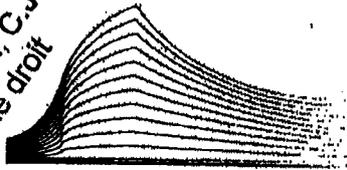


Copie art. 792, C.J.
Exempt de droit



Numéro de répertoire 2018 / 0862
Date du prononcé 19-01-2018
Numéro de rôle 16/5002/A
Numéro audiorat : 2016/6/05/145
Matière : handicapés
Type de jugement : définitif (19)

Expédition

Délivrée à	Délivrée à
Le	Le
€:	€:
PC:	PC:

Liquidation au fonds : NON
(loi du 19 mars 2017)

**Tribunal du travail francophone de
Bruxelles
18^e chambre
Jugement**

EN CAUSE :

Monsieur T.
domicilié r

partie demanderesse, comparaisant par Me Virginie DODION, avocate ;

CONTRE :

L'ETAT BELGE, représenté par le Ministre chargé de l'Intégration Sociale, Direction d'Administration des prestations aux personnes handicapées, dont les bureaux sont établis à la Tour des Finances, Boulevard du Jardin Botanique, 50 bte152 à 1000 Bruxelles,

partie défenderesse, comparaisant par Me Philippe COLENS *loco* Me Vincent GREVY, avocats ;

Vu la loi du 10.10.1967 contenant le Code judiciaire ;

Vu la loi du 15.6.1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire ;

Vu la loi du 27.2.1987 relative aux allocations aux personnes handicapées (ci-après « loi du 27.2.1987 ») et ses arrêtés d'exécution.

1. Procédure

Le tribunal a pu prendre connaissance des pièces de la procédure et notamment :

- la décision litigieuse de l'Etat belge du 5.2.2016 ;
- la requête introductive d'instance du 2.5.2016 ;
- le jugement prononcé le 25.11.2016 par la 18^e chambre de ce tribunal (chambre autrement composée), déclarant non fondée la demande en ce qu'elle tend à l'octroi d'une allocation de remplacement de revenus et désignant pour le surplus le Docteur Enio RANALLI en qualité d'expert ;
- le rapport d'expertise déposé au greffe le 13.6.2017 ;
- le dossier des parties ;
- les conclusions déposées pour la partie demanderesse le 25.9.2017 ;

À l'audience du 29.9.2017, l'affaire a fait l'objet d'une remise contradictoire en vue de permettre à la partie demanderesse d'apporter des précisions sur sa période d'hospitalisation.

Les parties ont été entendues en leurs dires et moyens à l'audience publique du 22.12.2017.

Les débats ont été clos.

Madame Catherine LAMBERT, premier substitut de l'auditeur du travail, a rendu à cette audience un avis oral concluant au bien-fondé de la demande.

Il n'y a pas été répliqué.

L'affaire a été prise en délibéré à cette même audience du 22.12.2017.

2. Décision litigieuse et objet du litige

2.1. Le 5.2.2016, l'État belge a pris la décision suivante à l'égard de Monsieur T. suite à une révision d'office entamée le 31.10.2015 :

- suppression à la date du 1.3.2016 du droit à l'allocation de remplacement de revenus, bien qu'il remplisse les conditions médicales, au motif que les revenus portés en compte dépassent le montant barémique de l'allocation ;
- suppression à la date du 1.3.2016 du droit à l'allocation d'intégration, au motif que sa réduction d'autonomie n'atteint pas 7 points.

2.2. La demande a pour objet :

- l'octroi d'une allocation de remplacement de revenus et d'une allocation d'intégration à partir du 1.3.2016, à majorer des intérêts légaux et judiciaires ;
- la reconnaissance du droit de Monsieur T. aux avantages fiscaux et sociaux que son état de santé autorise ;
- la condamnation de l'Etat belge à la délivrance d'une nouvelle attestation générale reprenant la reconnaissance médicale de son handicap après expertise ;

Le recours poursuit en outre la condamnation de l'Etat belge aux dépens, en ce compris l'indemnité de procédure liquidée à 131,18 €.

3. Les antécédents et les faits (rappel)

Les faits de la cause peuvent être synthétisés comme suit :

- Monsieur T., né le 23.2.1981, de nationalité belge, est marié depuis 2002, mais vit seul, séparé de son épouse (v. extrait du registre national, pièce 30 - dossier administratif).

- Son parcours scolaire n'est pas autrement détaillé que par « enseignement technique électromécanique » (v. formulaire de demande d'allocations du 26.12.2012, pièce 18 – dossier administratif).
- Il déclare n'avoir jamais travaillé (v. formulaire de demande d'allocations du 26.12.2012, pièce 18 – dossier administratif).
- Il serait à charge de la mutuelle depuis 2011 (v. anamnèse, examen médical médecin évaluateur du 14.12.2015, pièce 32 – dossier administratif).
- Il a disposé des revenus imposables suivants (v. AER ex. 2015 et 2014, pièces 3 – dossier auditeur) :
 - RIG année 2013 : 11.028,77 € (AMI) ;
 - RIG année 2014 : 11.062,77 € (AMI).
- Suite à une précédente demande du 26.12.2012, il s'était vu octroyer à partir du 1.1.2013, une allocation d'intégration de catégorie 2 (9 points) de 2.038,48 € par an, tandis que l'allocation de remplacement de revenus lui avait été refusée en raison d'un obstacle de revenus, bien que les conditions médicales soient remplies (v. décision 25.11.2013, pièce 11 – dossier administratif).
- La reconnaissance du handicap n'était toutefois accordée que pour la période du 1.1.2013 au 31.10.2015 (v. examen médical médecin évaluateur du 14.10.2013, pièce 38 – dossier administratif), ce qui explique la révision d'office au 31.10.2015.
- Selon le médecin évaluateur de l'Etat belge, il souffre de schizophrénie paranoïde (v. diagnostic principal, examen médical médecin évaluateur du 14.12.2015, pièce 34 – dossier administratif). Lui-même déclare être atteint de schizophrénie paranoïde et de psychose (v. requête, p.1).
- Entre-temps, Monsieur T a été hospitalisé à deux reprises (v. attestation du Centre hospitalier Titeca du 3.10.2017 – dossier demandeur) : du 30.9.2016 au 10.11.2016 ; du 19.1.2017 au 14.4.2017.

4. Discussion

4.1. Quant à l'allocation d'intégration

4.1.1. Conclusions de l'expert et position des parties

L'expert était invité à donner son avis sur le degré de perte d'autonomie de la partie demanderesse à la date du 1.3.2016 et depuis lors.

Dans son rapport provisoire du 6.5.2017, l'expert a conclu à une perte d'autonomie de 11 points, soit 1-2-2-2-2, compte tenu des observations suivantes :

- le patient ne présente pas de problèmes physiques entravant son autonomie ;
- il souffre d'une maladie mentale évoluant depuis de nombreuses années du registre de la schizophrénie de type paranoïde ;
- la situation de décompensation remonte à environ 5 ans ;
- il présente un parcours de consommation de stupéfiants ;

- depuis 5 ans, il a été hospitalisé à 3 reprises sous la contrainte (loi du 26.6.1990 ;
- il a été hospitalisé le 30.9.2016 et est ressorti 40 jours après, a été hospitalisé à nouveau courant décembre 2016 et est sorti environ une semaine avant la rencontre avec l'expert, avec obligation d'un suivi chez son médecin traitant et d'un traitement psychotrope ;
- « En excluant les périodes d'hospitalisation, il convient de tenir compte d'une moyenne afin de pouvoir octroyer à l'intéressé une allocation d'intégration qui soit cohérente et qui ne soit pas représentative d'une phase aiguë ou d'une phase où l'intéressé est à son meilleur. Par ailleurs, la situation clinique reste actuellement précaire, en cours de stabilisation (...) » ;
- Pour l'item « surveillance » en particulier, l'expert retient un score de 2 points au motif que « l'intéressé a été hospitalisé sous la contrainte » et qu'il « est en mesure de postcure et doit répondre à certains critères de suivi de traitement ».

Répondant aux objections du conseil de la partie demanderesse, suite à la communication du rapport provisoire, l'expert a revu légèrement sa cotation à la hausse pour la période correspondant à son hospitalisation, en accordant 3 points au lieu de 2 pour l'item « surveillance ». Il s'en est expliqué ainsi :

« La lecture du mail de Me DODION a retenu toute l'attention de l'expert.

À propos de vivre interné ou en habitation protégée, il convient de ponctuer les différences qu'il existe à ce propos. 'L'internement' paraît assez clair en soi. Il s'agit d'une hospitalisation en section fermée, avec la possibilité de sortie, selon les décisions de l'équipe soignante, compte tenu de toute une série de facteurs. Quant à la vie en habitation protégée, contrairement à son appellation, les personnes vivent dans un immeuble où ils disposent d'une chambre individuelle, de lieux communs (cuisine, salle à manger, salon...). Il existe par ailleurs une équipe pluridisciplinaire selon les structures, non présente sur place, à laquelle, ils peuvent faire appel. Autrement dit, dans la plupart des IHP (initiatives d'habitations dites protégées), il n'est pas question de surveillance intensive, ni même rapprochée mais bien de rencontres entre le personnel soignant et les personnes qui y résident. Bien souvent, les résidents peuvent faire appel aux personnes encadrant au moyen d'un numéro de GSM. Dans le cas de Monsieur T il est plus « surveillé » chez ses parents que s'il vivait en IHP. Par ailleurs, le séjour dans ce genre d'établissement nécessite un minimum d'autonomie.

Malgré les éléments avancés par Me DODION de convaincre afin de porter le poste de surveillance à 3 points/3, l'expert ne peut accéder à cette demande. Elle est limite. Si une cotation intermédiaire officielle existait, entre 2 et 3, l'expert l'aurait utilisée, ce n'est pas le cas. D'autre part, si l'expert devait céder, la mise en observation (loi du 26/06/1990) en milieu fermé hospitalier devrait alors être coté à 4, voire plus, ce qui nécessite et qui n'existe pas dans la grille telle qu'elle a été établie par le SPF Handi. Dans la même optique, Monsieur T. aurait alors dû resté hospitalisé dans le cas de la mesure de maintien lié à cette loi de juin 1990, ce qui n'est pas le cas.

Par contre, expert est d'accord de retenir une cotation de 3 points/3 pour cet item surveillance, à partir de la survenance de la 1ère MEO (mise en observation) au cours de l'année 2016. Ces multiples séjours hospitaliers mettent en évidence une instabilité psychique importante et la nécessité d'une surveillance accrue. Autrement dit, il convient de retenir 12 points sur 18 pour cette période, jusqu'à la sortie du CHJ Titeca, peu de temps avant la rencontre avec l'expert. Malheureusement, l'expert ne dispose pas des dates précises à ce propos. Les attestations de séjour sous la contrainte, émanant de cet établissement devrait servir à définir les dates exactes ».

L'expert conclut ainsi que la partie demanderesse présente une réduction d'autonomie évaluée :

- à la date du 1.3.2016 : 11 points sur 18 (soit 1-2-2-2-2) ;
- du « 1^{er} jour du séjour sous le registre de la mise en observation (...) survenu au cours de l'année 2016 jusqu'à sa sortie (...) du CHJ Titeca » : 12 points sur 18 (soit 1-2-2-2-3), dont 1 point pour l'item « possibilités de se déplacer ;
- à la date du 2.5.2017 (date de la rencontre avec l'expert) : 11 points sur 18 (soit 1-2-2-2-2).

L'expert précise que la situation est précaire et devrait être revue dans 3 ans.

L'Etat belge demande d'entériner les conclusions du rapport d'expertise.

Dans le prolongement de sa réaction aux préliminaires, la partie demanderesse conteste quant à elle l'évaluation de l'item « surveillance » et invite le tribunal à la fixer à 3 points au lieu de 2, ce qui donnerait un score total de 12 points sur 18 (soit 1-2-2-2-3) partir du 1.3.2016. Elle l'explique par le fait que, sans l'aide d'un tiers, elle serait incapable de vivre seule. Elle le justifie plus en détail comme suit (v. conclusions après expertise demandeur, pp.7-12):

- 1) une perte d'intégrité physique n'est pas synonyme de perte d'autonomie, par le jeu d'une équation mathématique :
Lorsque la partie demanderesse a été internée au CHJ Titeca, elle présentait très certainement une perte d'intégrité physique et psychique plus importante que lors de sa sortie du CHJ Titeca. Toutefois, ceci ne suffit pas à écarter le constat, que sans l'aide de tierces personnes, elle est incapable de vivre seule. Elle peut représenter un danger pour elle-même et pour les autres. Il ne peut être question de prendre l'exemple du cas le plus pathologique (la personne en pleine crise, internée) pour écarter de la catégorie 3 toutes les personnes qui, certes, plus stabilisées, sont incapables de vivre sans surveillance sans l'aide d'une tierce personne. La partie demanderesse a pu sortir de l'hôpital car elle était quelque peu stabilisée par les médicaments, parce qu'une famille la prenait en charge, parce qu'on ne garde pas indéfiniment ce type de patient en unité psychiatrique lorsqu'une famille est là pour assumer sa sortie.

- 2) l'expert judiciaire n'a pas suffisamment tenu compte des difficultés réelles d'autonomie que représente une sortie d'hospitalisation d'une unité psychiatrique, pensant à tort qu'une aide moins importante doit être octroyée à la sortie d'une hospitalisation, vu une certaine stabilité retrouvée : Après un encadrement de plusieurs mois en unité psychiatrique, il y a lieu d'envisager des aides importantes pour envisager de maintenir une certaine stabilité (qui peut n'être que temporaire et qui est toujours fragile). Il ne suffit pas de constater une stabilisation de l'état autorisant une sortie pour estimer qu'une aide moins importante est nécessaire, que du contraire. Le patient atteint de troubles psychiques, hébergé ou interné ou hospitalisé, bénéficie de toute une infrastructure à sa disposition en permanence : il se déplace accompagné si nécessaire ; il ne doit pas s'occuper de l'intendance pour se nourrir (ni courses, ni préparation de repas, ni vaisselles, etc...) ; sa chambre est nettoyée par le personnel ; son hygiène est contrôlée ; une équipe médicale multidisciplinaire est prête à intervenir en cas de moindre danger, dérapage, crise, manque, pleurs, angoisse, etc... ; des activités sociales et culturelles sont organisées ainsi que des ateliers ; etc... C'est justement à la fin de l'hospitalisation que l'allocation d'intégration a tout son sens, la personne se retrouvant seule après avoir été accompagnée et en lien avec d'autres, devant se déplacer, s'activer pour se nourrir, entretenir son logement, maintenir la stabilité toute fragile retrouvée, avoir des amis, etc... Le parcours de Monsieur T. démontre l'existence d'un handicap lourd, qui ne s'amointrit pas à la sortie d'une hospitalisation, vu l'encadrement qui est nécessaire pour maintenir une stabilité et qui est parfois insuffisant à maintenir une stabilité, la maladie étant parfois plus forte ... Il n'y a pas lieu non plus de pénaliser le soutien familial, qui est bel et bien réel.
- 3) l'expert judiciaire n'a pas tenu compte d'une situation moyenne : le caractère chronique de la pathologie du concluant :
Si l'on tient compte d'une situation moyenne durant la période litigieuse, il y a d'importantes périodes d'hospitalisation forcées, en défense sociale, de sorte que la cotation de 3 points pour le poste « surveillance » se justifie amplement tant pendant l'hospitalisation qu'après.
- 4) le poste « surveillance » a été sous-évalué par l'expert :
Si l'on combine les éléments suivants, une cotation de 3 points se justifie pour le poste « surveillance » :
- deux hospitalisations sous contrainte pendant la période litigieuse, durant une période de plus de 6 mois, l'une en septembre 2016 et l'autre en décembre 2016 (démontrant toute la relativité d'une stabilisation à la sortie d'hôpital, vu la récurrence) ;
 - la fragilité révélée par l'examen clinique ;
 - la réalité d'un soutien familial, sans lequel il serait incapable de vivre seul ;
 - la circonstance que l'expert serait prêt à donner 2,5 points ;

- les constats opérés aux autres items : comment vivre tout seul si on ne s'adonne à aucune tâche liée à la nourriture, si on est incapable d'utiliser un micro-ondes, si on ne touche pas à la gazinière, si on doit être stimulé pour être lavé, si on ne peut s'occuper de la lessive, si son logement ressemble à un capharnaüm, si on a aucun réseau social, etc...
- les mots de l'expert : « *Dans le cas de Monsieur T., il est plus 'surveillé' chez ses parents que s'il vivait en IHP. Par ailleurs, le séjour dans ce genre d'établissement nécessite un minimum d'autonomie* » ;
- le suivi postcure imposé suite à l'hospitalisation sous contrainte : il s'agit d'une vraie surveillance médicale et familiale ;
- la situation de logement telle que vécue réellement ;
- la gestion des médicaments par les proches ;
- la gestion de l'administratif par les proches.

4.1.2. Principes directeurs

La réduction d'autonomie est mesurée à l'aide d'un guide et d'une échelle médico-sociale permettant de déterminer le niveau des difficultés (0 à 3 points) constatées pour chacun des 6 facteurs ou items suivants (v. articles 5 et 5ter, de l'arrêté royal du 6.7.1987, et articles 1 à 3, de l'arrêté ministériel du 30.7.1987) :

- possibilité de se déplacer ;
- possibilité d'absorber ou de préparer sa nourriture ;
- possibilité d'assurer son hygiène personnelle et de s'habiller ;
- possibilité d'assurer l'hygiène de son habitat et d'accomplir des tâches ménagères ;
- possibilité de vivre sans surveillance, d'être conscient des dangers et d'être en mesure d'éviter les dangers ;
- possibilité de communiquer et d'avoir des contacts sociaux.

Pour chacun de ces facteurs, un nombre de points est octroyé en fonction du degré d'autonomie de la personne handicapée suivant la règle suivante (v. article 5ter, de l'arrêté royal du 6.7.1987, et article 2, de l'arrêté ministériel du 30.7.1987) :

- pas de difficultés, pas d'effort spécial ni de moyens auxiliaires spéciaux : 0 point ;
- difficultés limitées ou effort supplémentaire limité ou usage limité de moyens auxiliaires spéciaux : 1 point ;
- difficultés importantes ou effort supplémentaire important ou usage important de moyens auxiliaires spéciaux : 2 points ;
- impossible sans l'aide d'une tierce personne, sans accueil dans un établissement approprié ou sans environnement entièrement adapté : 3 points.

Les points octroyés sont alors totalisés de manière à déterminer la catégorie barémique à laquelle appartient la personne handicapée (v. article 6, §4, de la loi du 27.2.1987 et article 1^{er}, de l'arrêté ministériel du 30.7.1987) :

- catégorie 1 : degré d'autonomie de 7 à 8 points ;

- catégorie 2 : degré d'autonomie de 9 à 11 points ;
- catégorie 3 : degré d'autonomie de 12 à 14 points ;
- catégorie 4 : degré d'autonomie de 15 à 16 points ;
- catégorie 5 : degré d'autonomie de 17 à 18 points ;

Pour donner son avis sur la réduction d'autonomie, l'expert doit tenir compte du guide constitué par l'arrêté ministériel du 30.7.1987 (M.B. du 6.8.1987).

Sur cette base, l'expert et le juge à sa suite devraient être guidés par les considérations suivantes :

- le guide ne constitue pas seulement une évaluation médicale, mais comprend une échelle médico-sociale, de sorte que la part sociale de l'appréciation ne peut donc être négligée ;
- pour chaque item, il faut évaluer les conséquences de l'ensemble des handicaps présentés par la personne examinée (v. commentaires de l'arrêté ministériel du 30.7.1987, annexe, section 1, Généralités) ;
- il doit être veillé à ce que l'amélioration du degré d'autonomie ne soit pas pénalisée lorsqu'elle résulte d'efforts fournis par le handicapé lui-même, de l'emploi de prothèses ou de toute forme de service rendu au handicapé (v. commentaires de l'arrêté ministériel du 30.7.1987, annexe, section 1, Généralités). L'autonomie d'une personne atteinte de déficience auditive doit ainsi être évaluée comme si elle n'était pas porteuse d'un appareil auditif (v. en ce sens CT Bruxelles, 6° ch., 2.11.2015, R.G. n°2015/AB/341, inédit) ;
- si dans l'échelle médico-sociale l'attention est attirée sur divers handicaps qui entraînent des conséquences pour l'item considéré, la liste des exemples donnés n'est en rien limitative et l'octroi d'une cote déterminée pour chaque item n'implique pas que le manque d'autonomie doive ressortir cumulativement de tous les exemples (v. commentaires de l'arrêté ministériel du 30.7.1987, annexe, section 2) ;
- la cotation maximale de 3 points est réservée aux cas les plus graves et nécessite que l'impossibilité requise affecte chacune des tâches associées à l'item considéré (v. en ce sens : David DESAIVE et Michel DUMONT, « L'incapacité, l'invalidité et l'appréciation de la perte d'autonomie en sécurité sociale des travailleurs salariés et indépendants ainsi qu'en risques professionnels. Comment évaluer l'aspect médical ? – Chapitre 2, Les personnes handicapées », *In Regards croisés sur la sécurité sociale*, CUP, Anthémis, Liège, 2012, p. 308, n°14 et la jurisprudence citée), ce qui n'exclut pas pour autant la possibilité de corriger certains excès inhérents à pareille approche en optant au besoin pour une appréciation plus globale consistant à vérifier si l'impossibilité affecte la « *quasi-intégralité* » ou l'essentiel des tâches considérées (v. également en ce sens : David DESAIVE et Michel DUMONT, *ibidem*, p. 314, n°31 et la jurisprudence citée ; v. aussi CT Bruxelles, 6° ch., 6.2.2017, R.G. 2015/AB/813, inédit) ;
- la cotation de 2 points vise les difficultés qui empêchent la personne d'accomplir sans aide de tiers ou d'équipements particuliers certains actes participant à l'item considéré, mais non l'essentiel de la fonction (v. en ce sens : CT Bruxelles, 6° ch., 6.2.2017, R.G. 2015/AB/813, inédit ; CT Bruxelles, 6° ch., 6.6.2016 ; R.G. 2015/AB/715, inédit ; CT Bruxelles, 6° ch., 21.5.2011, R.G. 2011AB/183, www.terralboris.be)

- la situation particulière du handicapé au moment de l'évaluation ne peut pas être décisive pour déterminer le degré d'autonomie, mais c'est la situation moyenne qui doit être évaluée (v. commentaires de l'arrêté ministériel du 30.7.1987, annexe, section 1, Généralités), ce qui permet de tenir compte d'éventuelles fluctuations ou crises ;
- de manière générale, il ne peut être perdu de vue que la cotation doit se faire par référence à une personne entièrement valide, isolée et vivant dans des conditions normales de dignité.

4.1.3. Appréciation pour les items litigieux

Le tribunal rappelle que l'allocation d'intégration constitue « une intervention financière des pouvoirs publics, destinée à couvrir les frais supplémentaires occasionnés par le handicap » (Doc. parl., Ch., session 1985-1986, n°448/1, p.16) et cela dans le but de favoriser l'intégration des personnes handicapées (Doc. parl., Ch., session 1985-1986, n°448/1, p.12). Par ailleurs, l'accent est mis dans les travaux préparatoires sur le fait que les allocations doivent être octroyées « selon les besoins réels » (Doc. parl., Ch., session 1985-1986, n°448/1, p.3).

Cette approche engage à une application positive, à l'avantage de la personne handicapée, des règles qui gouvernent la détermination de la perte d'autonomie et qui sont inscrites aux articles 5ter, de l'arrêté royal du 6.7.1987, et 2, de l'arrêté ministériel du 30.7.1987. A l'inverse, elle s'oppose à ce que soit privilégiée, en cas de doute, l'option du nivellement par le bas, laquelle restreint arbitrairement la visée d'intégration qui est pourtant le moteur du droit en jeu.

D'emblée, le tribunal entend souligner la qualité et la complétude de l'expertise.

Un seul item est discuté, à savoir l'item « possibilité de vivre sans surveillance, d'être conscient des dangers et d'être en mesure d'éviter les dangers ».

L'expert observe pertinemment qu'il « convient de tenir compte d'une moyenne afin de pouvoir octroyer à l'intéressé une allocation d'intégration qui soit cohérente et qui ne soit pas représentative d'une phase aiguë ou d'une phase où l'intéressé est à son meilleur ».

Il note par ailleurs que :

- les « multiples séjours hospitaliers mettent en évidence une instabilité psychique importante et la nécessité d'une surveillance accrue », ce qui justifie à son sens l'attribution d'un score de 3 points pour les périodes d'hospitalisation ;
- « la situation clinique reste actuellement précaire, en cours de stabilisation », cela à un moment où la partie demanderesse n'est pourtant plus hospitalisée ;
- tandis que dans la plupart des IHP (initiatives d'habitations protégées), il n'est pas question de surveillance intensive et qu'un minimum d'autonomie est requis pour y vivre, en l'occurrence la partie demanderesse est plus surveillée chez ses parents que si elle vivait en IHP.

Il reconnaît enfin que la situation est limite pour cet item, à un point tel que si une cotation intermédiaire officielle entre 2 et 3 existait, il l'aurait utilisée.

Par l'ensemble de ces considérations, l'expert souligne en réalité, à la fois :

- l'existence de difficultés pratiquement insurmontables rencontrées par la partie demanderesse dans l'exécution de l'essentiel de l'item considéré, ce qui se traduit par des hospitalisations répétées, dont deux pour la seule période litigieuse, qui plus est sous le régime de mises en observations qui requièrent que l'intéressé, soit mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui (v. article 2 de la loi du 26.6.1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux) ;
- le rôle déterminant et indispensable du cadre de vie assuré à la partie demanderesse par sa famille pour l'exécution normale de l'ensemble des tâches de l'item considéré.

Dans ce contexte particulier où l'expert se montre fortement hésitant et sous peine de pénaliser les efforts déployés par l'entourage de la partie demanderesse pour compenser sa perte d'autonomie et assurer une stabilisation toujours fragile de son état en dehors d'une institution hospitalière, il paraît raisonnable de retenir un score de 3 points.

4.1.4. Conclusion sur la perte d'autonomie et le droit à l'allocation d'intégration

Se distançant du rapport de l'expert, le tribunal reconnaît donc à la partie demanderesse une perte d'autonomie de 12 points sur 18, soit 1-2-2-2-2-3, à la date du 1.3.2016 et depuis lors, sans qu'il y ait lieu de distinguer selon qu'elle était ou non hospitalisée.

Le jugement avant dire droit du 25.11.2016 a déjà relevé qu'il n'y avait pas d'obstacle de revenus à l'octroi d'une allocation d'intégration limitée de catégorie 3 d'un montant de 5.235,71 € par an à la date du 1.3.2016.

4.2. Quant aux avantages sociaux et fiscaux

Dès lors que la partie demanderesse se voyait déjà reconnaître une réduction de capacité de gain à un tiers ou moins, la seule question litigieuse se trouvait encore dans la détermination du degré de perte d'autonomie en lien avec les avantages sociaux et fiscaux qui dépendent de ce critère.

Au vu des conclusions de l'expert telles que revues par le tribunal, la partie demanderesse réunit les conditions médicales pour prétendre aux avantages sociaux et fiscaux correspondant à une perte d'autonomie de 12 points sur 18.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL,**

Statuant après un débat contradictoire ;

Sur l'avis conforme du ministère public ;

Déclare l'action partiellement fondée dans la mesure ci-après ;

En conséquence :

- fixe la perte d'autonomie de Monsieur T à 12 points sur 18 à la date du 1.3.2016 et depuis lors ;
- condamne l'Etat belge au paiement à Monsieur T d'une allocation d'intégration limitée de catégorie 3 d'un montant de 5.235,71 € par an à la date du 1.3.2016, à majorer des intérêts légaux et judiciaires ;
- dit pour droit que Monsieur T réunit les conditions médicales pour prétendre aux avantages sociaux et fiscaux correspondant à une perte d'autonomie de 12 points sur 18 à la date du 1.3.2016 et depuis lors ;
- ordonne à l'Etat belge de délivrer à Monsieur T une attestation générale reprenant la reconnaissance médicale de son handicap après expertise ;

Fixe au 30.6.2020 la date de la prochaine révision d'office planifiée sur pied de l'article 23, §1er, 5°, de l'arrêté royal du 22.5.2003 ;

Déboute Monsieur T du surplus de sa demande ;

En application de l'article 1017, al. 2, CJ, condamne l'Etat belge au paiement des dépens de Monsieur T, liquidés dans le chef de celui-ci à 131,18 €, en ce qui concerne l'indemnité de procédure, et à la somme de 582,99 €, au titre des frais et honoraires d'expertise dus au Docteur ENIO RANALLI et déjà taxés le 21.8.2017 ;

Ainsi jugé par la 18^e chambre du tribunal du travail francophone de Bruxelles où siégeaient :

Monsieur Christian ANDRE,	Vice-président - Président de la chambre ;
Monsieur Pierre VAN SCHENDEL,	Juge social indépendant ;
Monsieur Geoffery RUELLE,	Juge social ouvrier ;

et prononcé à l'audience publique du 19-01-2018 à laquelle était présent :

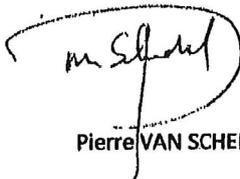
Monsieur Christian ANDRE, Vice-président - Président de la chambre, assisté de Madame Ikram EDDAIF, Greffier délégué.

le Greffier délégué, les Juges sociaux,

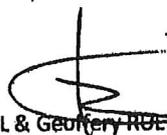
le Vice-président,



Ikram EDDAIF



Pierre VAN SCHENDEL & Geoffery RUELLE



Christian ANDRE