de prendre en considération des difficultés lors de travaux en force, de travaux répétitifs du membre supérieur droit, dominant.

6. L'accident ne nécessite pas d'appareils de prothèse, d'appareils d'orthopédie ou d'orthèses.

La conclusion du docteur M'Rabet auquel fit appel le docteur Vanhoecke en tant que sappeur psychiatre était exprimée de la sorte dans un rapport daté du 4 mai 2012 :

« Madame O. a été victime le 4 février 2008, d'un accident de travail, à l'origine d'une algoneurodystrophie confirmée par iconographie osseuse. Sur le plan psychique, la complication douloureuse et la réduction des mouvements du membre supérieur droit ont eu pour conséquence l'apparition progressive d'une symptomatologie anxio-dépressive, dont l'évolution apparaît favorable, parallèlement à celui de la mobilité du membre supérieur droit.

Les difficultés administratives et les divergences d'avis médicaux ont certainement alimenté le vécu anxieux, mais il n'est pas suffisamment établi que la symptomatologie psychique trouve son origine dans ces difficultés.

L'examen psychiatrique et psychométrique actuel met en évidence :

- 1. Une personnalité d'allure névrotique, indifférenciée, sans caractéristique psychopathologique majeure intrinsèque.*
- 2. Un état psychopathologique antérieur avec rémission complète semble-t-il.*
- 3. Sur le plan cognitif, une légère baisse des capacités attentionnelles, qui doit être considérée comme le reflet sur le plan intellectuel de l'état d'anxiété que présente l'intéressé.*
- 4. Un trouble douloureux chronique associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale (syndrome douloureux complexe régional) ».*

Ledit rapport mentionne comme traitement médicamenteux prescrit :

- Elthyrone
- Dafalgan si nécessaire (certains jours 0, certains jours jusqu'à 3)
- Rivotril 2 à 5 gouttes le soir.

Il est précédé d'un bilan psychométrique mentionnant notamment :

- une anxiété légère (échelle d'anxiété d'Hamilton)
- une dépression d'intensité légère (échelle de dépression d'Hamilton)
- des syndromes dépressifs d'intensité légère (échelle de dépression de Montgomery et Asberg)
- une absence d'attaque de panique (questionnaire des cognitions agoraphobiques de Chambless)
- l'absence de ralentissement pathologique (échelle de ralentissement de Widlocher)
- l'absence d'état schizo-affectif (échelle abrégée d'appréciation psychiatrique).
- l'absence d'altération des capacités de programmation spatio-temporelle (test du cadran de l'horloge).

-une légère baisse des capacités attentionnelles considérées comme le reflet de l'état d'anxiété présenté par l'intéressée (test de la figure complexe de Rey).

Le docteur M'Rabet informa par lettre séparée le docteur Vanhoecke qu'à titre indicatif et sur le plan strictement psychiatrique la perte de capacité de gain est de l'ordre de 5%.

Le docteur Vanhoecke fit également appel à un saphiteur radiologue, le docteur Machiels, dont la conclusion reprise dans un rapport du 18 avril 2012 était la suivante :

1. Accident le 04.02.2008.

2. Une échographie des coudes réalisée le 08.02.2008 (4 jours après l'accident) des signes d'épicondylite avec tendinopathie circonscrite de l'aspect profond du tendon extenseur radial du carpe droit.

3. Des radiographies du coude droit réalisées le 19.06.2008 (4 mois après l'accident) ne révèlent pas de séquelles de lésions osseuses post-traumatiques.

4. Une scintigraphie osseuse réalisée le 14.08.2008 (6 mois après l'accident) montre des signes de algoneurodystrophie du membre supérieur droit.

5. Une RMN du coude droit réalisée le 19.08.2008 (6 mois après l'accident) confirme la présence d'un foyer de tendinopathie d'insertion du tendon extenseur radial du carpe.

6. La scintigraphie osseuse réalisée le 19.12.2008 (10 mois après l'accident) montre une nette atténuation des signes de réaction algodystrophique du membre supérieur droit par rapport à l'examen d'août 2008. Le stade actuellement discrètement hypercinétique, suggère, lui aussi, une affection au décours.

7. La scintigraphie osseuse réalisée le 29.06.2010 (2 ans et 4 mois après l'accident) ne révèle plus de signes d'algodystrophie. Par contre signes d'enthésopathie de l'épaule droite.

8. Le bilan radiologique actualisé (4 ans et 2 mois après l'accident) avec radiographies des épaules et des coudes ne montrent pas de séquelles de lésions osseuses post-traumatiques. Signes de tendinopathie calcifiante du tiers moyen du tendon supra-épineux droit. Une échographie des épaules montre des signes de tendinopathie calcifiante du tendon sous-scapulaire bilatéralement et du tiers moyen du tendon supra-épineux droit. Pas de signes de rupture tendineuse transfixiante de la coiffe des rotateurs.

L'échographie des coudes révèle une légère tendinose du tendon extenseur radial du carpe droit avec légère hétérogénéité tendineuse sans lésion circonscrite ».

Le docteur Vanhoecke, à qui la cour confia une mission d'expertise complémentaire, a au terme d'un rapport d'expertise reçu au greffe de la cour le 29 mai 2018, émis la conclusion suivante :

« Après avoir interrogé Madame O., avoir consulté les rapports et documents médicaux disponibles dont notamment les listings mutuelle et pharmaceutiques établis depuis 2008, après avoir pris connaissance du rapport complémentaire du saphiteur psychiatre M'RABET qui a été réinterrogé, avoir diffusé des préliminaires comprenant un avis provisoire et avoir pris connaissance des réponses des parties et de leurs conseils suite à l'envoi des

préliminaires, je propose à la Cour de reconnaître que les arguments médicaux actuellement soumis par Madame O. à la Cour et repris dans la note de faits directoires du 30 mai 2013 ne sont pas de nature à modifier la conclusion du rapport précédemment établi et déposé le 30/05/2013.

Il y a lieu de constater en effet que les plaintes somatiques (douleurs et paresthésies du membre supérieur droit, épicondylite droite post-traumatique avec syndrome douloureux chronique résiduel et diminution de force du membre supérieur droit) ont été prises en considération dans le cadre des travaux précédents.

En ce qui concerne les plaintes psychiques, elles ont été évaluées par le sapiteur MRABET. Je souligne que le bilan psychométrique réalisé démontrait une symptomatologie anxiodépressive légère. Le sapiteur considère que les éléments soumis ne modifient pas sa précédente évaluation ».

Le docteur Vanhoecke a mentionné ce qui suit en ce qui concerne les traitements suivis et la décision de la commission des pensions :

Extrait de la page 3 du rapport d'expertise déposé au greffe de la cour:

« Mme O. explique être « contre les antidépresseurs ».

Elle envisage de suivre une psychothérapie une fois que tous les problèmes liés à l'expertise seront terminés.

Sur interpellation, elle explique qu'elle n'envisage pas de suivre de psychothérapie actuellement en dépit de sa situation.

Mme O. est invitée à préciser les médications qui sont consommées depuis le fait accidentel. Il est constaté qu'elles sont manifestement nombreuses au vu de l'avis qui a été rédigé récemment par le psychiatre qui consigne plus d'une trentaine de médications.

Précédemment, la patiente a consulté un psychiatre à l'hôpital Molière ainsi que cela avait été précédemment consigné dans le cadre des travaux d'expertise mais il y a lieu de constater qu'en dépit des demandes, aucun rapport n'avait été communiqué. Ni le nom du psychiatre ni les périodes de consultation n'avaient pu être précisés.

Il a été rapporté que le MEDEX avait procédé à une mise à la pension de la patiente.

Un premier examen médical a eu lieu le 6 octobre 2011, il avait été contesté, une deuxième décision a été prise en date du 17 octobre 2012.

Sur interpellation, il est précisé que dans ce cadre la patiente a été interrogée et examinée mais qu'il n'a pas été procédé à des investigations complémentaires et qu'en particulier aucun avis psychiatrique n'a été sollicité.

Ultérieurement, il a été procédé à la mise à la pension définitive, de manière automatique, sans qu'aucun nouvel examen ne soit pratiqué.

Il apparaît dès lors indispensable que soient diffusés :

- Le listing établi par la mutuelle de toutes les prestations et médications remboursées depuis le 04/02/2008.*
- Le listing pharmaceutique de toutes les médications délivrées par les pharmaciens depuis la même date.*

(...) ».

Extrait de la page 9 du rapport d'expertise:

« Dans le cadre des présents travaux ont été produits notamment les rapports des psychiatres KUDIMBANA et GORDTS consultés récemment, les listings de la mutuelle et des pharmacies reprenant les prestations, consultations et médications remboursées depuis 2008.

Il est constaté que les psychiatres KUDIMBANA et GORDTS ont été consultés à très large distance du fait accidentel en cause puisque la première consultation a lieu en 2016.

La première consultation dans les suites de l'accident est datée du 27/09/2012, la seconde du 12/10/2012, la troisième du 14/06/2013. Aucun rapport n'en a été transmis par la psychiatre qui a rencontré la patiente lors de ces trois consultations.

Ultérieurement, la patiente a consulté le psychiatre KUDIMBANA les 22/11/2016 et 05/01/2017 puis le psychiatre GORDTS les 13/03/2017, 31/03/2017 et 07/04/2017.

Sur le plan médicamenteux, il apparaît que la consommation a été extrêmement modérée.

Sur le plan psychique, seul un conditionnement de mirtazapine a été délivré en avril 2017.

Le sapiteur MRABET a été réinterrogé, il a reçu communication des éléments récemment transmis par le secteur curatif. Il considère que ces éléments ne modifient pas son avis antérieur.

J'observe que son rapport du 04 mai 2012 faisait état d'un bilan psychométrique démontrant une symptomatologie anxiodépressive légère ».

Le sapiteur psychiatre, le docteur M'Rabet, auquel le docteur Vanhoecke fit à nouveau appel dans le cadre de la mission d'expertise complémentaire, a établi le rapport daté du 20 juin 2017 rédigé en ce sens:

« J'ai lu attentivement les remarques formulées par les conseils de l'intéressée, notamment le rapport daté du 26/01/2017 du docteur P. Kudimbana, psychiatre. L'accident qui nous occupe date du 4 février 2008.

Rappelons que c'est en soulevant une caisse censée être lourde, que l'intéressée a senti une décharge électrique au niveau du membre supérieur droit, depuis le bout des doigts jusqu'au coude.

Aucune perte de connaissance n'est signalée. L'intéressé a consulté le service des urgences de l'hôpital Erasme. Elle n'est pas hospitalisée.

Au cours de cet accident, l'intéressée n'a pas été exposé à un événement traumatique durant lequel elle aurait pu mourir, ou être très gravement blessée ou menacé de mort ou de graves blessures.

Le confrère psychiatre évoque l'existence d'un état dépressif « mélancolique », qui serait donc apparue plusieurs années après le fait accidentel qui nous occupe.

Il n'en demeure pas moins que cet état qualifié de " mélancolique " ne bénéficie pas de traitement antidépresseur ... ce qui est pour le moins singulier (Sedistress et anxiolytique

pour le moment), d'autant qu'il est signalé dans le même rapport ... sa lourde médication, tout produit confondu, est impressionnante : plus de 30 molécules ...

La lecture du rapport du confrère psychiatre ne mentionne pas de critère spécifique des caractéristiques mélancoliques d'un état dépressif tel que décrit dans la littérature (à titre d'exemple, pas de réveil matinal précoce, pas d'anorexie ou de perte de poids significative, pas de dépression régulièrement plus marquée le matin, pas d'agitation ou de ralentissement psychomoteur marqué).

Il est donc difficile de retenir le diagnostic d'état dépressif « mélancolique » tel que décrit par le psychiatre traitant.

En ce qui concerne le diagnostic d'état dépressif sévère de type réactionnel, toujours en traitement ... tel que mentionné dans la motivation médicale de la décision de la commission des pensions (pg 6, § 2 de l'Arrêt de la cour du travail de Bruxelles), il serait judicieux de savoir sur base de quel examen psychiatrique, cet état dépressif sévère a été diagnostiqué, et dans ce cas si l'affection a été reconnue comme maladie grave et de longue durée par le MEDEX (base légale ou réglementaire fixant le régime des congés et de disponibilités pour maladie ou infirmité).

En résumé, les remarques formulées par les conseils de l'intéressée n'apportent pas d'élément probant susceptible de modifier mon avis précédemment émis dans le rapport du 04/05/2012 ».

Ni l'avis du docteur M'Rabet communiqué par le docteur Vanhoecke aux parties et à leurs conseils ni l'avis provisoire du docteur Vanhoecke n'ont fait l'objet d'observations de madame O. ou de ses conseils (avocat ou médecin).

2. Position de la cour.

Les principes.

La cour approuve l'interprétation donnée par la jurisprudence citée des dispositions légales applicables.

1° La présomption de causalité

L'article 2 de la loi du 3 juillet 1967 sur la sur la prévention ou la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public énonce la règle suivante:

« Lorsque la victime ou ses ayants droit établissent, outre l'existence d'une lésion, celle d'un événement soudain, la lésion est présumée, jusqu'à preuve du contraire, trouver son origine dans un accident ».

« (...) la victime est tenue d'apporter la preuve d'une lésion et d'un événement soudain survenu au cours de l'exécution du contrat de travail.

S'il est exact, pour qu'il puisse être fait état d'un accident du travail, que la lésion ne peut être attribuée au seul état interne de la victime, il n'est pas requis que la cause ou l'une des causes de l'événement soudain soit étrangère à l'organisme de la victime » (Cass.,30 novembre 2006,R.G. n° S.06.0035.N,www.juridat.be).

« Que lorsque la preuve d'un tel événement et d'une lésion est établie, il appartient à l'assureur-loi de renverser la présomption en établissant que cette lésion n'a pas été causée par le dit événement ;

Que cette règle s'applique à une lésion postérieure à la lésion constatée au moment de l'accident, fût-elle une suite du traitement de cette dernière » (Cass.,28 juin 2004,R.G. n° S.03.0004.F) ».

Pour le renversement de la présomption légale, un haut degré de vraisemblance quant à l'absence de relation causale entre la lésion et l'événement soudain suffit au juge pour forger sa conviction à cet égard (Cass.,19 octobre 1987,Bull. assur.,1988,note L.V.G., p. 448.) L'arrêt qui considère sur la base des éléments de fait qu'il énonce « qu'il ne peut être décidé que la lésion dorsale doit très vraisemblablement être exclue en tant que conséquence de l'accident » fait légalement savoir que la preuve contraire que les lésions dorsales ne résultent pas de l'accident n'est pas apportée in concreto (Cass.,3 février 2003,R.G. n° S.02.0088.N,www.juridat.be).

2° Les notions d'incapacité temporaire, de consolidation et d'incapacité permanente :

Il convient de bien distinguer l'évaluation de l'incapacité temporaire de travail qui consiste à vérifier l'impossibilité totale ou partielle d'accomplir des prestations de travail dans la profession exercée normalement au moment de l'accident de travail et l'évaluation de l'incapacité permanente qui se fait par rapport au marché général de l'emploi encore accessible à la victime en vérifiant les différentes activités salariées qu'elle pourrait encore exercer.

C'est ainsi que la doctrine relève à juste titre que « *l'incapacité permanente peut donc n'être que partielle même si la victime a perdu complètement l'aptitude à exercer encore sa profession habituelle, pour autant qu'elle garde une capacité à exercer d'autres professions qui lui sont accessibles. Si la victime se trouve licenciée, à la suite de cet accident du travail, la perte de l'emploi ne sera pas un critère déterminant de son indemnisation* » (M. Jourdan et S. Remouchamps, La réparation des séquelles de l'accident (sur le chemin) du travail, Kluwer, 2007, p. 172).

La date de consolidation des lésions peut être définie comme le moment où *le moment où l'existence et le degré d'incapacité de travail prennent un caractère de permanence, c'est-à-dire la date à partir de laquelle les séquelles de l'accident n'évoluent plus ou si faiblement*

que, selon toute vraisemblance, il n’y a plus d’amélioration ou de détérioration significative à prévoir en ce qui concerne la capacité de la victime sur le marché général du travail » (C.T. Bruxelles, 31 juillet 2014, R.G. n° 2012/AB/744, www.terralaboris.be).

Comme l’a à juste titre précisé la Cour de cassation dont l’enseignement peut être transposé par analogie aux accidents du secteur public, *« au sens de l’article 24 alinéa 2 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, l’incapacité permanente résultant d’un accident du travail consiste dans la diminution de la valeur économique de la victime sur le marché général du travail. L’étendue de cette incapacité s’apprécie non seulement en fonction de l’incapacité physiologique mais aussi en fonction de l’âge, de la qualification professionnelle, de la faculté de réadaptation, de la possibilité de rééducation professionnelle et de la capacité de concurrence de la victime sur le marché général de l’emploi, elle-même déterminée par les possibilités dont la victime dispose encore, comparativement à d’autres travailleurs, d’exercer une activité salariée »* (Cass., 15 décembre 2014, R.G. S.12.0097.F, www.juportal.be, également publiée dans Chr.D.S., 2016, p. 4, note M. Jourdan). La Cour de cassation ajoute à juste titre dans cet arrêt que *« le marché de l’emploi protégé ne relève pas de ces possibilités pour le travailleur qui n’y est pas mis au travail au moment de l’accident »*.

Le taux d’incapacité permanente ne doit pas davantage tenir compte des éventuelles adaptations possibles de postes de travail en fonction du handicap de la victime. C’est ainsi que la Cour de cassation a validé l’interprétation de la Cour du travail de Mons qui a considéré que pour fixer le taux d’incapacité permanente d’un travailleur manuel ayant perdu la fonction du membre supérieur dominant suite à un accident de travail, il n’y avait pas lieu de tenir compte de sa possibilité de conduire un véhicule automobile adapté (Cass., 26 octobre 2009, R.G. n° 08.0146.F, www.juportal.be).

« L’allocation due pour une incapacité permanente de travail résultant d’un accident de travail tend à indemniser le travailleur dans la mesure où l’accident a porté atteinte à sa capacité de travailler, c’est-à-dire sa valeur économique sur le marché du travail. Cette valeur économique sur le marché du travail est légalement présumée trouver sa traduction dans la rémunération de base de la victime.

Lorsqu’un travailleur est victime d’accidents successifs et que le dernier accident a aggravé les conséquences d’un accident antérieur, le juge doit apprécier l’incapacité permanente de la victime dans son ensemble, lorsque l’incapacité de travail constatée après le dernier accident en est –fût-ce partiellement– la conséquence.

Il s’ensuit que pour déterminer le taux de l’incapacité de travail, il y a lieu de comparer la valeur de la victime sur le marché du travail sans aucune atteinte par un état pathologique préalable ou par un accident antérieur avec cette valeur à la date de consolidation du dernier accident dont il y a lieu d’évaluer les conséquences » (Cass., 9 mars 2015, R.G. n° S.14.0009.F, www.juportal.be).

La notion d'incapacité permanente ne doit pas être confondue avec la notion d'invalidité qui est l'atteinte à l'intégrité physique et psychique de la victime, sans vérifier l'incidence qu'elle a sur sa capacité de travailler, sa capacité de gain.

Application

Madame O. a été victime d'un accident du travail le 4 février 2008.

La contestation concerne la date de consolidation (influençant de la sorte les périodes d'incapacité temporaire à retenir) et le taux d'incapacité permanente retenus par l'expert, le docteur Vanhoecke.

Le docteur Vanhoecke a fixé comme date de consolidation des lésions le 30 juin 2009 et a retenu un taux d'incapacité permanente de 9 % qui englobe tant les lésions somatiques ou physiques que les troubles psychologiques. En se basant sur l'appréciation du sapiteur, le docteur M'Rabet, le taux d'incapacité permanente liée aux troubles psychologiques serait de 5 %.

Madame O. demande de fixer la date de consolidation des lésions au 19 juillet 2013 et d'être reconnue incapable de travailler à 100 % à partir de cette date.

Pour ce faire, elle se base principalement sur la décision de la commission des pensions de l'admettre à la pension prématurée définitive notifiée par lettre du Medex du 19 juillet 2013.

A titre de remarque préalable, il convient d'observer que cette décision de la commission des pensions a été prise dans le cadre d'une législation particulière mentionnée dans la lettre de convocation à l'examen médical du 24 juin 2013, à savoir l'article 117 de la loi d'expansion économique, du progrès social et de redressement financier, qui dispose :

« La pension prématurée pour motif de santé ou d'inaptitude physique peut être accordée à titre définitif si les instances médicales visées au § 2 reconnaissent que l'agent est définitivement inapte à remplir d'une manière régulière ses fonctions ou d'autres fonctions par voie de réaffectation ou de réutilisation dans un autre emploi mieux en rapport avec ses aptitudes physiques, suivant les règlements applicables dans les différents services publics. Dans tous les autres cas, à l'exception de celui visé au § 3, alinéa 3, la pension est accordée à titre temporaire pour une durée maximum de deux ans.

Les instances médicales précitées peuvent à tout moment décider du réexamen de l'intéressé. Elles sont tenues de procéder au moins à un réexamen qui interviendra entre le troisième et le sixième mois précédant la date d'expiration de la période de pension temporaire. De son côté, l'intéressé peut à tout moment solliciter un réexamen médical à condition qu'il se soit écoulé au moins six mois depuis l'examen précédent.

La pension temporaire devient définitive si, avant l'expiration de la période de deux ans, l'agent est reconnu définitivement inapte. En tout état de cause, la pension temporaire devient définitive :

1° soit à l'expiration de la période précitée si l'agent intéressé n'a pas été repris en service ou placé en instance de réaffectation ou de réutilisation;

2° soit dès qu'il atteint l'âge prévu à l'article 115 pour la catégorie à laquelle il appartient. La pension définitive demeure, en toute hypothèse, calculée sur les bases existant au moment de l'octroi de la pension temporaire. Toutefois, si le bénéficiaire d'une pension temporaire est repris effectivement en service pendant un an au moins, le temps pendant lequel il a bénéficié de sa pension temporaire interviendra pour l'octroi et le calcul d'une nouvelle pension. Le montant de cette dernière pension ne pourra être inférieur à celui de la pension temporaire, calculé sur la base des barèmes en vigueur à la date de prise de cours de la nouvelle pension ».

Cette décision ne lie ni la Rtbf ni la cour quant aux conséquences de l'accident du travail dont madame O. a été victime le 4 février 2008.

Les travaux d'expertise (notamment le rapport radiologique du docteur Machiels du 18 avril 2012) ont montré que les conséquences physiques de l'accident du travail avaient progressivement diminuées avec l'écoulement du temps.

Comme le relève le docteur Vanhoecke à la page 16 de son premier rapport d'expertise, l'examen du docteur Oger consulté par madame O. a démontré essentiellement une difficulté de mobilité du coude sans plainte de l'épaule et que la scintigraphie de décembre 2008 est extrêmement rassurante et que ce médecin n'envisageait la prolongation de l'incapacité temporaire totale que jusqu'en juin 2009.

Le docteur Vanhoecke pointe également que la scintigraphie de contrôle pratiquée en juin 2010 se révèle rassurante et que son examen clinique démontre l'absence d'amyotrophie du membre supérieur droit dont les valeurs périmétriques sont même supérieures au membre supérieur gauche et que les valeurs de mobilité sont extrêmement variables et peu reproductibles.

L'annexe 23 du premier rapport d'expertise étant un certificat médical établi le 8 février 2010 par un médecin du service d'orthopédie de l'hôpital Erasme (dont le nom n'est pas lisible) renseigne une légère amélioration globale.

Le docteur Vanhoecke a néanmoins admis la persistance de séquelles physiques dont elle a tenu compte pour fixer le taux d'incapacité permanente ainsi qu'elle le rappelle dans la conclusion de son rapport d'expertise complémentaire. Il n'est dès lors pas anormal que le kinésithérapeute traitant de madame O., monsieur Buelens atteste le 13 mars 2017 la persistance de douleurs lors de la mobilisation rapide du membre supérieur droit et une force inférieure à la normale.

C'est finalement essentiellement l'importance des troubles psychologiques qui oppose les parties entre elles.

La cour relève :

- qu'en 2010, le médecin-traitant de madame O., le docteur Coquelle ne faisait état que d'un syndrome dépressif **léger** réactionnel.
- qu'il n'est pas question d'un trouble psychiatrique dans le formulaire de plaintes rempli en 2011 par madame O. et destiné au Medex.
- que s'il est fait mention d'un syndrome dépressif sévère de type réactionnel dans la décision de la commission des pensions de 2012, il n'en est plus fait état dans la décision de 2013 comme signalé à l'audience.
- que l'existence d'un syndrome dépressif sévère doit être relativisé pour plusieurs raisons.

D'abord, comme le note le docteur Vanhoecke dans le rapport d'expertise complémentaire (voir la page 3), aucun avis psychiatrique n'a été sollicité avant que soit prise la décision du 17 octobre 2012. Lorsqu'il s'agit de déterminer les séquelles psychologiques d'un accident de travail qui subsistent au jour de la consolidation des lésions, il est logique que l'expert rassemble un maximum d'éléments objectifs, en faisant notamment appel à un sapiteur psychiatre. C'est de manière peu convaincante que pour pallier l'absence d'avis psychiatrique accompagnant la décision de la mise à la pension, madame O. fait valoir en terme de conclusions qu'il n'est pas rare qu'un expert judiciaire se dispense ou refuse de demander l'avis d'un sapiteur psychiatre, lorsque sa spécialisation en médecin d'assurance lui permet d'appréhender les séquelles psychiques d'un accident.

Par ailleurs, le bilan psychométrique réalisé en mai 2012 à l'initiative du sapiteur psychiatre (soit le mois où elle fut convoquée devant un médecin de la commission des pensions qui a retenu le syndrome d'état dépressif sévère), ne montre que :

- une anxiété **légère**
- une dépression d'intensité **légère**
- des syndromes dépressifs d'intensité **légère**
- une absence d'attaque de panique
- une **légère** baisse des capacités attentionnelles considérées comme le reflet de l'état d'anxiété présentée par l'intéressée.

En outre, les travaux d'expertise du docteur Vanhoecke ont mis en évidence :

**Quelques séances psy (La première consultation dans les suites de l'accident est datée du 27/09/2012, la seconde du 12/10/2012, la troisième du 14/06/2013. Aucun rapport n'en a été transmis par la psychiatre qui a rencontré la patiente lors de ces trois consultations. Ultérieurement, la patiente a consulté le psychiatre KUDIMBANA les 22/11/2016 et 05/01/2017 puis le psychiatre GORDTS les 13/03/2017, 31/03/2017 et 07/04/2017).*

*Une seule boîte d'antidépresseur de 30 comprimés le 3 avril 2017 (figurant dans les relevés de mutuelle et de pharmacie annexés à un mail du conseil de madame O. du 16 février 2018 adressé au docteur Vanhoecke).

Le docteur Vanhoecke met également en exergue le délai séparant l'accident des consultations psychiatriques.

Ce n'est finalement que 5 ans plus tard (par rapport à la date du bilan psychométrique précité) ou 11 ans plus tard (si l'on se situe par rapport à la date de l'accident du travail), que madame O. obtint des certificats médicaux d'autres psychiatres (sans qu'ils soient accompagnés de bilan psychométriques actualisés de nature à contredire celui établi en mai 2012), à savoir le rapport psychiatrique du 26 janvier 2017 du docteur Pierre Kudimbana Lukongi qui retient un état dépressif mélancolique en énonçant une lourde médication (plus de 30 molécules) depuis le lendemain de l'accident et le rapport psychiatrique du docteur Gordts faisant état d'une dépression majeure suite à l'accident du travail du 4 février 2008.

En réalité, cette prise d'une lourde médication est contredite par les précisions données par madame O. à son conseil dans un mail du 8 mai 2017 dont il résulte que le traitement de ses troubles psychologiques est limité à la prise de Sedistress et de Mirtazapine et par le listing établi par la mutuelle et le listing de deux pharmacies se rapportant à la période de janvier 2009 à avril 2017 que le docteur Vanhoecke a examinés dans le cadre des travaux d'expertise.

Le docteur M'Rabet a par ailleurs motivé de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il contestait le diagnostic de dépression mélancolique renseigné par le docteur Kudimbana Lukongi et s'est demandé à juste titre sur base de quel examen psychiatrique un état dépressif réactionnel avait été diagnostiqué par la commission des pensions. Madame O. a à cet égard précisé au docteur Vanhoecke qu'elle « *a été interrogée et examinée mais qu'il n'a pas été procédé à des investigations complémentaires et qu'en particulier aucun avis psychiatrique n'a été sollicité* ».

La question n'est pas de savoir si madame O. avait le droit ou non de ne pas prendre des traitements médicamenteux lourds (elle dispose bien évidemment de ce droit), mais si sur base de l'ensemble des éléments portés à sa connaissance, l'expert justifie sa conclusion de ne pas admettre que madame O. souffre d'un état dépressif sévère réactionnel.

Au vu de l'ensemble des développements qui précèdent, la cour partage cette conclusion et n'estime pas que madame O. souffre d'un état dépressif sévère de type réactionnel dont il fut question dans la décision de la Commission des pensions du 17 octobre 2012 mais qui ne fut plus mentionnée dans la décision de la commission des pensions du 24 juin 2013.

La cour estime par contre que l'accident du travail a entraîné comme relevé par le docteur Vanhoecke :

-une épicondylite droite post-traumatique avec le développement d'une algodystrophie entraînant des difficultés lors de travaux en force et des travaux répétitifs du membre supérieur droit, dominant. Ce constat englobe les plaintes de madame O. décrites comme suit : « *douleurs et paresthésies du membre supérieur droit, épicondylite droite post-traumatique avec syndrome douloureux chronique résiduel et diminution de force du membre supérieur droit* ».

-une symptomatologie anxiodépressive légère.

C'est de manière non pertinente que madame O. invoque une méconnaissance par le sapiteur psychiatre et l'expert de la présomption de causalité.

Si les termes utilisés par le Docteur M'Rabet dans son rapport du 4 mai 2012 sont effectivement malheureux (en ce qu'il signale qu'il n'est pas suffisamment établi que la symptomatologie psychique trouve son origine dans les difficultés administratives et divergences d'avis médicaux), il retient cependant in fine des séquelles psychologiques.

La présomption de causalité instaurée par l'article 2 de la loi du 3 juillet 1967 n'est pas méconnue si l'expert suivant en cela son sapiteur justifie d'une manière circonstanciée et convaincante que madame O. ne souffre pas d'une dépression sévère réactionnelle mais que les séquelles psychologiques sont limitées à un état anxiodépressif léger.

Il n'y a pas lieu de modifier la date de consolidation des lésions retenue par le docteur Vanhoecke et suffisamment justifiée, simplement parce qu'elle ne correspondrait à la date de communication de la décision de mise à la pension prématurée définitive.

Les séquelles de l'accident de travail ne sont pas de nature à entraîner une incapacité totale de travailler de madame O. quand bien-même elle a été admise à la pension par la Rtbef.

La cour partage le pourcentage d'incapacité permanente de travail de 9 % retenu par le docteur Vanhoecke.

En conclusion, la demande formulée en appel est non fondée.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR DU TRAVAIL,

Statuant après un débat contradictoire ;

Déclare la demande formulée en appel par madame O. non fondée et l'en déboute ;

Entérine le rapport d'expertise complémentaire du docteur Vanhoecke confirmant son premier rapport d'expertise qui fut entériné par le jugement dont appel auquel il y a lieu de se référer pour les conséquences de l'accident du 4 février 2009 dont madame O. a été victime ;

Condamne la Rtbf aux dépens liquidés par madame O. à la somme de 155,18 euros (indemnité de procédure de 1^{ère} instance) et 192,94 euros (indemnité de procédure d'appel) mais taxés par la cour aux montants de 120,25 euros et 218,67 euros, en ce compris les frais et honoraires du docteur Vanhoecke de 2.506 euros déjà taxés dans une ordonnance du 13 août 2018.

Ainsi arrêté par :

 , conseiller,
 , conseiller social au titre d'employeur, désigné par une ordonnance du 16 février 2023 (rép :2023/482)
 , conseiller social au titre d'ouvrier, désigné par une ordonnance du 15 mars 2023 (rép :2023/785)
Assistés de , greffier

et prononcé, en langue française à l'audience publique de la 6^{ième} Chambre extraordinaire de la Cour du travail de Bruxelles, le 17 mai 2023, où étaient présents :

 , conseiller,
 , greffier