



COPIE
Art. 792 C.J.
Exempt de droits.

Numéro de répertoire : 2021/ 001072
Date du prononcé : 21/01/2021
Numéro de rôle : 19/2985/A
Numéro audtorat : 19/6/01/419
Matière : assurance maladie invalidité trav. salariés
Type de jugement : définitif contradictoire
Liquidation au fonds : OUI (loi du 19 mars 2017)

Expédition

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

**Tribunal du travail francophone de
Bruxelles
9e chambre
Jugement**

EN CAUSE :

Madame L
domiciliée rue
partie demanderesse,
comparaissant en personne et par Me Anne-Sophie PALSTERMAN, avocate ;

CONTRE :

L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES, BCE: 0411.766.483,
ci-après, en abrégé « **UNML** »,
dont les bureaux sont situés route de Lennik 788 A à 1070 BRUXELLES,
partie défenderesse,
comparaissant par Me Flore DE CUYPER loco Me Vincent DELFOSSE, avocats ;

I. La procédure

1. Le tribunal a fait application de la loi du 15 juin 1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire.
2. Comparaissant comme dit ci-dessus, les parties ont été entendues à l'audience publique du 26 novembre 2020. A cette audience, a été également entendu l'avis de Madame Estelle RASSON, substitut de l'auditeur du travail de Bruxelles, auquel les parties ont pu répliquer. A l'issue des débats, la cause a été prise en délibéré.
3. Le tribunal a pris en considération dans son délibéré les pièces de la procédure telles que reprises à l'inventaire du dossier de celle-ci, et notamment :
 - la requête de Madame L enregistrée au greffe le 17 juillet 2019 ;
 - l'ordonnance du 13 janvier 2020 (article 747 du Code judiciaire) ;
 - les conclusions pour Madame L enregistrées au greffe le 20 février 2020 ;
 - les conclusions pour l'UNML enregistrées au greffe le 25 mars 2020 ;
 - l'annulation de l'audience du 4 mai 2020 et la demande conjointe de fixation pour plaider ;
 - les pièces déposées par les parties ;
 - le dossier de l'auditorat du travail.

II. La décision contestée et l'objet de la demande

4. Madame L conteste la décision de l'UNML du 3 juin 2019 en ce qu'elle reconnaît la nécessité de l'aide d'une tierce personne à partir du 4 février 2019.

Elle demande au tribunal de condamner l'UNML à lui payer l'allocation forfaitaire d'aide de tierce personne prévue à l'article 215bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, pour la période du 1^{er} avril 2018 au 14 mai 2019 (sic) ainsi qu'aux intérêts judiciaires et légaux et aux dépens.

III. Les faits

5. Madame L est en incapacité de travail depuis le 6 avril 2012, reconnue et indemnisée par la mutualité PARTENAMUT, dépendante de l'UNML.

Depuis le 24 avril 2012, elle travaille, avec l'accord du médecin-conseil, à temps partiel, comme assistante sociale, avec un aménagement de son poste de travail et l'intervention du PHARE pour l'octroi d'aides Individuelles (cf. le rapport médical du médecin-conseil de l'UNML pour le tribunal, daté du 16 décembre 2019, reçu au greffe le 7 janvier 2020 et le rapport du 28 mars 2017 du centre HORUS).

Elle présente un handicap visuel lié à la présence d'une rétinite pigmentaire.

C'est ce handicap qui justifie la reconnaissance de son incapacité de travail depuis le 6 avril 2012 (cf. le rapport médical du médecin-conseil de l'UNML du 16 décembre 2019).

Elle est reconnue par le SPF Sécurité sociale comme personne handicapée depuis le 1^{er} février 2008 pour une durée indéterminée sur base d'une réduction d'autonomie de 12 points sur 18 (2 points pour chacun des six items) et d'une réduction de capacité de gain de 66%.

Elle expliquera dans ses conclusions qu'elle ne bénéficie pas d'une allocation d'intégration (mais bien des avantages sociaux et fiscaux liés à la reconnaissance médicale) en raison des revenus à porter en compte puisqu'elle travaille à temps partiel dans le cadre de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 (c'est-à-dire avec l'accord du médecin-conseil de sa mutualité).

Selon le docteur DEPASSE, ophtalmologue au centre de réadaptation visuelle HORUS du CHU BRUGMANN, qui déclare avoir examiné Madame L, en date du 13 décembre 2011 :

« Les retentissements sur la fonction visuelle sont importants : champ visuel réduit aux 30° centraux avec scotomes dans la zone restante, acuité visuelle de 2/10 au meilleur œil, héméralopie entraînant une impossibilité de déplacement dans l'obscurité, vision des contrastes réduite et éblouissement. L'ensemble des symptômes entraîne une fatigabilité importante pour le moindre effort visuel (cf. le rapport médical du 28 février 2012 produit par Madame L. confirmé par un rapport médical du docteur FRERE, ophtalmologue au même centre, du 16 juillet 2019).

Le docteur FRERE précise qu'il s'agit d'une maladie génétique évolutive rare avec des retentissements importants. Il se réfère au même examen du 13 décembre 2011.

6. Par une décision du 29 mars 2013, la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité a décidé de reconnaître, après examen de Madame L., la nécessité de l'aide d'une tierce personne du 1^{er} janvier 2013 au 31 mars 2018 sur base d'une réduction d'autonomie de 12 points sur 18.

Madame L. précise que c'est sur les conseils du médecin-conseil de l'UNML qu'elle a introduit sa demande d'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne.

7. Par courriel du 13 avril 2018, Madame L. a introduit une plainte auprès du service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

Elle y explique qu'elle est malvoyante, reconnue par le SPF Sécurité sociale à 80 % (12 points) et qu'elle travaille à mi-temps médical, avec une adaptation de son poste et de son horaire de travail en fonction de la lumière, devenant aveugle lorsqu'il fait sombre, ne possédant pas de vision de nuit en raison de son handicap.

Elle explique également avoir reçu la visite, le 24 mars 2018, d'une assistante sociale de sa mutuelle pour la prolongation de l'aide d'une tierce personne, suite à une prise de rendez-vous.

Selon Madame L. cette assistante sociale lui aurait confirmé l'obtention de 13 points sur 18, selon son enquête.

Elle soutient également que, convoquée, le 4 mars 2018, par le médecin-conseil de la mutualité, pour un entretien, le 12 avril 2018, celui-ci lui aurait annoncé d'emblée que son aide allait être supprimée. Au terme de son enquête, sur base du même système de points (que l'intéressée estime ne pas refléter la réalité), le médecin-conseil a conclu à une réduction d'autonomie de 10 points sur 18.

Elle-même assistante sociale, elle se dit choquée par l'attitude du médecin-conseil de la mutualité PARTENAMUT qui aurait dénigré le travail de l'assistante sociale dont il n'a pas tenu compte.

Par lettre du 13 avril 2018, le SECM a répondu à Madame L. qu'il n'a pas autorité pour intervenir dans le travail des médecins-conseils des mutualités et que, si elle n'est pas d'accord avec la décision prise par le médecin-conseil, elle a la possibilité de contester cette décision en introduisant un recours devant le tribunal du travail compétent.

8. Par lettre recommandée du 30 mai 2018, le médecin-conseil de la mutualité PARTENAMUT a notifié à Madame L. sa décision du 12 avril 2018 de refuser sa demande de prolongation de la nécessité de l'aide d'une tierce personne à partir du 1^{er} avril 2018.

Selon le docteur VANOUDEHOF, Madame L. a obtenu un nombre de points correspondant à 8 points sur 18.

La lettre précise : « Vous pouvez via votre médecin traitant, réclamer les documents médicaux qui se trouvent dans votre dossier. Si vous estimez qu'entre-temps vous avez de nouvelles données médicales, vous pouvez toujours introduire une demande de révision de la présente décision.

Si vous n'êtes pas d'accord avec la présente décision, vous pouvez introduire un recours auprès du tribunal du travail de votre domicile (voir annexes) » (souligné par le tribunal).

Madame L. précise qu'elle produit à son dossier un duplicata de ce courrier, envoyé le 14 mai 2018.

Elle n'a pas introduit de recours contre cette décision.

9. Dans un courriel du 6 janvier 2020 au conseil de Madame L., l'assistante sociale de la Ligue Braille, Madame P., dépendant du centre de rééducation fonctionnelle HORUS, a expliqué les différentes démarches accomplies, du 13 novembre 2018 au 24 janvier 2019, suite à cette décision, pour obtenir l'aide d'une tierce personne.

Selon Madame P.

- la mutualité a justifié, le 5 décembre 2018, la décision prise de la manière suivante :
« *Le rapport Ophtalmo du 12/7/18 [ce rapport est pourtant postérieur à la décision du médecin-conseil et à sa notification] se limite à décrire le handicap visuel, à signaler que la patiente utilise du matériel de lecture adapté et que déplacements, ménages et courses nécessitent de l'aide afin d'être en sécurité. Le MC ne nie bien sûr rien de cela. Mais le score d'évaluation ATP n'atteignait pas le score-seuil de 11/18. C'est cette évaluation « technique » qui peut faire l'objet d'une expertise via le Tribunal du travail* ».
- lors d'un contact téléphonique du 11 décembre 2018, elle a demandé une reprise du dossier avant de faire recours parce que la décision ne semble pas fondée. Elle a envoyé un courriel en ce sens pour officialiser la demande ;

- un rendez-vous a eu lieu le 24 janvier 2019 avec l'assistante sociale, Madame L. suite à la demande de reprise du dossier. Celle-ci l'a informée que Madame L. pourra être prise en charge par un autre médecin-conseil, vu la création d'une nouvelle antenne médicale traitant les aides de tierce personne à GANSHOREN ;
- cette assistante sociale a repris une copie du rapport d'HORUS, de l'attestation générale du SPF Sécurité sociale pour demander à nouveau officiellement une analyse de son dossier et aurait confirmé que *« si cela ne fonctionne toujours pas, elle refera une demande officielle afin de pouvoir faire un recours contre la décision. Pour la demande de 2018 nous sommes malheureusement hors délai »*

Madame P. a joint un rapport médical du docteur FRERE, daté du 12 juillet 2018 (celui dont question dans la retranscription de la communication de la mutualité), suite à son examen du 12 juin 2018, en grande partie identique aux deux précédents rapports.

Le docteur FRERE y ajoute que :

- l'acuité visuelle est de 1/20 à l'œil droit et de 3/10 à l'œil gauche ;
- *« au quotidien, les déplacements, le ménage, les courses sont des tâches qui demandent l'aide d'une tierce personne afin d'être en sécurité » ;*
- *« elle nécessite également de l'utilisation de matériel adapté pour pouvoir vivre plus confortablement (filtre solaire, télé loupe, programme d'agrandissement...) » ;*
- *« l'ensemble de ses symptômes entraîne une fatigabilité importante pour le moindre effort visuel » ;*

10. Par lettre du 30 avril 2019, la mutualité a invité Madame L. à se rendre à un examen médical prévu le 13 mai 2019.

11. Par lettre du 3 juin 2019, un autre médecin-conseil de l'UNML, le docteur CLAUS, a notifié à Madame L. sa décision du 24 mai 2019 lui reconnaissant la nécessité d'aide d'une tierce personne à partir du 4 février 2019 jusqu'au 31 juillet 2021.

Selon le docteur CLAUS, Madame L. a obtenu un nombre de points correspondant à 13 points sur 18.

Madame L. a pu obtenir la grille d'évaluation complétée par l'assistante sociale, Madame L. datée du 4 février 2019 évaluant à 13 points sur 18 la réduction d'autonomie :

- déplacement : 2 points ;
- nourriture : 2 points ;
- hygiène personnelle : 2 points ;
- entretien habitat : 3 points ;
- surveillance : 2 points ;
- contacts sociaux : 2 points

12. Madame L précise que son recours porte sur le refus de revoir, à la date de sa prise de cours initiale, la décision de refus du 30 mai 2018.

Elle se réfère à une « seconde décision, en date du 17 mai 2019 », qui lui « réaccorde le bénéfice de cette allocation mais seulement à partir du 14 mai 2019 » (sic).

IV. La discussion et la décision du tribunal

1. La recevabilité de la demande

1.1 La position des parties

13. Madame L conclut à la recevabilité de sa demande.

Elle souligne que la décision du 30 mai 2018 n'indiquait pas que les contestations devaient être introduites dans un certain délai en sorte que, pour elle, il s'agissait de lui octroyer un complément d'indemnités, les contestations en la matière n'étant soumises qu'au délai de prescription et non à un délai de forclusion.

A supposer que l'organisme assureur entendait prendre une décision soumise à un délai de forclusion, la décision du 30 mai 2018 n'indique pas le délai de recours, en sorte que ce délai n'a pas commencé à courir (article 14,3° et alinéa 2 de la Charte de l'assuré social):

14. L'UNML conclut à l'irrecevabilité de la demande de Madame L en tant qu'il vise à obtenir l'aide d'une tierce personne pour la période à partir du 1^{er} avril 2018 et donc à contester la décision de son médecin-conseil du 14 mai 2018 refusant l'aide d'une tierce personne à partir de cette date.

Elle souligne que la requête de Madame L vise exclusivement et clairement la contestation de la décision prise le 3 juin 2019.

Selon l'UNML, Madame L semble étendre son recours à la décision prise le 14 mai 2018 alors que ladite décision n'a pas été contestée dans le délai de trois mois prévu par l'article 23 de la Charte de l'assuré social.

1.2 En droit

15. Selon l'article 23 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la charte » de l'assuré social (ci-après « la Charte de l'assuré social ») :

« Sans préjudice des délais plus favorables résultant des législations spécifiques, les recours contre les décisions prises par les institutions de sécurité sociale compétentes en matière d'octroi, de paiement ou de récupération de prestations, doivent, à peine de déchéance, être introduits dans les trois mois de leur notification ou de la prise de connaissance de la décision par l'assuré social en cas d'absence de notification.

Sans préjudice des délais plus favorables résultant des législations spécifiques, tout recours en reconnaissance d'un droit à l'encontre d'une institution de sécurité sociale doit également, à peine de déchéance, être introduit dans un délai de trois mois à dater de la constatation de la carence de l'institution »

16. Selon l'article 13, alinéa 1, de la Charte de l'assuré social, les décisions d'octroi d'un droit, d'un droit complémentaire, de régularisation d'un droit, ou de refus de prestations sociales, visées aux articles 10 et 11 doivent être motivées (cf. également son article 7).

La charte de l'assuré social ne précise pas en quoi doit consister la motivation de ces décisions. Elle se borne à préciser quelles mentions celles-ci doivent contenir (articles 14 et 15).

Il convient dès lors de s'en référer à la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle (et non substantielle) des actes administratifs.

La motivation exigée consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Elle doit être adéquate (article 3 de la loi du 29 juillet 1991).

La motivation doit laisser apparaître les circonstances concrètes (les éléments de fait) qui ont amené l'institution à prendre la décision.

Elle doit être claire et permettre de comprendre l'articulation du droit et du fait et, ainsi, de savoir pourquoi en fonction des circonstances, la décision a été prise (S.Gilson, Z.Trusgnach et S.Vinclair, Regards sur la Charte de l'assuré social, in J.Clesse et J.Hubin, Questions spéciales de droit social. Hommage à Michel Dumont, CUP, vol. n°150, Larcier, 2014, p. 209 et les références citées).

L'absence de motivation de l'acte, formalité substantielle, entraîne sa nullité.

S'agissant d'une règle d'ordre public, le tribunal doit soulever d'office la question de la motivation formelle de l'acte administratif.

Le tribunal doit, dans ce cas, en écarter l'application, s'agissant en effet d'un contentieux subjectif et non d'une procédure devant le Conseil d'Etat (article 159 de la Constitution).

Lorsqu'un acte administratif est irrégulièrement motivé, sa notification est nulle et, selon le tribunal, suivant une jurisprudence majoritaire, le délai de recours au tribunal du travail ne prend pas cours (C.trav.Bruxelles, 15 février 1995, Chron.D.S., 1996, p.557 concernant les articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991).

17. Selon une partie importante de la jurisprudence, à laquelle le tribunal se rallie, la décision du médecin-conseil d'une mutuelle reconnaissant ou refusant de reconnaître le degré requis d'incapacité de travail est une décision administrative au sens de la loi du 29 juillet 1991 (C.trav.Bruxelles, 27 mars 2014, R.G.n° 2012/AB/282, www.terralaboris.be qui cite C.trav.Bruxelles, 4 juin 2009, Chron.D.S., 2012,p.265 et C.trav.Gand, 13 février 1995, A.J.T., 1994-1995, p.346).

Il en va dès lors de même, par analogie, de la décision du médecin-conseil d'une mutuelle refusant de reconnaître la nécessité de l'aide d'une tierce personne.

Le médecin-conseil ne peut pas se retrancher derrière le secret médical ou la protection de la vie privée de l'assuré social pour ne pas motiver sa décision de refuser de reconnaître la nécessité de l'aide d'une tierce personne.

En effet, ceux-ci protègent le titulaire de ses droits vis-à-vis des tiers. Or, l'assuré social est au courant de sa situation médicale. Par conséquent, en lui communiquant les motifs médicaux de sa décision, l'institution ne viole aucun de ces principes.

Il est par contre admis que la motivation soit plus succincte, sans devoir faire référence, par exemple, à l'ensemble du dossier médical de l'assuré social (S.Gilson, Z.Trusgnach et S.Vinclaire, Regards sur la Charte de l'assuré social, in J.Clesse et J.Hubin, Questions spéciales de droit social. Hommage à Michel Dumont, CUP, vol. n°150, Larcier, 2014, p. 305 à 307).

18. Selon l'article 14 de la Charte de l'assuré social :

« 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 ».

L'article 215bis, § 1^{er}, alinéa 4, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précise que *« La décision de reconnaissance de la nécessité de l'aide d'une tierce personne est consignée dans le dossier médical et administratif du titulaire au siège de l'organisme assureur. Cette décision de reconnaissance est communiquée à l'INAMI par l'organisme assureur ».*

Selon l'article 245bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (souligné par le tribunal):

« Toute décision médicale prise dans le cadre de l'application des articles 100 à 102 de la loi coordonnée, ainsi que toute décision médicale prise en application de l'article 215bis, § 1er, est notifiée au titulaire ou à son représentant par lettre recommandée à la poste avec les mentions visées à l'article 14 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la charte de l'assuré social.

La décision peut également être notifiée par la remise à l'intéressé avec accusé de réception, du document qui en expose la teneur et qui comporte les mentions visées à l'article 14 de la loi précitée du 11 avril 1995. En cas de refus de signer pour accusé de réception opposé par l'intéressé ou son représentant, la décision est envoyée par lettre recommandée à la poste dans le délai défini à l'alinéa suivant.

La décision est notifiée dans le délai de sept jours civils suivant la date de réception de tout document relatif à l'application de l'article 100, § 1er, de la loi coordonnée, envoyé ou remis par le titulaire ou par toute personne habilitée à cet effet. Ce délai est porté à un mois à compter de la réception de la demande ou du document, pour toutes les décisions relatives à l'application des articles 100, § 2, 101 et 102 de la loi coordonnée. Dans tous les autres cas, la décision est notifiée dans le délai de sept jours civils suivant la date à laquelle la décision a été prise ».

L'article 245quater du même arrêté royal précise (souligné par le tribunal) :

« Par dérogation aux dispositions de l'article 245bis, la décision de reconnaissance de l'incapacité de travail ou du degré d'incapacité requis sur le plan médical, prise dans le cadre des articles 100 à 102 de la loi coordonnée, ainsi que la décision prise en vertu de l'article 215bis, § 1er, qui ne comporte aucun élément susceptible d'être contesté par le titulaire, est communiquée à celui-ci ou à son représentant par lettre ordinaire ou par la remise d'un écrit dans le délai visé à l'article 245bis, alinéa 3; le document transmis à l'intéressé comporte les mentions visées à l'article 14, 5° et 6°, de la loi susvisée du 11 avril 1995 ».

Le tribunal en déduit qu'*a contrario*, lorsque cette décision comporte un ou plusieurs éléments susceptibles d'être contestés par le titulaire, en application de l'article 245bis, la décision prise en vertu de l'article 215bis, § 1^{er}, doit être communiquée par lettre recommandée ou remise à l'intéressé contre accusé de réception et comporter toutes les mentions visées à l'article 14 de la Charte de l'assuré social.

1.3. En l'espèce

19. Le tribunal estime que le recours de Madame L est recevable, quelle que soit l'interprétation à donner à sa requête et à ses conclusions, l'objet de la demande étant d'obtenir l'allocation forfaitaire prévue en cas de nécessité de l'aide d'une tierce personne, à partir du 1^{er} avril 2018.

En effet :

- l'UNML n'apporte pas la preuve de la notification de la décision du médecin-conseil du 12 avril 2018, à la date indiquée sur la lettre de notification, soit le 30 mai 2018 ou toute autre date, faute de produire la preuve de l'envoi recommandé avec le cachet postal ;
- le délai commençant à courir à partir de la prise de connaissance n'est applicable qu'en l'absence de notification et non en l'absence de preuve de sa date ;
- à supposer que l'UNML apporte cette preuve, la lettre de notification de la décision du médecin-conseil du 12 avril 2018 n'est pas adéquatement motivée : elle ne précise pas le motif pour lequel Madame L. a obtenu un nombre de points correspondant à 8 points sur 18 (au lieu de 12) ;
- toujours dans la même hypothèse, cette décision (qui comporte des éléments susceptibles d'être contestés, qui n'est pas adéquatement motivée, dont il n'est pas établi qu'elle a été notifiée par lettre recommandée et faute de production de l'annexe visée dans le courrier) ne reprend pas toutes les mentions prévues par l'article 14 de la Charte de l'assuré social, notamment l'adresse des juridictions compétentes, le délai et les modalités pour intenter un recours, le contenu des articles 728 et 1017 du Code judiciaire, voire la possibilité d'obtenir toute explication sur la décision auprès du service qui gère le dossier (puisque le courrier de notification se borne à indiquer que Madame L. peut, via son médecin traitant, réclamer les documents médicaux qui se trouvent dans son dossier) ;

Il en résulte que le délai de recours contre la décision du 12 avril 2018, notifiée à une date inconnue, n'a pas commencé à courir et que le recours est recevable, en tant qu'il est dirigé (implicitement dans la requête mais explicitement dans les conclusions déposées) contre la décision du 12 avril 2018, selon lettre datée du 30 mai 2018.

20. Force est également de constater que le contenu de la lettre du 30 mai 2018 du médecin-conseil de l'UNML a pu induire en erreur Madame L. quant à l'opportunité d'introduire un recours en justice.

En effet, dans ce courrier, le médecin-conseil informe Madame L. qu'elle peut toujours introduire une demande de révision de ladite décision (et non une nouvelle demande).

Or, c'est précisément ce que Madame L. a tenté de faire, en vain, pour éviter de devoir contester cette décision devant le tribunal du travail impliquant de prendre et payer les honoraires d'un avocat si elle ne peut pas bénéficier de l'aide juridique de deuxième ligne qui peut n'être que partiellement gratuite selon les revenus du ménage à prendre en compte.

Madame L. produit en effet le rapport médical du docteur FRERE du 12 juillet 2018 qui aurait pu servir de base à ladite demande de révision.

Il incombait dans ce cas au médecin-conseil et à lui seul de décider si Madame L produit de « nouvelles données médicales » visées dans ladite décision.

Or, au lieu de soumettre la demande de révision, les préposés de l'UNML ont contraint l'intéressée à introduire une nouvelle demande en remplissant une nouvelle grille d'évaluation avec pour conséquence que cette grille, datée du 4 février 2019, a été interprétée comme étant la nouvelle demande.

L'UNML a donc trompé Madame L sur le sens du terme « révision » pourtant repris dans la décision contestée.

Dès lors, à supposer que le recours viserait uniquement la décision du 24 mai 2019, notifiée par lettre recommandée du 31 mai 2019 (preuve du cachet postal déposé à l'audience), la demande ayant pour objet l'octroi de l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne à partir du 1^{er} avril 2018 n'en reste pas moins recevable.

En effet, Madame L a pu légitimement considérer que, par sa décision du 24 mai 2019, le médecin-conseil de l'UNML a (implicitement) refusé de revoir sa décision du 12 avril 2018, en sorte que le recours, dont le délai commence à courir au plus tôt le 1^{er} juin 2019 (en réalité à la date de première présentation du pli recommandé), visait aussi ce refus de revoir sa décision du 12 avril 2018 et, partant, la période du 1^{er} avril 2018 au 3 février 2019.

La demande de Madame L (ayant pour objet l'octroi de l'allocation forfaitaire pour l'aide de tierce personne du 1^{er} avril 2018 au 3 février 2019 – et non du 14 mai 2019) est donc bien recevable.

2 Le fondement de la demande

2.1 La position des parties

21. Madame L considère qu'il résulte clairement du dossier que la décision du 30 mai 2018 était non fondée.

Elle se réfère à :

- la présence d'un handicap visuel depuis son plus jeune âge ;
- le caractère évolutif de sa maladie, attesté notamment par le rapport médical du 16 juillet 2017 (lire 2019) du docteur FRERE, rendant incompatible des épisodes d'amélioration notamment du besoin d'aide de tiers ;
- la reconnaissance antérieure du 1^{er} janvier (2013) au 31 mars 2018 et, à nouveau, à partir du 14 mai 2019 (lire 4 février 2019) ;
- la décision (lire : l'attestation) du SPF Sécurité sociale du 10 mars 2014 lui reconnaissant une perte d'autonomie de 12 points sur 18, à partir du 1^{er} février 2008 et pour une durée indéterminée ;
- les autres documents médicaux produits et le suivi constant par le centre HORUS ;

A titre subsidiaire, si par impossible le tribunal ne devait pas être convaincu, elle sollicite la désignation d'un expert.

22. Après avoir rectifié la période litigieuse (se terminant le 3 février 2019 inclus et non le 14 mai 2019, s'agissant de la date de la décision du médecin-conseil et non de la date de la demande), l'UNML conclut au non-fondement de la demande de Madame L et, à titre subsidiaire, à la désignation d'un expert médecin.

L'UNML relève en effet que :

- les pièces médicales produites sont antérieures à la date litigieuse (que l'UNML semble situer au 12 avril 2018, date de la première décision de son médecin-conseil) ;
- elles n'apportent aucune précision sur l'état de santé de Madame L durant la période litigieuse et ne permettent pas de remettre en cause les constatations du médecin-conseil de l'UNML ;
- l'attestation de reconnaissance du handicap, datée du 10 mars 2014, n'est pas actualisée et ne permet donc pas de considérer que la décision du médecin-conseil serait erronée ;
- la reconnaissance antérieure et postérieure à la période litigieuse ne permet pas à Madame L de s'en prévaloir pour ladite période, son état de santé variant dans le temps et étant susceptible d'évolution favorable ou défavorable.

L'UNML justifie sa demande subsidiaire de désignation d'un expert médecin par l'existence d'avis médicaux divergents.

2.2. En droit

23. Selon l'article 215*bis*, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le titulaire reconnu incapable de travailler qui n'est pas hospitalisé, ni hébergé dans une maison de repos ou de soins, une maison de soins psychiatriques ou une maison de repos pour personnes âgées, ni en situation de détention préventive ou de privation de liberté et pour lequel le médecin-conseil a décidé que l'aide d'une tierce personne est nécessaire du fait que son état physique ou mental ne lui permet pas d'accomplir seul les actes courants de la vie journalière, peut, à partir du quatrième mois d'incapacité de travail, prétendre à une allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne.

Selon l'alinéa 2 de la même disposition, l'évaluation du degré de nécessité de l'aide d'une tierce personne s'effectue sur base du nombre total de points attribués en fonction du guide utilisé pour l'évaluation du degré d'autonomie par la législation relative à l'octroi d'allocations aux handicapés. Le titulaire doit obtenir un nombre total d'au moins 11 points.

Il s'agit en l'espèce de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration.

La réduction d'autonomie est déterminée en fonction du niveau des difficultés (0 à 3 points) reconnu pour chacun des facteurs suivants :

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

Il incombe *in fine* à l'assuré social d'apporter la preuve qu'il réunit les conditions précitées pour obtenir la reconnaissance de la nécessité de l'aide d'une tierce personne et, partant, l'octroi de l'allocation forfaitaire.

24. Le juge peut, en vue de la solution d'un litige porté devant lui charger des experts de procéder à des constatations ou de donner un avis d'ordre technique (article 962, alinéa 1^{er}, du Code judiciaire).

« Le juge limite le choix de la mesure d'instruction et le contenu de cette mesure à ce qui est suffisant pour la solution du litige, à la lumière de la proportionnalité entre les coûts attendus de la mesure et l'enjeu du litige et en privilégiant la mesure la plus simple, la plus rapide et la moins onéreuse » (article 875bis, alinéa 1^{er}, du Code judiciaire).

Dominique Mougenot écrit à ce propos :

« Comme l'expertise est une mesure d'instruction longue et coûteuse, il n'est pas question de l'ordonner à la légère. Il ne suffit donc pas de la demander pour l'obtenir. Encore faut-il convaincre le juge de l'opportunité de cette procédure (...). Même si le texte ne le dit pas expressément, c'est l'expertise, la mesure d'instruction la plus lourde, qui est visée. Le demandeur ne doit évidemment pas établir son droit avec certitude, mais, à tout le moins, il doit apporter un commencement de preuve susceptible de rendre vraisemblables les faits qu'il allègue » (Répertoire notariale, tome XIII, Principe de droit judiciaire privé, Larcier, 2019, n° 388, p.261 ; voy. également D. Mougenot, « Les mesures d'instruction », in G. de Leval (dir.), Droit judiciaire, t. 2 « Manuel de procédure civile », pp. 513-514, n° 5.46, et les références citées à la note 2145.).

C'est également en ce sens que s'est prononcé le tribunal du travail de Liège-section de Huy dans une espèce où la mutuelle faisait défaut pour le motif que le médecin-conseil ne démontrait pas de circonstances justifiant sa thèse face à un certificat médical circonstancié déposé par le demandeur (trib.trav.Liège, sect.Huy, 2 mars 2018, R.G.n° 17/481/A, consultable sur www.stradalex.com, commenté par S.Gilson, Assurance maladie-invalidité et expertise, B.J.S., 2019, n°629, p.5).

2.3. En l'espèce

25. Le tribunal estime pouvoir faire droit à la demande de Madame L sans devoir recourir à une mesure d'expertise.

En effet :

- le médecin-conseil de l'UNML ne produit aucun dossier médical pertinent ;
- sa décision du 12 avril 2018 n'est pas motivée : Madame L et, à sa suite, le tribunal, ignorent toujours actuellement le motif pour lequel celle-ci a obtenu un nombre de points correspondant à 8 sur 18, à partir du 1^{er} avril 2018 ;
- le médecin-conseil ne produit pas le résultat de son évaluation, item par item ;
- il ne produit pas non plus la grille qui a dû, en principe, être complétée par l'assistante sociale dans le cadre de la demande prolongation de l'octroi de l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne ;
- le dossier de l'UNML ne permet pas de comprendre pour quel motif le médecin-conseil a revu la précédente cotation aboutissant à un score de 12 points sur 18 du 1^{er} janvier 2013 au 31 mars 2018 ni d'ailleurs pour quel motif cette cotation est repassée à 13 points sur 18, à partir du 4 février 2019, conformément cette fois à la nouvelle grille pourtant toujours complétée par une assistante sociale, Madame L. La seule différence observée est le changement de médecin-conseil ;
- la thèse du nouveau médecin-conseil, le docteur CLAUS ne répond pas à la critique formulée par Madame L. Il se borne en effet à justifier la reconnaissance des 13 points sur 18 à partir du 4 février 2019 et à constater qu'aucun recours n'a été introduit contre la décision de son collègue, le docteur VANOUDEHOFVE en sorte que l'évolution de la procédure depuis le dépôt de la requête, le 17 juillet 2019 ne permet toujours pas de comprendre, un an et cinq mois plus tard, pour quel motif ce médecin a attribué 8 points sur 18, par décision du 12 avril 2018 ;
- le tribunal est interpellé par le fait qu'aucun des deux médecins-conseils ne produit, ni même ne fait référence aux critères règlementaires, l'un pour arriver à 8 points sur 18 et l'autre à 13 points sur 18, aucune grille éventuellement corrigée / rectifiée de l'assistante sociale n'étant produite. Seule Madame L produit la grille complétée le 4 février 2019, ayant conditionné la date de prise de cours de la demande ;

- ces grilles d'évaluation ne sont pas couvertes par le secret médical et permettent au contraire de confronter utilement les points de désaccord, comme cela se produit couramment en cas de contestation des décisions du SPF Sécurité sociale sur l'évaluation de la réduction d'autonomie en vue de désigner un expert médecin. Or, en l'espèce, Madame L serait bien en peine de critiquer l'évaluation du docteur VANOUDEHOFVE puisqu'elle ignore même à quoi correspond la diminution de 4 points sur les 6 items
- Madame L produit la grille d'évaluation établie par l'assistante sociale, Madame I, proposant d'admettre une réduction d'autonomie de 13 points sur 18 avec le détail de la cotation proposée, item par item ;

Par contre, Madame L justifie sa demande par les éléments pertinents relevés par le tribunal au point 21 du présent jugement tenu ici pour expressément reproduits.

Le tribunal n'est pas plus convaincu par les arguments avancés par l'UNML en cours de procédure, alors que la thèse médicale de son médecin-conseil n'est pas pertinente pour la discussion portant sur la période litigieuse :

- les rapports médicaux du docteur FRERE sont datés des 12 juillet 2018 et 16 juillet 2019 : ils ne sont donc pas antérieurs à la date litigieuse du 1^{er} avril 2018;
- la question n'est pas d'apporter « des précisions sur l'état de santé » de Madame L mais de déterminer si elle obtient toujours un minimum de 11 points sur 18, à partir du 1^{er} avril 2018 jusqu'au 3 février 2019 inclus ;
- contrairement à ce que prétend l'UNML, ces pièces médicales sont bien de nature à remettre en cause la décision du médecin-conseil de l'UNML du 12 avril 2018 ;
- c'est également à tort que l'UNML prétend que ces pièces médicales ne remettent pas en cause « les constatations » de son médecin-conseil : le dossier de l'UNML ne contient en réalité aucune « constatation » de son médecin-conseil et la décision du 12 avril 2018 se borne, sans la moindre motivation, à attribuer 8 points sur 18 ;
- concernant l'attestation de reconnaissance du handicap, datée du 10 mars 2014, l'UNML oublie qu'elle concerne une reconnaissance prévue pour une durée indéterminée, depuis le 1^{er} février 2008, suite à un examen médical effectué à l'époque. Il n'incombe donc pas à Madame L de solliciter une nouvelle attestation plus récente. Il a été vérifié à l'audience qu'en l'absence de décision médicale planifiée, il n'y a en principe pas lieu à un nouvel examen médical du moins d'office (*a contrario* : article 23, § 1^{er}, 5° de l'arrêté royal du 22 mai 2003 relatif à la procédure concernant le traitement des dossiers en matière des allocations aux personnes handicapées). A nouveau, il n'incombe pas à Madame L de provoquer elle-même un nouvel examen médical ; Il en est d'autant plus ainsi que Madame L ne perçoit pas d'allocations aux personnes handicapées (en raison des revenus pris en compte) mais bénéficie uniquement de certains avantages sociaux et fiscaux liés à la reconnaissance médicale de l'incapacité de travail de 66% et de la réduction d'autonomie de 12 point sur 18, dont 2 points en matière de possibilités de se déplacer ;

Elle ne bénéficie pas de certains avantages liés à son handicap visuel en l'absence de cécité totale mais bien de la carte « accompagnateur gratuit » sur les transports en commun liée à la reconnaissance des 12 points) ;

- contrairement à l'UNML, le tribunal est au contraire sensible au fait que Madame L. a obtenu l'allocation forfaitaire jusqu'au 1^{er} avril 2018 et à nouveau à partir du 4 février 2019, alors que le médecin-conseil de l'UNML ne peut pas expliquer la diminution de 4 points (de 12 à 8) à partir du 1^{er} avril 2018, ni pourquoi, contrairement à son collègue le docteur CLAUS, il n'a pas suivi l'avis de l'assistante sociale ayant complété la grille d'évaluation ;
- si effectivement l'état de santé d'un bénéficiaire peut être un élément variable dans le temps susceptible d'évolution favorable ou défavorable, à nouveau, l'UNML n'établit pas qu'en l'espèce, il s'est produit une évolution favorable du 1^{er} avril 2018 au 3 février 2019 inclus justifiant la diminution de 4 points pour subir à nouveau une évolution défavorable à partir du 4 février 2019 pour regagner 5 points (sur base, semble-t-il, de la grille d'évaluation complétée par Madame L. produite par Madame L.) ;
- en comparant les trois rapports médicaux produits par Madame L. le tribunal est au contraire frappé par la ressemblance de la motivation de ces rapports, permettant de conclure que la réduction d'autonomie de Madame L. ne s'est certainement pas améliorée du 1^{er} avril 2018 au 3 février 2019. ;
- pour rappel, selon le guide de l'évaluation du handicap, approuvé par l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987, lors des évaluations, il faut veiller à ce que l'amélioration du degré d'autonomie ne soit pas pénalisée par les efforts fournis par la personne handicapée ou l'emploi de prothèse ou de toute forme de service rendu à la personne handicapée. La comparaison doit par ailleurs se faire par rapport à une personne entièrement valide ;
- si la situation est effectivement évolutive, rien ne permet malheureusement de justifier qu'elle peut s'améliorer ;
- la rétinite pigmentaire est en effet une maladie génétique dégénérative de l'œil qui se caractérise par une perte progressive et graduelle de la vision évoluant généralement vers la cécité (<https://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/RetinitePigmentaire-FRfrPub659.pdf>);
- le docteur VAN VANOUDEHOFVE (qui ne « défend » pas sa décision du 12 avril 2018) n'a jamais prétendu que la commission supérieure du conseil médical de l'invalidité de l'INAMI se serait trompée en reconnaissant la nécessité de l'aide d'une tierce personne du 1^{er} janvier 2013 au 31 mars 2018 sur base de 12 points sur 18 en perte d'autonomie

En l'absence de contestation médicale suffisamment étayée de la part de l'UNML, la mesure d'expertise demandée à titre subsidiaire ne se justifie pas.

La demande de Madame L. est dès lors fondée.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL,

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare la demande de Madame L recevable et fondée ;

Dit pour droit que Madame L présente une réduction d'autonomie de 12 points sur 18 également du 1^{er} avril 2018 au 3 février 2019 inclus.

En conséquence, condamne l'UNML à payer à Madame L l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne également pour ladite période du 1^{er} avril 2018 au 3 février 2019 inclus, majorée des intérêts légaux dus de plein droit puis judiciaires jusqu'à complet paiement.

Condamne enfin l'UNML aux dépens de l'instance, non liquidés par Madame L et par le tribunal à la contribution de 20 € au fonds budgétaire de l'aide juridique de deuxième ligne (article 1017, alinéa 2, 1^o du Code judiciaire).

Ainsi jugé par la 9^e chambre du tribunal du travail francophone de Bruxelles à laquelle étaient présents et siégeaient :

PASCAL HUBAIN,
SOPHIE WILLEMOT,
JEAN-JACQUES LAMOTE,

Juge,
Juge social employeur,
Juge social employé,

Et prononcé en audience publique du 21/01/2021 à laquelle était présent :

PASCAL HUBAIN, Juge,
assisté par OLIVIER SIBILLE, Greffier.

Greffier,

OLIVIER SIBILLE

Juges sociaux

SOPHIE WILLEMOT &
JEAN-JACQUES LAMOTE

Juge,

PASCAL HUBAIN