

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL (SECTEUR PRIVE)

DE LA SURVENANCE A L'INDEMNISATION,

UN PARCOURS SANS FAUTE POUR LE MEDECIN TRAITANT

Expertises Médicales, Défense et Recours S.P.R.L.

1. INTRODUCTION

Les accidents de travail sont extrêmement fréquents.

Le médecin traitant, consulté par les victimes de tels accidents, sera régulièrement amené à suivre ses patients le long d'un parcours truffé d'obstacles, débutant le jour de l'accident et ne prenant fin qu'à l'indemnisation.

Tout le long de ce parcours, il sera confronté, dans sa pratique quotidienne, à des problèmes spécifiques, ainsi qu'à des questions particulières posées par ses patients, dont les implications médico-légales sont importantes.

Ce syllabus a pour but de fournir les principales clés de réponse. Il est axé sur l'aspect pratique et concret des problèmes rencontrés, et ce afin de permettre au médecin traitant de les résoudre de manière optimale, soit par lui-même, soit en orientant au mieux son patient.

Pour rencontrer cet objectif, ce syllabus établira un parallèle entre les notions théoriques et légales – dont la compréhension est nécessaire – et les applications concrètes au cas individuel de chaque victime.

1.1 IMPORTANCE ECONOMIQUE DES ACCIDENTS DE TRAVAIL :

- Dans le monde 250 millions d'accidents de travail par an soit 685.000 par jour.
- En Belgique dans le seul secteur privé, en 1998 :
 - Nombre d'A.T. : 230.337.
 - Nombre de cas clôturés avec une incapacité permanente : 16.522.
 - Nombre de décès : 238.
 - Coût de la réparation des accidents du travail dans le secteur privé : + de 750 millions d'euros par an.
 - Coût moyen direct d'un A.T. : 4500 euros.
 - Coût moyen indirect d'un A.T. : deux à trois fois le coût direct.

1.2. LA LOI DU 10.04.71 :

Le législateur a veillé à mettre au point un système d'indemnisation des accidents du travail accordant aux victimes une protection appropriée.

Le système est régi par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Champ d'application de la loi

Sans rentrer dans le détail de son champ d'application, relevons que cette loi s'applique d'une part à toute personne assujettie à la sécurité sociale en vertu de la loi du 27 juin 1969, ainsi qu'à certaines autres catégories de travailleurs auxquelles l'application de la loi a été étendue.

La loi s'applique, en résumé, à tous les travailleurs du secteur privé liés par un contrat de travail à un employeur, ou fournissant contre rémunération des prestations sous l'autorité d'une autre personne selon des modalités similaires à celles d'un contrat de travail.

Outre les employés et ouvriers, sont également visés les travailleurs à domicile, les apprentis, les intérimaires, certains sportifs professionnels, les artistes de spectacle, les étudiants, les handicapés sous lien d'apprentissage ou contrat de réadaptation, les mandataires d'a.s.b.l ...

Sont donc visés pratiquement tous les travailleurs, à l'exception des professions libérales, commerçants, indépendants, administrateurs de sociétés, chômeurs

Cas particuliers : quid des journalistes, des médecins occupés dans une institution hospitalière, du contrat de travail entre époux ou père et fils, des pharmaciens ? En pratique, s'il existe un lien de subordination, la loi sera applicable.

Pour mémoire : les accidents dont sont victimes les membres du personnel appartenant au secteur public sont régis par une autre législation, à savoir une loi du 3 juillet 1967 ; cette législation est assez proche de celle en vigueur dans le secteur privé, tant en ce qui concerne les notions d'accidents indemnisables que les règles d'indemnisation.

Pour la clarté de l'exposé, nous ne ferons référence ci-dessous qu'aux dispositions de la loi du 10 avril 1971.

Les caractéristiques essentielles du système peuvent être résumées comme suit :

1.2.1. Caractère obligatoire de l'assurance :

Tout employeur, assujetti à la sécurité sociale en raison de l'engagement de travailleurs, est tenu légalement de contracter une assurance contre les accidents du travail, couvrant les membres de son personnel, auprès d'un assureur agréé qui sera désigné sous le vocable d'assureur-loi.

En cas d'absence de conclusion d'un contrat d'assurances auprès d'un assureur agréé, l'employeur se verra automatiquement et d'office affilié auprès **du Fonds des Accidents du Travail (FAT)** (voir infra p.4) et sera redevable d'une cotisation d'affiliation pour chaque travailleur en service dans le courant d'un mois civil et pour la totalité de la période antérieurement non couverte.

Si un accident se produit dans une entreprise non assurée, le FAT couvrira le sinistre et récupèrera les sommes déboursée auprès de l'entreprise.

1.2.2. Législation sociale d'ordre public :

Bien que la gestion du secteur soit privée, le risque étant assumé par des sociétés commerciales ou des caisses communes de type mutualiste (au contraire de la plupart des

autres pays d'Europe où le secteur est géré par l'Etat), il s'agit d'une branche de la sécurité sociale à part entière.

Le caractère d'ordre public de la loi implique que l'on ne peut déroger, notamment par convention, aux dispositions de celle-ci. Autrement dit, cette loi s'impose à tous, telle qu'elle est.

Ce caractère implique également que le juge, saisi d'un litige, vérifie d'office si les conditions de la loi ont été respectées et n'est nullement tenu par un accord qui aurait été conclu entre parties (par exemple sur la notion d'événement soudain ou la réunion des conditions d'une action en révision).

D'autre part, l'éventuelle nullité d'un contrat de travail qui contreviendrait aux lois sur le travail et la sécurité sociale ne peut être opposée à l'application de la loi (exemple : emplois contraires aux « bonnes mœurs »), et ce afin d'éviter qu'un employeur ou l'assureur ne se prévalent d'une telle nullité pour échapper à leur obligation d'intervention.

Le caractère d'ordre public explique également la création d'un organisme chargé du contrôle de l'application de la loi : **le Fonds des Accidents du Travail (F.A.T.)** :

- le FAT est un organisme public qui se trouve sous le contrôle du Ministre des Affaires sociales.
- Ses missions sont nombreuses. Parmi celles-ci, citons notamment :
 - o Le contrôle technique, médical et financier sur l'exécution de la loi par les assureurs
 - o L'organisation d'une politique de prévention + rôle de coordination, avis
 - o Création de banque de données relatives aux accidents de travail
 - o Entérinement d'accord entre parties concernant les indemnités
 - o Paiement de certaines allocations et rentes, ainsi que des allocations spéciales
 - o Assurer la réparation en cas de non-assurance
 - o Assistance sociale aux victimes
 - o etc.

1.2.3. Système protecteur de la victime :

Différents mécanismes ont été mis en place pour que la protection de la victime soit optimale, et notamment :

- Assouplissement des règles de preuve en vigueur en droit commun
- Action directe de la victime contre l'assureur-loi
- Prise en charge des frais de gestion et de procédure par l'assureur (frais de justice notamment)
- etc.

Si le système légal mis en place permet d'assurer une protection efficace de la victime, encore convient-il de s'y retrouver dans les arcanes d'une procédure complexe, en constante évolution.

2. L'ACCIDENT ET SES SUITES DIRECTES

2.1. LA SURVENANCE DE L'ACCIDENT :

Dans un but pratique, nous avons décidé de suivre pas à pas l'itinéraire de *Robert*, un patient qui a été victime d'un accident du travail. Pour la clarté et la lisibilité de ce syllabus, les références à ce cas concret seront indiquées dans un texte décalé rédigé en *caractères italiques*. Par ailleurs, au fil du syllabus, il sera fait référence à des annexes. Celles-ci sont des documents administratifs, médicaux ou judiciaires qui sont régulièrement soumis par les patients à leur médecin traitant. Ces annexes sont numérotées et se trouvent à la fin de l'ouvrage.

En date du 15.11.1998 vers 14h45, Robert, magasinier dans un supermarché, soulève une caisse spécialement lourde et ressent immédiatement une vive douleur au bas du dos. Il continue cependant sa journée de travail. A l'issue de celle-ci, il informe son employeur de son accident. Celui-ci rédige une déclaration administrative d'accident du travail. Robert rentre par ses propres moyens à son domicile. Etant donné l'importance des douleurs, il appelle son médecin traitant. Celui-ci, après l'avoir interrogé et examiné, diagnostique un lumbago. Il lui prescrit un anti-inflammatoire. Il prévoit de faire subir à son patient un examen radiographique et décide de rédiger un certificat d'incapacité de travail.

2.2. LA DECLARATION D'ACCIDENT : FORMALITÉS LEGALES ET ADMINISTRATIVES

2.2.1. Déclaration par le salarié à son employeur :

Si aucun délai n'est imposé à la victime pour déclarer l'accident à son employeur, celle-ci a évidemment intérêt à le faire le plus rapidement possible. En effet, une déclaration tardive pourra plus facilement être considérée comme suspecte et posera des problèmes de preuve.

La déclaration se fera soit sur place, au service du personnel, soit plus fréquemment par écrit, en cas d'impossibilité de se déplacer.

2.2.2. Déclaration par l'employeur de l'accident à l'assureur-loi :

L'employeur de la victime doit déclarer, dans les 10 jours ouvrables, l'accident à son assureur-loi. Cette déclaration pourrait être effectuée par la victime elle-même, par exemple en cas de refus ou de négligence de l'employeur.

La déclaration doit être établie par écrit, en utilisant un formulaire type (publié au Moniteur belge). Dans la mesure du possible, un certificat de premier constat, établi également suivant un modèle officiel, sera joint à la déclaration.

Si l'employeur omet de respecter cette obligation de déclaration, une sanction pénale est prévue. (emprisonnement de 8 jours à un mois et amende de 100 F à 10.000 F (x décimes additionnels, soit x 200 au 31.12.2000)

Même les cas douteux (qui seraient susceptibles de ne pas rentrer dans le cadre de la loi du 10.04.71 sur les accidents du travail) doivent être déclarés. En effet, ce n'est pas à l'employeur de vérifier le caractère légal de la notion d'accident du travail (cf. infra).

2.2.3. Caractéristiques d'une déclaration correctement remplie :

Précision : La déclaration doit être extrêmement précise car elle constitue le document de départ sur lequel l'assureur-loi se basera pour vérifier si les éléments constitutifs de l'accident de travail sont réunis. De ce document découlera dès lors en grande partie la suite de la procédure. En outre, cette déclaration servira d'élément de preuve quand il s'agira de qualifier l'accident déclaré.

Caractère complet : L'employeur et/ou la victime veilleront à remplir toutes les rubriques, qui ont chacune leur importance. Il importe notamment de décrire précisément le mécanisme de l'accident, et de ne pas omettre aucune rubrique, même si certaines de celles-ci peuvent, de prime abord, sembler anodines.

Mention des témoins éventuels : Dans l'hypothèse où l'accident s'est produit en présence de témoins (directs ou indirects), il est très important de mentionner les coordonnées de ceux-ci, et ce dès le départ, dans la déclaration initiale. En effet, la valeur probante de témoignages tardifs, dont les coordonnées ne seraient communiquées que plusieurs mois après les faits, sera plus facilement discutable.

2.3. CONSULTATION DU MEDECIN TRAITANT OU DU MEDECIN DU SERVICE DES URGENCES :

Le médecin traitant joue un rôle précoce, central et déterminant dans le cadre d'un accident de travail. En effet, c'est lui que le blessé consultera généralement en premier lieu. C'est lui qui suivra ultérieurement l'évolution du problème médical du patient, et qui sera le réceptacle de ses questions médico-légales.

La qualité de l'intervention du médecin généraliste se vérifiera notamment par :

- **La précision de l'anamnèse.** Celle-ci rappellera les circonstances de l'accident (notion d'accident de travail) et les lésions initiales. Le médecin-traitant interrogera en détail le patient sur l'ensemble de ses symptômes. En effet, une symptomatologie aiguë concernant une

articulation peut masquer partiellement des signes concernant une autre localisation anatomique.

- **La réalisation d'un examen clinique complet.** Celui-ci concernera essentiellement la zone anatomique traumatisée. Le médecin relèvera les éléments cliniques et objectifs (exemples : localisation précise des douleurs, gonflements, raideurs articulaires, etc.).

- **La rédaction d'un certificat médical de premier constat.** Comme déjà indiqué, le certificat sera rédigé suivant le modèle officiel et sera adressé à l'assureur loi dans les dix jours ouvrables à dater du jour qui suit celui de la survenance de l'accident de travail, en principe en annexe à la déclaration f'accident. Ce certificat doit être le plus complet et le plus lisible possible. Il sert généralement de point de départ à la mise en incapacité temporaire totale. Il reprendra de façon complète les éléments anamnestiques, cliniques et paracliniques dont le médecin traitant dispose au moment de sa rédaction.

- **La mise en place d'un traitement :** Le médecin traitant dispose d'une totale liberté thérapeutique. Cependant le remboursement des soins est soumis au contrôle du médecin conseil de l'assureur loi qui peut éventuellement refuser certains médicaments ou certains soins s'il estime que ceux-ci ne sont pas justifiés ou n'ont aucun rapport avec l'accident de travail.

- **La documentation du dossier par des examens complémentaires :** le médecin traitant a intérêt, dans certains cas, à faire réaliser au plus tôt des examens complémentaires, dans le but d'objectiver les plaintes du patient. Trop souvent, des problèmes de délai trop long entre le début des plaintes et la date du premier examen complémentaire, posent ultérieurement des problèmes d'imputabilité (c'est à dire de mise en relation d'une pathologie bien précise avec l'accident en cause). Il en va de même pour la réalisation d'avis spécialisés (avis neurologiques, rhumatologique, etc.).

- **La tenue d'un dossier médical complet :** le médecin généraliste tiendra à jour l'ensemble du dossier médical du patient. Il remettra au patient une copie aussi complète que possible de ce dossier (rapports et protocoles), afin que ce dernier puisse communiquer les éléments nécessaires au médecin conseil de l'assureur loi.

Le dossier contiendra également les constatations du médecin traitant lors de ses différentes consultations (date, symptomatologie, examen clinique, etc.).

3. DE L'ACCIDENT A SA RECONNAISSANCE

3.1. LA NOTION D'ACCIDENT DU TRAVAIL : ELEMENTS CONSTITUTIFS

L'assureur-loi, après examen du dossier (déclaration d'accident, enquête éventuelle) décidera de qualifier l'accident de la victime, d'accident de travail ou non. Pour cela, il analysera les circonstances de l'accident et vérifiera si les éléments constitutifs de l'accident de travail sont, selon lui, réunis.

Quels sont-ils ?

La loi du 10 avril 1971 contient des éléments de définition.

L'article 7 de la loi stipule notamment que « ...est considéré comme accident du travail, tout accident qui survient à un travailleur dans le cours et par le fait de l'exécution du contrat de travail et qui produit une lésion. »

La loi ne précise cependant pas la notion « d'accident ».

Cette notion a été précisée par la jurisprudence et notamment par différents arrêts de la Cour de Cassation qui, depuis un arrêt du 26 mai 1967(Cass., 26 mai 1967, R.C.J.B. ; 1968, p.273)., a abandonné le critère d'anormalité.

Sur base du texte légal, et de la jurisprudence de la Cour de Cassation, la définition suivante peut être retenue :

« l'accident du travail est un événement soudain qui produit une lésion entraînant une incapacité de travail ou la mort du travailleur, survenu par le cours et par le fait de l'exécution d'un contrat de travail, et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime »

Il ressort de cette définition que, pour pouvoir être considéré comme un accident du travail, les éléments suivants doivent être réunis :

- une lésion,
- une cause extérieure, c'est-à-dire que l'accident ne soit pas dû exclusivement à la santé du travailleur,
- un événement soudain,
- un accident survenu dans le cours de l'exécution du contrat de travail,
- et par le fait de cette exécution.

Ces notions sont toutes susceptibles de faire l'objet de discussions médicales ou juridiques.

Ainsi,

- **La lésion** : la notion de lésion n'est pas limitée à celle de blessure ou de traumatisme. Elle peut être aussi bien d'ordre mental que physique. Il convient évidemment de ne pas confondre la lésion avec l'incapacité, qui n'en est que la conséquence ;
- **L'événement soudain** : il s'agit du critère déterminant puisque c'est lui qui permet de distinguer l'accident de la maladie (professionnelle ou non).
 - l'événement : il convient de distinguer, dans le cours normal du travail, un élément spécial, distinct, un fait spécifique qui a pu causer la lésion.

Cet élément ne doit pas nécessairement être anormal, mais ne peut pour autant être confondu avec le geste banal, de la vie professionnelle ou quotidienne, qui aurait

pu se produire n'importe où et qui ne constitue pas l'événement soudain au sens de la loi.

Exemple de geste banal : le simple fait de marcher, de prendre un objet dans une armoire, de s'asseoir ou de se relever.

Exemple d'événement : le mouvement brusque pour éviter une chute, le fait de soulever une lourde caisse, de faire une marche forcée

- L'événement doit être soudain : la soudaineté doit être différenciée de l'instantanéité. Un événement soudain peut se dérouler sur un certain laps de temps, notion qui varie d'une juridiction à l'autre et est source de nombreuses discussions.

Exemple : une émotion particulière, une dispute peut constituer l'événement soudain ; au contraire, un état de fatigue chronique lié au travail ne présente pas a priori au critère de soudaineté.

- **Une cause extérieure** :

La lésion ne doit pas consister dans la seule évolution d'un état antérieur ; il faut une cause extérieure, mais une seule cause suffit. Cette cause n'est pas uniquement la force extérieure (une brique tombant sur le pied d'un ouvrier), critère plus restrictif autrefois exigé par les tribunaux. Ainsi, la cause extérieure peut résider dans la force utilisée par la victime en utilisant son propre corps, et qui provoque un faux mouvement... (cf. le cas de *Robert*).

- **Dans le cours de l'exécution** :

Cet élément implique que, au moment de l'accident, le travailleur se trouve sous l'autorité, à tout le moins virtuelle, de l'employeur.

Exemples de discussion : quid de l'accident survenu pendant la pause de midi, le travailleur sortant de l'entreprise acheter un sandwich, quid de l'accident survenu pendant un match de football entre collègues après les heures de travail, mais organisé ou encouragé par l'entreprise ?

- **Par le fait de l'exécution** :

L'accident doit évidemment être lié à l'exercice du travail.

Exemples de discussion : quid de l'accident survenu suite à une dispute sur les lieux de travail (motif d'ordre privé ?, totalement ou partiellement ?), quid de l'accident survenu en raison d'un état d'ivresse, du harcèlement sexuel par un supérieur hiérarchique,...

Un cas particulier : L'accident sur le chemin du travail

La loi considère également comme accident du travail l'accident survenu sur le chemin du travail. Cette notion est plus large puisqu'il n'est pas requis que la victime soit sous

l'autorité de son employeur, ni que l'accident survienne par le fait de l'exécution du contrat de travail. Pour être indemnisé, il faut et il suffit que l'accident survienne pendant le **trajet normal** pour se rendre du lieu de résidence au lieu d'exécution du contrat.

La notion de trajet normal est cependant sujette à d'importantes discussions, et ce dans la mesure où le trajet normal n'est pas nécessairement un trajet ininterrompu.

Les accidents survenus après un détour ou une interruption plus ou moins importante font l'objet d'une abondante jurisprudence.

En résumé, les cours et Tribunaux considèrent que :

- les détours et interruptions insignifiants sont toujours couverts (exemple : traverser la rue)
- les interruptions ou détours peu importants doivent être justifiés par une cause légitime (exemple : arrêt de durée raisonnable pour se rafraîchir après une journée de travail)
- les interruptions ou détours importants ne peuvent être justifiés que par la force majeure : (la force majeure justifiant un détour résulte d'un événement que la volonté humaine n'a pu ni prévoir ni conjurer)

La loi a étendu son champ d'application à certains détours proportionnellement importants, qui n'étaient pas considérés comme accident sur base des critères habituels repris supra. Ainsi, la loi prévoit expressément que le trajet reste normal lorsque le travailleur effectue un détour nécessaire et raisonnablement justifiable :

- pour conduire ou reprendre les enfants à l'école ou à la garderie
- par les différents lieux de résidence et de travail ou par les lieux d'embarquement ou débarquement, pour se déplacer en véhicule avec une ou plusieurs personnes en vue d'effectuer en commun le trajet entre résidence et lieux de travail ...

Exemples de discussion : quid de l'arrêt pour acheter un journal, de l'arrêt dans un café, du détour pour déposer sa voiture à l'entretien, pour faire des courses dans une grande surface ?

3.2. PRÉSOMPTIONS EN FAVEUR DE LA VICTIME :

La loi facilite la preuve de l'accident par la victime, en instaurant un système de présomptions jouant en sa faveur.

Ainsi, la victime ne doit prouver que trois éléments : l'événement soudain, la lésion, la survenance dans le cours de l'exécution du contrat.

Ces éléments sont repris spécifiquement dans différents articles de la loi sur les accidents du travail.

- l'article 7 de la loi précise que l'accident survenu dans le cours de l'exécution du contrat est présumé, jusqu'à preuve du contraire, être survenu par le fait de cette exécution.
- l'article 9 stipule que, lorsque la victime établit l'existence d'une lésion et celle d'un événement soudain, la lésion est présumée, jusqu'à preuve du contraire, trouver son origine dans l'accident.

Ces présomptions peuvent cependant être renversées par l'assureur, qui peut par exemple tenter de démontrer que l'accident est étranger à l'exécution du contrat (exemple de l'agression sur le lieu de travail par le concubin de la victime, renversement de la première présomption) ou exclusivement imputable à un état antérieur (renversement de la seconde présomption).

3.3. INTERVENANTS DANS L'ÉTUDE DU DOSSIER (MÉDECIN-CONSEIL, ENQUÊTEURS) :

- La réalité de l'accident du travail sera vérifiée, le cas échéant au moyen d'une enquête réalisée par un inspecteur de la compagnie d'assurance. Cette enquête portera sur les circonstances de l'accident et notamment sur les notions « d'événement soudain », « d'exécution du contrat du travail » ou « de chemin du travail ».
- Dans le cadre de la notion d'A.T., l'avis du médecin-conseil de la compagnie pourra être sollicité, notamment pour vérifier le lien de causalité entre les circonstances de l'A.T.(l'événement soudain) et la lésion. Le suivi de l'incapacité temporaire totale sera également réalisé par le médecin conseil de l'assureur loi.
- En cas de discussion relative aux circonstances de l'accident, et donc sur l'obligation d'intervention de l'assureur-loi, le Fonds des Accidents du Travail peut être amené à effectuer sa propre enquête, et ce dans le cadre de sa mission de contrôle de l'exécution par les assureurs agréés de la loi du 10 avril 1971.

3.4. DÉCISIONS DE L'ASSUREUR ET CONSÉQUENCES :

3.4.1. La décision :

A l'issue de son examen du dossier, l'assureur peut prendre différents types de décisions, soit de refus, soit d'acceptation de prise en charge. L'assureur peut également estimer qu'il existe un doute quant à l'application de la loi. Dans tous les cas, la loi prévoit que la notification de la décision doit intervenir dans les **30 jours de la déclaration d'accident**. En cas de refus, ou de notification de l'existence d'un doute, l'assureur est tenu d'en aviser le FAT, qui pourra de son côté procéder à une enquête.

- Rejet de la notion d'accident de travail: L'assureur loi, sur base de l'avis de son médecin conseil ou d'un inspecteur, peut refuser de prendre en charge l'incapacité temporaire totale. Dans un tel cas, la compagnie est tenue informer le FAT et la mutuelle du patient qui prendra celui-ci en charge à titre provisionnel.
- Dans la plupart des cas, l'assureur loi prendra en charge l'incapacité temporaire totale.

- L'évolution ultérieure peut se faire vers la guérison sans I.P.P.
 - Dans ce cas, si l'incapacité temporaire totale est inférieure ou égale à sept jours, la compagnie ne doit rien notifier au patient.
 - Si l'incapacité temporaire totale a été supérieure à sept jours, elle doit lui notifier officiellement sa guérison sans séquelles.

- Si l'incapacité temporaire totale a été supérieure à trente jours, la compagnie doit notifier la guérison au patient et lui transmettre un certificat médical émanant de son médecin conseil.

- Dans d'autres cas, l'évolution du dossier aboutira à la consolidation avec incapacité permanente partielle. La compagnie adressera une décision basée sur l'avis de son médecin conseil (cf. pages 15 à 17).

3.4.2 Recours et prescription :

Confronté à une décision négative, ou de doute, la victime peut introduire une action en paiement d'indemnités devant le Tribunal du travail compétent, et ce dans les trois ans du jour où a débuté son incapacité et où est né son droit à réparation.

A l'expiration de ce délai de trois ans, son action sera prescrite, ce qui signifie que la victime ne pourra plus faire valoir ses droits.

Notons cependant que le délai de prescription est susceptible d'être suspendu (la prescription est arrêtée, « endormie », pendant le temps de la suspension) ou interrompu (l'interruption fait naître un nouveau délai de prescription, identique au premier).

Les causes essentielles d'interruption de la prescription sont :

- une citation en justice
- tout paiement fait à la victime
- toute forme de reconnaissance du droit de la victime (ex : examen médical sans réserves)
- lettre recommandée à la poste adressée à l'assureur.

Les règles régissant cette procédure contentieuse ne seront pas détaillées dans le cadre du présent exposé. Relevons essentiellement que les dispositions du Code Judiciaire seront applicables et que le tribunal pourra ordonner, avant dire droit, des mesures d'instruction (enquêtes, expertise,...). La question de l'expertise sera abordée plus amplement sous le point 5.3.2 infra.

A l'issue de la procédure, et après avoir entendu les conseils des parties et examiné leurs conclusions, le Tribunal du travail prononcera un jugement, qui sera lui-même susceptible d'appel et de pourvoi en cassation.

Soulignons également que les dépens judiciaires (frais de citation, indemnité de procédure, frais d'expertises judiciaires) sont pris en charge par l'assureur, sauf si la demande est considérée comme téméraire et vexatoire par le Tribunal du Travail.

Dans le cas de Robert, l'assureur-loi estimera qu'il s'agit bien d'un accident de travail, à savoir que les éléments constitutifs sont réunis :

- *la lésion est établie : lombalgie.*
- *l'événement soudain est épinglé et confirmé par des témoins : l'accident est survenu « en soulevant une caisse » .*

- *la cause extérieure est présente : faux mouvement, ou mouvement demandant un effort particulier.*

- *l'accident est survenu dans le cours de l'exécution du contrat : Robert était bien sous l'autorité de son employeur.*

- *et par le fait de son exécution : Robert vaquait à son travail.*

4. DE LA RECONNAISSANCE DE L'ACCIDENT A LA CONSOLIDATION

La reconnaissance de l'accident, soit par décision favorable de l'assureur, soit par décision judiciaire, ouvre le droit au paiement d'indemnités.

Nous distinguerons deux périodes :

- l'incapacité totale,
- la remise au travail avant la date de consolidation.

4.1. L'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE :

4.1.1. Que prend en charge l'assureur ? :

- Les indemnités : Pendant l'incapacité temporaire, l'assureur-loi payera au salarié une indemnité journalière égale à 90 % de sa rémunération moyenne.

Le principe prévu par la loi est celui de l'indemnisation du dommage matériel correspondant à l'incapacité. Tant que l'incapacité est temporaire, l'incapacité est évaluée en fonction de la perte de rémunération par rapport à la rémunération perçue avant l'accident.

- Les frais médicaux : L'assureur remboursera à la victime les frais correspondant aux soins médicaux (notamment le remboursement des honoraires de consultation du médecin traitant), chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers nécessités par l'accident. Normalement, le patient pourra choisir librement son médecin, son pharmacien, service hospitalier, etc. Ce libre choix pourrait cependant être refusé dans l'hypothèse où un service médical aurait été institué par l'employeur ou l'assureur, répondant aux conditions de la loi.

Les remboursements s'effectuent sur base du tarif INAMI.

- Les prothèses : L'assureur prend en charge tant les prothèses nécessitées par l'accident qu'endommagées à l'occasion de celui-ci. Par prothèse, il faut entendre "tout moyen artificiel remplaçant une partie du corps ou sa fonction, qu'il soit placé à l'intérieur ou à l'extérieur du corps, et, au sens large, les moyens techniques

d'assistance ou de remplacement de la fonction perdue." (Cass., 15.10.1990, *Chr. D .S.*, 1991, p. 54.) Les lunettes sont ainsi considérées comme des prothèses.

- Les frais de déplacement : L'assureur indemniserà les frais de déplacements nécessités par l'accident (à la demande de l'assureur, du F.A.T., de l'expert, du Tribunal, ou à la demande de la victime moyennant autorisation de l'assureur ou du F.A.T, etc.).

4.1.2. En pratique :

La victime est soumise d'office au contrôle du médecin-conseil de la compagnie d'assurance et, s'il le souhaite, à l'avis de son médecin traitant ou de son médecin de recours. (médecin indépendant et spécialisé en médecine d'expertise, défendant les intérêts d'un patient au point de vue médico-légal).

- Intervention du médecin-conseil de la compagnie.

La compagnie d'assurances chargera son médecin conseil d'assurer le suivi de la victime. Ce dernier convoquera régulièrement le blessé pour d'une part contrôler les soins qui lui sont prodigués et d'autre part admettre ou non les prolongations des périodes d'I.T.T. Notons que le médecin conseil peut, de sa propres initiative, demander la réalisation d'examen complémentaires (radiographies, etc.).

- Intervention du médecin de recours :

Une intervention précoce du médecin de recours, à la demande du patient ou de son médecin traitant, permettra un suivi qualitatif ainsi que le contrôle en temps réel des décisions du médecin conseil pour la compagnie. Il agit en étroite collaboration avec le médecin traitant de la victime.

4.2. LA REMISE AU TRAVAIL AVANT LA CONSOLIDATION :

4.2.1. Principe :

Même en l'absence de consolidation, c'est à dire alors que le cas est toujours évolutif, le médecin-conseil de l'assureur pourra considérer que la victime est apte à reprendre un travail à temps partiel ou adapté à son état.

En cas de remise au travail acceptée, l'assureur n'est plus tenu de payer à la victime que la différence entre sa rémunération avant l'accident, et celle perçue à partir de la remise au travail.

Cependant, si la victime ne peut reprendre le travail pour un motif valable, indépendant de sa volonté, (par exemple, l'employeur n'est pas disposé à proposer un travail adapté ou n'a pas de travail adapté), l'assureur restera tenu d'indemniser l'incapacité totale.

En cas de refus de reprise du travail sans raison valable, la victime n'a, au contraire, plus droit qu'à une indemnité réduite, correspondant à son degré d'incapacité, calculée d'après ses possibilités de travail dans son métier initial ou dans la profession qui lui est provisoirement offerte.

4.2.2. Voies de recours :

En cas de contestation d'ordre médical sur le bien-fondé du refus, comme en l'espèce, la question pourra être tranchée par le tribunal du travail qui procédera normalement à la désignation d'un expert avec mission de déterminer la date à laquelle le travail à temps partiel ou adapté pouvait être repris. Pendant le temps de la procédure judiciaire de « remise au travail », la victime sera indemnisée à titre provisionnel par sa mutuelle ou par l'ONEM.

5. LA CONSOLIDATION ET L'INCAPACITE PERMANENTE

5.1. LES NOTIONS DE CONSOLIDATION ET D'INCAPACITE PERMANENTE :

- La consolidation est une notion médicale qui correspond à la stabilisation de l'état de santé du patient. Elle correspond à la date à partir de laquelle l'état de la victime n'est plus susceptible d'amélioration sensible, et à laquelle le taux d'incapacité permanente peut être fixé. Cette notion est souvent mal comprise par le blessé, qui l'assimile à tort à la guérison. C'est un des rôles du médecin traitant d'expliquer à son patient que, la situation n'évoluant plus, il ne se trouve plus dans un état d'incapacité temporaire mais bien dans un état d'incapacité permanente.

Ce cap est fréquemment difficile à passer pour la victime. En effet, dans certains cas graves, lors de la reprise du travail et sur base de l'avis du médecin du travail sollicité par l'employeur, le patient peut perdre son emploi et être licencié. Ces conséquences devront bien entendu être reprises dans l'évaluation de l'incapacité permanente partielle notamment en ce qui concerne les facteurs socio-économiques.

Tant la fixation du taux d'I.P. que la détermination de la date de consolidation relèvent du domaine médical.

L'assureur, après avoir fait examiner Robert par son médecin-conseil, lui notifie qu'il est, selon lui, apte à reprendre son travail à temps complet à partir du 03.02.1999. Le patient aura donc été indemnisé en ITT par l'assureur loi du 15.11.1998 au 02.02.1999 inclus. Robert admet cette décision

après avoir consulté son propre médecin traitant ou son médecin de recours.

- Alors que, pendant l'incapacité temporaire, l'assureur indemnisait essentiellement une perte de rémunération, il va indemniser, pendant l'incapacité permanente, une perte de capacité concurrentielle sur le marché général du travail. En fait, l'évaluation de cette incapacité permanente se base non seulement sur des éléments médicaux (anamnèse, examen clinique, examens paracliniques) mais également sur des éléments non médicaux, à savoir les facteurs socio-économiques (âge, formation scolaire et professionnelle, possibilité de réadaptation, etc.).

Il y a lieu de distinguer la simple invalidité (atteinte à l'intégrité physique), qui n'est pas réparée par la législation sur les accidents du travail, de l'incapacité qui prend en compte les répercussions de l'invalidité sur la capacité de travail du blessé.

Le taux d'I.P. est donc fonction de cette perte de capacité concurrentielle sur le marché du travail (perte du potentiel économique).

L'incapacité de travail doit être examinée dans son ensemble, sans tenir compte de l'état antérieur éventuel, et ce dès lors que l'accident constitue, au moins en partie, la cause de l'incapacité. Ce principe a été rappelé à diverses reprises par les Cours et Tribunaux.

Il s'agit du principe d'indifférence de l'état antérieur ou principe de globalisation.

Par ailleurs, il est très important que le médecin traitant puisse distinguer les rechutes ultérieures d'un accident ancien des conséquences d'un nouvel accident de travail, et ce alors que les lésions concernent la même région anatomique. Compte tenu du principe de globalisation, la déclaration d'un nouvel A.T. affectant une même zone anatomique peut en effet impliquer une réparation financière différente (octroi éventuel d'un nouveau taux d'IPP) que la déclaration d'une rechute d'un accident antérieur (indemnisation d'une période d'ITT).

5.2. DECISION DE L'ASSUREUR : 4 HYPOTHESES :

5.2.1. Guérison sans séquelles :

L'assureur notifie une telle décision lorsqu'il considère que la victime est totalement guérie, sans séquelles de quelque nature que ce soit.

Exemple : le patient ne ressent plus aucun problème lié à son accident. Il n'émet plus aucune plainte, il ne conserve aucun problème lié à son A.T.

5.2.2. Guérison avec séquelles sans répercussion sur la capacité de travail :

Le blessé garde simplement un dommage non réparé par la législation (cicatrice ou problème d'un patient qui ne se plaint pas de problèmes au travail mais uniquement dans ses loisirs) (notions d'invalidité et d'incapacité : l'invalidité est une atteinte à l'intégrité physique. L'incapacité et la répercussion de cette atteinte sur les capacités de travail du patient).

5.2.3. Retour à l'état antérieur :

- Ce retour à l'état antérieur peut être stable ou continuer à évoluer pour son propre compte.

- Exemples :

- Le patient présentait des lésions d'arthrose modérément douloureuses au niveau de la colonne lombaire avant l'accident. Celui-ci a temporairement aggravé son état par

une majoration de la symptomatologie douloureuse. Il est dès lors pris en charge en incapacité temporaire totale par l'assureur loi. Au moment de la consolidation, le médecin-conseil estime que l'état actuel du patient est superposable à celui qu'il présentait avant l'accident.

- Le patient a été victime d'un accident de travail au niveau de la colonne lombaire il y a plusieurs années. Celui-ci a été clôturé avec une I.P.P. de 7 %.
Le deuxième accident a pu entraîner une aggravation temporaire de la symptomatologie. La situation actuelle est cependant superposable à celle qu'il présentait avant le second accident.

- Ce type de décision (retour à l'état antérieur) fait l'objet de nombreuses contestations, qui seront résolues soit dans le cadre d'examens conciliatoires soit à l'issue de procédures devant le Tribunal du Travail. Rappelons à ce propos toute l'importance du principe de globalisation dans le cadre de l'évaluation de l'état séquellaire du patient.

5.2.4. Persistance d'un état séquellaire entraînant des répercussions sur la capacité de travail :

Deux situations peuvent se présenter :

- Le patient n'avait aucun problème avant l'accident. Suite à celui-ci, il a développé un état séquellaire incapacitant.
- Le patient présentait certains problèmes avant l'accident. Ils ont été aggravés par celui-ci (de nouveau, il y a lieu d'appliquer le principe de globalisation).

Dans les deux cas, l'assureur établira une proposition d'accord-indemnité, basée sur un rapport de consolidation, suivant un modèle prescrit par arrêté royal. Il enverra ce document en double exemplaire à la victime ou ses ayants-droits pour accord.

La victime peut bien entendu obtenir copie du rapport de consolidation. Ce rapport devra d'ailleurs être approuvé par son médecin traitant ou de recours.

En cas d'accord, la victime renverra à l'assureur un exemplaire signé la proposition, ainsi que l'avis favorable de son médecin traitant. La victime pourra bien entendu réclamer à l'assureur le remboursement des frais de consultation de son médecin traitant, sur base du tarif INAMI (**ne concerne pas les éventuels actes techniques**).

L'accord-indemnité, qui sera transmis au F.A.T., devra, **à peine de nullité**, être motivé et mentionner notamment la rémunération de base, la nature des lésions, le taux d'incapacité de travail et la date de consolidation, etc.

Le F.A.T. vérifiera notamment si les éléments repris dans l'accord qui lui est soumis ont été fixés conformément aux prescriptions légales . Il dispose d'un délai de 3 mois pour entériner l'accord ou faire part de son refus. Ce délai peut être prorogé de 2 mois dans l'hypothèse où le F.A.T. estime que le dossier est incomplet (éléments de l'accord manquant ou susceptibles de modifications).

En cas d'entérinement, le F.A.T. enverra aux différentes parties un exemplaire de l'accord entériné. En cas de refus, le F.A.T., en avisera les parties et leur communiquera le motif de celui-ci. L'affaire sera alors portée devant les juridictions du travail à l'initiative de la partie la plus diligente. Le F.A.T. pourra être appelé à la cause ou pourra intervenir volontairement.

En cas de désaccord sur la décision, des voies de recours s'ouvrent une nouvelle fois à la victime (examen en commun ou procédure au Tribunal du Travail).

L'état médical de Robert étant stabilisé, l'assureur lui demande l'avis de son médecin-conseil sur le taux d'IPP. Ce dernier convoque Robert quelques mois après la reprise du travail, aux fins d'établir son rapport de consolidation qui servira de base à la proposition d'accord-indemnité. Le médecin-conseil de l'assurance va considérer, en l'espèce, que Robert reste atteint d'une incapacité permanente partielle de travail de 7% à partir du 03.02.1999 (date de reprise du travail et date de consolidation). Sur base de ces conclusions, l'assureur lui adresse à Robert une proposition d'accord-indemnité, à signer par celui-ci et le médecin de son choix. Robert contacte son médecin traitant qui, en fonction de la complexité du dossier, l'orientera éventuellement vers un médecin spécialisé en évaluation du dommage corporel : un médecin de recours c'est à dire un médecin indépendant dont l'activité exclusive est consacrée à la défense des intérêts médico-légaux des victimes. Ce spécialiste considère en l'espèce que la date de consolidation est correcte mais que le taux d'IPP est insuffisant, car il ne tient pas compte de certains éléments propres au cas de Robert.

5.3. PROCEDURES EN CAS DE CONTESTATION DU TAUX :

5.3.1. Procédure conciliatoire (examen en commun)

Lorsque les divergences de vue entre les parties et leur médecin-conseil sont peu importantes, la victime et l'assureur-loi peuvent mettre sur pied une procédure conciliatoire, dans le but d'aboutir à un accord quant aux bases d'indemnisation. Un grand nombre (plus de la moitié) des contestations concernant le taux d'I.P.P. se résolvent dans le cadre de procédures conciliatoires. En cas d'accord, celui-ci devra être soumis au F.A.T. qui l'entérinera en principe, sous réserve de la vérification de sa conformité au prescrit légal (voir supra).

5.3.2 Procédure judiciaire :

Dans l'hypothèse d'une divergence de vue plus importante entre les médecins, ou en l'absence d'aboutissement de la procédure conciliatoire, le différend sera soumis au Tribunal du Travail

Le médecin de recours de Robert estime que le taux d'IPP doit être fixé à 12% et considère qu'il est inutile de mettre sur pied un examen en commun, étant donné les importantes divergences de vue en présence. Il établit un rapport médical circonstancié et conseille à son patient d'entamer une procédure devant Tribunal du Travail par l'intermédiaire d'un avocat.

5.3.2.1. Saisine du tribunal :

Chaque partie pourra prendre l'initiative de soumettre le problème au tribunal du Travail, et demander la désignation, avant dire droit , d'un expert judiciaire, par citation ou par voie de comparution volontaire.

L'expert aura notamment pour mission d'examiner la victime et de fixer les taux et périodes d'incapacité.

La mission à confier à l'expert sera libellée de manière détaillée dans l'acte introductif d'instance ou dans des conclusions.

5.3.2.2. Déroulement de l'expertise

Dès que l'Expert judiciaire aura reçu la notification officielle de sa mission par l'intermédiaire du greffe du Tribunal du Travail, il convoquera le patient, son médecin-conseil, le médecin-conseil de la compagnie d'assurances, ainsi que les conseils juridiques des parties.

L'expertise judiciaire se déroule en plusieurs étapes, et est contradictoire.

Avant la première réunion, les conseils juridiques adresseront, lorsque c'est nécessaire, une note de faits directores, permettant à l'expert d'avoir une compréhension rapide et globale du litige.

La première séance d'expertise permettra généralement à l'Expert de rassembler le dossier médical du patient, de l'interroger et de décider avec les médecin-conseils présents des examens complémentaires à réaliser.

Ultérieurement, le patient sera convoqué chez différents spécialistes pour subir ces mises au point.

Ensuite, dès réception des résultats, l'Expert judiciaire reconvoquera la victime, les médecin-conseils ainsi que les conseils juridiques pour une seconde séance

d'expertise consacrée à l'anamnèse complémentaire, l'examen clinique, l'étude des examens spécialisés et la discussion médico-légale. (Les conseils juridiques assisteront aux séances d'expertise lorsque des questions juridiques devront être débattues).

L'Expert judiciaire enverra ensuite aux parties un rapport préliminaire qui reprendra ses constatations, sans ses conclusions.

La victime, les avocats et les médecins-conseils disposeront généralement d'une quinzaine de jours pour faire part de leurs remarques par écrit à l'Expert judiciaire.

Ultérieurement, l'Expert adressera les conclusions de son rapport au Tribunal du Travail, à la victime, aux avocats et aux médecins-conseils.

- Rôle du médecin de recours pendant les opérations d'expertise
 - La constitution d'un dossier médico-légal de façon rigoureuse et professionnelle.
 - Informer et accompagner le patient dans toutes les procédures et voies de recours auxquelles il sera confronté et ce en étroite collaboration avec son médecin traitant et son conseil juridique dans le plus strict respect du secret professionnel.
 - Faciliter la tâche de l'expert judiciaire en lui communiquant une copie complète du dossier médical de l'intéressé.
 - Demander la réalisation des examens complémentaires qui pourront permettre d'objectiver les plaintes du patient et communiquer ces résultats au médecin traitant du patient afin que celui-ci puisse être utile au point de vue thérapeutique.
 - Rappeler si nécessaire à l'expert judiciaire certaines notions légales du dossier (principe de globalisation, importance des facteurs socio-économiques).
 - Répondre de façon circonstanciée aux préliminaires de l'expert en reprenant l'ensemble de l'argumentation médico-légale.
 - Convaincre les acteurs directs du dossier (le médecin conseil de la compagnie d'assurances ou/et l'expert judiciaire) du caractère équitable de la proposition.
 - In fine, garantir au patient une indemnisation équitable de son préjudice au travers d'une évaluation optimale de celui-ci.

- Rôle de l'avocat pendant les opérations d'expertise (et au-delà) :
L'avocat quant à lui, conseillera et guidera le patient dans les arcanes de la procédure.
Dans un premier temps, il vérifiera la réunion des éléments constitutifs de l'accident du travail, et assistera la victime en cas de refus d'intervention ou de discussion relative à la présence d'un élément constitutif (événement soudain, lésion, exécution du travail,...)
Son intervention se poursuivra après l'acceptation et en cours de procédure judiciaire. Notamment :
 - ❑ L'avocat interviendra dès le départ afin que la mission confiée à l'Expert judiciaire par le Tribunal soit adaptée au cas du patient et soit la plus complète et la plus précise possible
 - ❑ Il établira si nécessaire des notes de faits directoires
 - ❑ Il assistera si nécessaire à certaines séances d'expertise pour éclairer l'Expert sur certains point de Droit
 - ❑ Il soutiendra l'action du médecin de recours, notamment dans l'hypothèse où l'Expert refuserait la réalisation de certains examens complémentaires ou serait enclin à ne pas appliquer correctement la loi (non-application du principe de globalisation, facteurs socio-économiques insuffisamment tenus en compte, non application de l'article 23)
 - ❑ Il rédigera les actes de procédure (citation, conclusions, procès-verbaux de comparution volontaire, actes d'appel,...)
 - ❑ Il assurera le suivi des enquêtes préliminaires
 - ❑ En cas de contestation, il plaidera devant le Tribunal
 - ❑ etc.

L'Expert judiciaire, après avoir examiné le dossier de Robert, procéda aux investigations nécessaires et répondit aux observations des parties, déposera finalement en date du 08.07.2000 un rapport d'expertise concluant à l'existence d'un taux d'IPP de 10% à la date du 03.02.1999.

5.3.2.3. Quid après dépôt des conclusions du rapport d'expertise :

- En cas d'accord sur les conclusions de l'expert : entérinement par le Tribunal.

Dans le cas de Robert, le jugement du Tribunal du Travail entérinant le rapport d'expertise judiciaire est prononcé le 21.09.2000. La partie adverse n'interjette pas appel de ce jugement qui devient, dès lors, définitif un mois après sa signification. Ce jugement est transmis à l'assureur loi qui devra régulariser les allocations dues à Robert à partir du 03.02.1999.

- En cas de désaccord (en raison par exemple d'un rapport mal motivé, erroné,...) :
 La procédure judiciaire sera poursuivie, ce qui implique notamment un échange de conclusions, suivi d'une audience de plaidoiries, ...
 Le désaccord se fonde généralement sur l'établissement d'un contre-rapport établi par le médecin de recours.
 Ce contre-rapport ne doit pas être limité à une simple critique du taux d'I.P.P. retenu par l'expert judiciaire, mais devra comporter une mise en évidence circonstanciée des manquements ou des erreurs relevés dans le rapport de l'expert judiciaire.

Le rapport de l'expert pourra également faire l'objet d'une critique juridique de la part de l'avocat, notamment en cas non respect des règles du Code judiciaire régissant l'expertise (exemples : violation du principe du contradictoire à n'importe quel stade de l'expertise, absence d'envoi d'un rapport préliminaire) ou en cas de mauvaise application des dispositions de la loi sur les accidents du travail (exemple : absence de prise en considération de l'état antérieur)

5.3.2.4. Jugement.

A l'issue de la procédure, un jugement sera prononcé par le Tribunal du Travail :

- En cas d'accord sur les conclusions du rapport d'expertise, le jugement entérinera simplement celles-ci.
- En cas de désaccord, le Tribunal tranchera après avoir entendu les parties.
 Dans certains cas, s'il s'estime insuffisamment éclairé, le Tribunal pourrait décider de désigner un nouvel expert ou de confier une mission complémentaire à l'expert désigné ou à un autre expert de son choix (p.ex. ergologue).

Remarque :

! Le jugement sera signifié à la requête de la partie la plus diligente.

La signification se fait par huissier de justice et fait courir les délais de recours.

! Le jugement sera coulé en force de chose jugée, c'est-à-dire plus susceptible de recours, un mois après sa signification. C'est à partir de cette dernière date que le délai de révision commencera à courir.

5.3.2.5. Voies de recours :

- Comme déjà indiqué, tous les jugements du tribunal du Travail sont susceptibles d'appel devant la Cour du travail.
 Le délai d'appel est de un mois à dater de la signification du jugement contesté.
 En cas d'appel, la Cour du travail réexaminera l'ensemble du dossier et prononcera un arrêt après avoir entendu les parties lors d'une nouvelle audience de plaidoiries et examiné leurs conclusions.
- Les décisions de la Cour du Travail sont susceptibles de pourvois en cassation. Notons seulement que les recours en cassation restent

exceptionnels : la Cour de cassation ne tranche pas en fait, mais en droit : elle vérifie la bonne application et interprétation des dispositions légales par les Cours et Tribunaux.

5.4. QUE VA PAYER L'ASSUREUR ? :

5.4.1. Modes de calcul :

Comme vu supra, l'incapacité permanente est donc la situation dans laquelle la victime garde des séquelles à vie dont il découle une perte de capacité concurrentielle sur le marché général de l'emploi, et ce compte tenu des caractéristiques socio-économiques du patient (âge, formation professionnelle, possibilités de réadaptation et de recyclage professionnel, etc...). L'indemnisation de cette incapacité s'effectuera sur base de la rémunération de la victime au moment de l'accident. Même les petites incapacités (à partir de 1%) doivent être indemnisées.

La rémunération de base correspond à :

- la rémunération à laquelle le travailleur a eu droit (laquelle ne peut être inférieure à celle prévue par la convention collective de travail) ;
- pendant l'année qui a précédé l'accident (si l'année de référence n'est pas complète, on prendra comme base de calcul le salaire journalier d'un travailleur similaire) ;
- en raison de la fonction exercée dans l'entreprise au moment de l'accident.

Le caractère forfaitaire de l'indemnisation « loi » implique que la rémunération de base est limitée à un montant maximum prévu par la loi (300.000 F au 1.1.72), indexé sur base de l'indexation des prix à la consommation. (984.300 F au 1 janvier 2000)

A l'inverse, la rémunération de base ne peut être inférieure à un certain montant (60.000 F) au 1 janvier 1972), également indexé.

5.4.2. Allocations :

La méthode d'indemnisation de l'I.P. varie selon le taux d'incapacité.

Notons que l'on parle d'allocations avant l'expiration du délai de révision, de rente ensuite (voir infra).

Les règles essentielles peuvent être résumées comme suit :

- Incapacité permanente inférieure à 10% : le paiement de l'allocation, puis de la rente annuelle, non indexée, est effectué par l'intermédiaire du F.A.T., auquel l'assureur a versé le capital correspondant. Il n'est pas possible de solliciter la conversion de la rente en capital, même partiellement. Observons que, du fait de cette non indexation, la valeur financière de la rente diminuera d'année en année (inflation). Rappelons également que pour les taux compris entre 1 et 4 %, l'allocation sera diminuée de moitié ; pour les taux compris entre 5 et 9 %, elle sera diminuée de un quart (d'où l'importance dans certains dossiers d'atteindre les taux-pivots de 5 ou de 10 %).
- Incapacité permanente entre 10 et 15% : la victime reçoit une allocation puis une rente payée mensuellement par le F.A.T. Préalablement, l'assureur est tenu de verser au FAT le capital correspondant à la valeur de l'allocation annuelle ou de la rente.

Contrairement aux incapacités inférieures à 10%, il n'y a pas dans ce cas de réduction de l'allocation (autrement dit, le patient qui est atteint de 10% d'IPP perçoit 10% de sa rémunération de base).

Il n'est pas possible d'obtenir la conversion d'un tiers de la rente en capital (voir infra).

- Incapacité permanente de 16% et plus : l'allocation, puis la rente, est indexée et est payée mensuellement par l'assureur-loi.

La victime peut, à l'expiration d'une période de 3 ans correspondant au délai de révision, demander la conversion d'un tiers de la rente en capital. Cette demande doit faire l'objet d'une décision du Tribunal du Travail qui appréciera souverainement le bien fondé de celle-ci. Le Tribunal du Travail marquera habituellement son accord si la demande est justifiée par la nécessité d'exposer des dépenses « utiles » (travaux d'aménagement de la maison, remboursements d'emprunts,...) mais pourra refuser la demande de conversion si celle-ci n'est pas ou est « mal » justifiée (dépenses « inutiles » : voiture de sport, vacances). Ce pouvoir du Tribunal découle du caractère de « protection de la victime » de la loi, également contre elle même... (caractère paternaliste ?).

5.4.3 Aide d'une tierce personne :

Dans certains cas, l'état de la victime nécessitera l'aide d'une personne pour effectuer ses tâches quotidiennes. L'assureur-loi paiera dans ce cas le coût forfaitaire de cette tierce personne, à concurrence du pourcentage de nécessité retenu. Le taux complémentaire octroyé peut varier de 1 à 50% et s'ajoutera au taux d'IPP retenu sur base des critères définis supra (atteinte à la capacité concurrentielle). L'aide d'une tierce-personne n'est octroyée qu'en cas d'incapacités permanentes de travail très importantes. (relevons que le plafond maximum est de 45.427,- BEF par mois à la date du 01.06.1999, pour un taux de 50 % de nécessité d'aide de tierce-personne).

Le taux d'incapacité global peut ainsi atteindre, dans les cas les plus graves, 150 % (tétraplégiques, etc.).

Notons également que le complément pour aide d'une tierce personne n'est pas soumis à l'impôt et qu'il persiste tel quel après l'âge de la pension.

5.4.4. Prothèses

La victime a droit, dans les conditions prévues par la loi, aux appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'accident.

La loi ne définit pas ce qu'il y a lieu d'entendre par « prothèse ». Il appartient donc à la jurisprudence de cerner les contours de cette notion, qui peut être sujette à interprétation dans des cas spécifiques.

Les appareils de prothèse ont été définis comme étant « tout dispositif artificiel, interne ou externe, suppléant une partie du corps ou la fonction remplie par celle-ci et, au sens large, les moyens techniques d'aide ou de remplacement des fonctions perdues ».

Une autre définition en a été donnée par le Cour de Cassation qui, par un arrêt du 23 janvier 1995, considère qu'il y a lieu « d'entendre par appareils de prothèse et d'orthopédie, les moyens d'assistance artificiels dont une personne valide n'a pas besoin et qui, suite à un accident du travail, sont nécessaires pour soutenir ou remplacer des parties du corps déficients ou affaiblies ou pour favoriser l'usage et les fonctions ».

Cas pratiques : quid des aménagements immobiliers nécessaires pour un paraplégique, quid du matériel informatique, ?

La victime a également droit au remplacement ou à la réparation des prothèses endommagées suite à l'accident, et ce même si l'accident n'a pas provoqué de lésion (exemple : bris de lunettes).

5.4.5. Traitements (médicaments, kinésithérapie, etc.)

Les frais médicaux nécessités par l'accident restent à charge de l'assureur jusqu'à l'expiration du délai de révision. Au delà, ils sont pris en charge par le FAT pour les accidents survenus avant le 1 janvier 1988 et à charge de l'assureur-loi pour les accidents survenus à partir du 1 janvier 1988.

6. LE DELAI DE REVISION

En cas de modification de l'état de la victime tel que décrit dans le procès-verbal d'accord indemnité ou dans le jugement, une action en révision peut être introduite.

Le délai de révision est de trois ans à dater de la date de l'entérinement de l'accord indemnité par le F.A.T ou du jour où le jugement ou l'arrêt fixant le taux d'incapacité est coulé en force de chose jugée (c'est-à-dire plus susceptible de recours). Le jugement est coulé en force de chose jugée un mois après sa signification, celle-ci correspondant à la communication officielle du jugement par exploit d'huissier de justice. Un arrêt (décision en degré d'appel de la Cour du Travail) est coulé en force de chose jugée dès son prononcé.

En cas de décision de guérison sans incapacité permanente, le délai de révision prend cours à dater de l'accident (incapacité temporaire inférieure ou égale à 7 jours) ou de la notification de la déclaration de guérison à la victime (incapacité temporaire supérieure à 7 jours)

La modification ouvrant le droit à révision doit concerner l'état physique de la victime. L'action n'est donc pas ouverte en cas de simple modification des facteurs socio-économiques.

La modification peut consister soit en une amélioration, soit en une aggravation, par rapport au libellé des séquelles tel que décrit dans le procès-verbal d'accord entériné ou le jugement.

L'action est donc ouverte tant à la victime (dans le cas d'une aggravation) qu'à l'organisme assureur (dans le cas d'une amélioration).

Sont pris en charge par l'assureur loi dans le cadre du délai de révision : les modifications du taux d'IPP, les périodes de rechutes en incapacité totale, les frais médicaux, les prothèses, les frais de déplacement.

La modification du taux d'I.P.P. dans le délai de révision est évaluée exclusivement par comparaison avec la situation de départ décrite soit dans l'accord indemnité soit dans le rapport d'expertise judiciaire. S'il n'existe aucune modification entre l'état actuel de la victime et son état de départ, on ne pourra en aucun cas remettre en cause le taux initialement fixé, au motif que celui-ci aurait été fixé erronément trop bas ou trop haut. L'action en révision n'a en effet pas pour objet de corriger une éventuelle erreur commise dans la description ou l'évaluation des séquelles.

7. AGGRAVATION APRES LE DELAI DE REVISION

La notion de réserve (possibilité « illimitée » de réouverture du dossier) n'existe pas comme telle en « accident du travail ».

La notion d'aggravation, spécifiquement prévue par le législateur, s'apparente cependant à celle-ci.

En effet, la réouverture du dossier peut être sollicitée, après la fin du délai de révision dans l'hypothèse où le taux d'I.P.P. à ce moment, atteint ou dépasse 10 %. Dans ce cas, la victime pourra solliciter l'intervention de l'assureur loi pour obtenir une allocation d'aggravation.

Cette allocation ne sera cependant pas calculée de la même manière que la rente (à savoir en fonction de la rémunération de base et du taux octroyé.)

Son montant s'obtient, en résumé, en multipliant le nouveau taux d'incapacité permanente par un montant pivot forfaitaire (indexé), le total étant diminué du montant de la rente avant tout paiement en capital.

Les montants pivots varient en fonction du degré d'incapacité.

Au 1^{er} juin 1999 :

IP de moins de 10 % : 2.379,84 F le point

IP de 10 à 35 % : 3.466,11 F le point

IP de 36 à 65 % : 4.167,65 F le point

IP de 66 à 150 % : 5.861,30 F le point

Exemple de calcul :

Le taux s'aggrave de 30 à 50%

Montant plancher : $50 \times 4.167,65 \text{ F} = 230.882 \text{ F}$

Rente initiale indexée pour 30 % : 252.000 F (fictif)

Différence entre le montant plancher et la rente initiale : $230.882 \text{ F} - 252.000 \text{ F} = 0$

Conclusion : la demande d'aggravation après le délai de révision n'entraîne parfois qu'un résultat théorique sans répercussion financière. Il y a donc lieu d'être prudent lors de l'introduction de ce type de demande et de bien vérifier que la majoration espérée du taux d'incapacité générera une majoration de la rente octroyée au patient.

8. ACCIDENT MORTEL

Cette situation est régie par les articles 10 à 21 et par l'article 41 alinéa 1 de la loi du 10.04.71. L'assureur loi intervient notamment dans les frais funéraires et octroie une rente aux ayant-droits (conjoint, enfant, ascendant, petit-enfant, frère et sœur).

9. LE RECOURS COMPLEMENTAIRE EN DROIT COMMUN

Notons essentiellement que, du fait de l'indemnisation de la victime par l'assureur-loi, ce dernier pourra exercer tous recours à l'égard du responsable de l'accident afin de récupérer ses débours. Ainsi, il est subrogé aux droits de la victime indemnisée.

Le système de réparation forfaitaire prévu par la loi n'exclut cependant pas le recours de la victime contre le tiers responsable en réparation de l'intégralité de son dommage, sur base des mécanismes de la responsabilité civile ordinaire.

Du fait de la subrogation, et des mécanismes instaurés par la loi empêchant de réclamer une double indemnisation, la victime qui exercerait un recours de droit commun contre le tiers responsable ne sera fondée qu'à réclamer le solde de son dommage, à savoir ce qui n'a pas été couvert par l'assureur-loi.

Ce dernier passera donc avant la victime pour récupérer ses débours (priorité du règlement-loi) et la victime n'obtiendra du responsable que la partie de son dommage non couverte par le règlement « loi ».

Rappelons que la loi sur les accidents du travail ne prévoit que l'indemnisation du dommage matériel (répercussions socio-économiques), cette indemnisation étant par ailleurs plafonnée.

La victime conserve donc logiquement un recours en indemnisation du solde de son dommage matériel, ainsi que de son dommage moral (préjudice esthétique, préjudice d'agrément, pretium voluptatis, pretium doloris,...)

Notons cependant que la loi a limité les possibilités de recours « droit commun » de la victime à l'encontre de l'employeur, ou du préposé de celui-ci, dont la responsabilité serait engagée. Cette

limitation a été dictée par le souci de ne pas alourdir la charge de l'employeur, qui supporte les cotisations de l'assurance obligatoire.

Le recours reste cependant logiquement ouvert à l'encontre de l'employeur en cas de faute intentionnelle de celui-ci, de dommage aux biens du travailleur, d'accident sur le chemin du travail et en cas d'accident de roulage;

De même, la victime dispose d'un recours contre le mandataire ou préposé de l'employeur en cas de faute intentionnelle, d'accident sur le chemin du travail et en cas d'accident de roulage.

10. CONCLUSIONS

Ce syllabus a eu pour but de brosser à grands traits les différents problèmes les plus fréquemment rencontrés par le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne lorsqu'il est confronté aux questions précises et aux problèmes concrets de son patient victime d'un accident du travail. Il n'a, bien entendu, pas la prétention d'être exhaustif. En effet, la réalité des problèmes médico-légaux se révèle très souvent bien plus complexe.

Cependant, nous considérons que le médecin traitant, parce qu'il est précocement et régulièrement confronté à la problématique « A.T. », doit disposer des connaissances légales de base pour conseiller utilement son patient. En outre, il doit être informé de certains aspects pratiques et particuliers de la réparation en « A.T. » pour réussir le parcours sans faute que tout patient attend de lui.

En conclusion, il doit donc exister, à notre avis, une interaction permanente, tout d'abord entre le patient et son médecin traitant, ensuite entre le patient, son médecin traitant et son médecin de recours, enfin entre ceux-ci et l'avocat, permettant ainsi de défendre au mieux les intérêts du blessé et d'obtenir de cette façon une indemnisation équitable. Ce n'est qu'en fonction de cette synergie que le travail qualitatif des différents acteurs impliqués dans la défense des intérêts de la victime pourra revêtir en fin de compte un caractère quantitatif.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION

1.1. IMPORTANCE ECONOMIQUE DES ACCIDENTS DE TRAVAIL	P. 2
1.2. LA LOI DU 10.04.71	P. 2
1.2.1. Caractère obligatoire de l'assurance	P. 3
1.2.2. Législation sociale d'ordre public	P. 3
1.2.3. Système protecteur de la victime	P. 4

2. L'ACCIDENT ET SES SUITES DIRECTES

2.1. LA SURVENANCE DE L'ACCIDENT	P. 5
2.2. LA DECLARATION D'ACCIDENT : FORMALITÉS LÉGALES ET ADMINISTRATIVES	P. 5
2.2.1. Déclaration par le salarié à son employeur	P. 5
2.2.2. Déclaration par l'employeur de l'accident à l'assureur loi	P. 5
2.2.3. Caractéristiques d'une déclaration correctement remplie	P. 6
2.3. CONSULTATION DU MEDECIN TRAITANT OU DU MEDECIN DU SERVICE DES URGENCES	P. 6

3. DE L'ACCIDENT A SA RECONNAISSANCE

3.1. LA NOTION D'ACCIDENT DU TRAVAIL : ELEMENTS CONSTITUTIFS	P. 7
3.2. PRÉSOMPTIONS EN FAVEUR DE LA VICTIME	P. 10
3.3. INTERVENANTS DANS L'ÉTUDE DU DOSSIER (MÉDECIN CONSEIL, ENQUÊTEURS)	P. 11
3.4. DÉCISIONS DE L'ASSUREUR ET CONSÉQUENCES	P. 11
3.4.1. Décisions de l'assureur	P. 11
3.4.2. Recours et prescription	P. 12

4. DE LA RECONNAISSANCE DE L'ACCIDENT A LA CONSOLIDATION

4.1. L'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE	P. 13
4.1.1. Que prend en charge l'assureur ?	P. 13
4.1.2. En pratique	P. 14
4.2. LA REMISE AU TRAVAIL	P. 14
4.2.1. Principe	P. 14
4.2.2. Voies de recours	P. 15

5. LA CONSOLIDATION ET L'INCAPACITE PERMANENTE	
5.1. LES NOTIONS DE CONSOLIDATION ET D'INCAPACITE PERMANENTE	P. 15
5.2. DECISION DE L'ASSUREUR : 4 HYPOTHESES	P. 16
5.2.1. Guérison sans séquelles	P. 16
5.2.2. Guérison avec séquelles sans répercussion sur la capacité de travail	P. 16
5.2.3. Retour à l'état antérieur	P. 16
5.2.4. Persistance d'un état séquellaire entraînant des répercussions sur la capacité de travail	P. 17
5.3. PROCEDURES EN CAS DE CONTESTATION DU TAUX	P. 18
5.3.1. Procédure conciliatoire (examen en commun)	P. 18
5.3.2. Procédure judiciaire	P. 19
5.3.2.1. Saisine du tribunal	P. 19
5.3.2.2. Déroulement de l'expertise	P. 19
5.3.2.3. Quid après dépôt des conclusions du rapport d'expertise	P. 21
5.3.2.4. Jugement	P. 22
5.3.2.5. Voies de recours	P. 22
5.4. QUE VA PAYER L'ASSUREUR ?	P. 23
5.4.1. Modes de calcul	P. 23
5.4.2. Allocations	P. 23
5.4.3. Aide d'une tierce personne	P. 24
5.4.4. Prothèses	P. 24
5.4.5. Traitements (médicaments, kinésithérapie, etc.)	P. 25
6. LE DELAI DE REVISION	P. 25
7. AGGRAVATION APRES LE DELAI DE REVISION	P. 26
8. ACCIDENT MORTEL	P. 27
9. LE RECOURS COMPLEMENTAIRE EN DROIT COMMUN	P. 27
10. CONCLUSIONS	P. 28

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL (SECTEUR PRIVE)

1. IMPORTANCE ECONOMIQUE DES ACCIDENTS DE TRAVAIL :

- Dans le monde 250 millions d'accidents de travail par an soit 685.000 par jour.
- En Belgique dans le seul secteur privé, en 1998 :
 Nombre d'A.T. : 230.337.
 Nombre de cas clôturés avec une incapacité permanente : 16.522.
 Nombre de décès : 238.
 Coût de la réparation des accidents du travail dans le secteur privé : + de 850 millions d'euros par an.
 Coût direct d'un A.T. : 4.500 euros
 Coût indirect d'un A.T. : deux à trois fois le coût direct.

Les accidents de travail concernent dès lors chaque année un grand nombre d'individus en Belgique. Le médecin généraliste, médecin de première ligne, est régulièrement confronté aux problèmes posés par les patients victimes d'accidents du travail tant au point de vue thérapeutique qu'au point de vue médico-légal.

2. IMPORTANCE DU PROBLEME POUR LE MEDECIN TRAITANT :

Le médecin généraliste est confronté à toutes les étapes du règlement d'un accident de travail qu'il exerce en cabinet privé ou dans un service d'urgence.

Dans le temps, le médecin généraliste est sollicité à différentes reprises par son patient pour :

- La rédaction du certificat médical de premier constat : celui-ci doit être clair, précis et circonstancié puisqu'il reprend les éléments initiaux. Il devra dès lors être rédigé avec soin.
- La mise en place du traitement : repos (mise en incapacité temporaire totale), médicaments, soins de kinésithérapie, etc..
- La documentation du dossier par la réalisation d'examen complémentaires ou d'avis spécialisés. Il y a lieu d'insister sur le caractère précoce de ce type de démarches.
- Le suivi du patient avec notamment prescription d'autres traitements et/ou prolongation des périodes d'I.T.T.
- La détermination de la reprise du travail, qu'elle soit spontanée, ou comme c'est le plus souvent le cas sur sollicitation du médecin conseil de la compagnie d'assurances.
- La consultation du patient auprès de son médecin traitant à propos du taux d'incapacité permanente proposé par la compagnie.
- Les problèmes soulevés dans le cadre d'aggravation ultérieure.

3. LES DECISIONS DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES

A chacune des étapes rappelées ci-avant, le patient et son médecin traitant peuvent se voir notifier un refus de la compagnie notamment en matière de soins (médicaments, kinésithérapie, etc..) et de prolongation des périodes d'I.T.T. Le médecin généraliste doit dès lors :

- Connaître les éléments principaux de la loi qui régit la réparation des accidents du travail notamment en ce qui concerne la notion d'accident de travail, la notion de consolidation, etc.
- Avoir la possibilité d'obtenir un avis médico-légal spécialisé et indépendant concernant le caractère équitable des différentes décisions prises par la compagnie d'assurances.

4. LE ROLE DU MEDECIN DE RECOURS:

Il s'agit d'un médecin, spécialisé en médecine d'expertise, qui s'occupe exclusivement de la défense des intérêts des victimes d'accident ou de maladie et non de l'aspect thérapeutique. Son rôle consiste à être un interface entre le patient et les différents problèmes auxquels il est confronté dans le cadre notamment de la réparation de son accident de travail. Il peut dès lors intervenir à toutes les étapes du dossier. L'intervention du médecin de recours se fait dans un climat de loyauté et de confiance.

Son intervention a également un caractère complètement interactif avec le médecin traitant du patient.

D'une part, le médecin traitant doit transmettre régulièrement au médecin de recours les éléments constitutifs du dossier médical du patient.

D'autre part, le médecin de recours a le devoir de tenir strictement informé le généraliste de l'évolution de la procédure et de lui communiquer le résultat des examens complémentaires réalisés dans le cadre de travaux d'expertise et ce, à des fins thérapeutiques.

Par ailleurs, il est évident que le caractère positif de l'intervention d'un médecin de recours est basé d'une part sur une sélection des dossiers susceptibles d'aboutir et d'autre part sur son expérience qui lui permettra d'effectuer un choix préférentiel dans les différentes voies de recours qui s'ouvrent au blessé (procédure conciliatoire ou Tribunal du Travail).

L'ensemble de cette relation se déroule dans le strict respect de la déontologie et du secret professionnel.

5. LA VICTIME EST AU CENTRE DU DEBAT :

La victime est l'élément central de la procédure de réparation d'un accident de travail. L'exposé respectera cette hiérarchie en replaçant le patient au centre de sa problématique. Pour ce faire, l'exposé sera le moins théorique possible (base légale indispensable) et aura essentiellement un caractère pratique dans le cadre du vécu quotidien du médecin traitant face à ce type de problème.

TABLEAU COMPARATIF DROIT COMMUN / ACCIDENT DU TRAVAIL

	ACCIDENT DU TRAVAIL	DROIT COMMUN
Principe général d'indemnisation	Forfaitaire Dommege matériel (économique) Indépendant de la responsabilité d'un tiers	Tout le dommege réel Dommege matériel et moral Tributaire de la responsabilité reconnue d'un tiers
Que paye t-on ?		
Frais	Frais médicaux + autres frais dont l'indemnisation est prévue par la loi	Frais médicaux + tous les autres frais en relation avec l'accident
Incapacité temporaire	Indemnités journalières plafonnées pendant l'incapacité totale (90 % de la rémunération quotidienne moyenne)	Perte de salaire réelle Indemnisation des efforts accrus Préjudice ménager Dommege moral : pretium doloris, ...
Incapacité permanente : mode d'évaluation	Atteinte à la capacité concurrentielle de la victime <u>Indifférence de l'état antérieur</u> : appréciation de l'incapacité dans son ensemble	Atteinte à la capacité concurrentielle de la victime <u>Prise en compte de l'état antérieur</u> : seule l'aggravation est indemnisé. + indemnisation de tous les autres dommege permanents, et notamment du dommege moral : - préjudice d'agrément - pretium voluptatis - préjudice esthétique
Incapacité permanente : Que paye t'on	Allocation ou rente annuelle calculée en fonction d'une rémunération de base plafonnée	Capital ou rente non plafonné et calculé sur base de la perte de capacité économique réelle
Aide d'une tierce personne	Oui, mais plafonnée	Oui, sans plafond
Indexation des indemnités	Oui	Oui/Non : pas d'indexation automatique, ce qui n'empêche pas de tenir compte de l'inflation probable dans le calcul du préjudice futur
Possibilités de révision	Oui	Non, sauf si des réserves ont été prévues

Moment et fréquence du paiement	Rapide, paiements réguliers (bimensuels pendant l'incapacité temporaire, annuellement pendant l'IP)	Lent, en une fois à l'issue de la procédure. Exceptions : - provisions - rentes annuelles pour l'IP dans les cas très graves
Consolidation	Correspond en règle à la date de reprise du travail	Indépendante de la reprise du travail : stabilisation de l'état de la victime
Réglementation	D'ordre public : impossibilité de transiger	Pas d'ordre public : transaction possible
Organisme de contrôle	Oui (le FAT)	Non
A compléter		