

THEME : L'ACCIDENT DE TRAVAIL

DÉFINITION DE L'ACCIDENT DU TRAVAIL

Il faut rappeler que tout ce qui arrive sur le lieu du travail n'est pas constitutif d'un accident du travail au sens légal du terme. La réglementation en accident du travail dans le secteur privé obéit à une loi d'ordre publique (10/04/1971) qui s'impose à tous. Pour répondre à la notion d'accident du travail, il faut que le sinistre subi par l'assuré réponde à certains critères indispensables qui sont les suivants:

- Il doit avoir subi une (des) lésion(s) physique(s) (ex: fracture) ou psychique (ex: stress post-traumatique).
- Événement soudain : l'événement doit être distingué du geste banal. La soudaineté est une notion de «temps» qui ne doit pas nécessairement correspondre à l'instantanéité.
- Cause extérieure: force extérieure s'appliquant au corps de l'assuré (fracture suite à la chute d'un objet, par exemple), force de son propre corps (faux mouvement lors d'un effort avec lumbago).
- L'événement doit se produire dans le cours et par le fait de l'exécution du contrat de travail.

Si les faits survenus à l'assuré réunissent l'ensemble de ces critères, ils répondent à la définition d'un accident du travail. A partir de ce moment, la lésion qu'il présente est présumée trouver son origine dans l'accident du travail qu'il a subi (présomption légale). Il s'agit d'un avantage pour l'assuré (protection de la victime). C'est donc éventuellement à ce moment à la compagnie d'assurances de prouver que la lésion ne trouve pas son origine dans l'accident du travail.

RECOURS

Pour vérifier ces critères, la compagnie d'assurances effectue une enquête par l'intermédiaire d'un inspecteur qui peut se rendre sur les lieux et y interroger l'assuré ou des témoins sur les circonstances de l'accident. L'assurance peut également mandater un médecin-conseil qui vérifiera si la lésion présentée par l'assuré trouve son origine dans l'événement soudain qu'il a subi. En cas de rejet de la notion d'accident du travail par la compagnie d'assurance, l'assuré a la possibilité d'introduire un recours devant le tribunal du travail. C'est le juge qui décidera si le sinistre correspond à la définition d'accident du travail.

En cas de réponse positive, il mandatera un expert judiciaire pour déterminer les séquelles. Le médecin traitant a un rôle fondamental à ce niveau et lors de la rédaction de son certificat de départ (certificat de premier constat), il devra préciser les circonstances exactes de l'accident. Un certificat mal rédigé ou imprécis pourra dès lors avoir des répercussions défavorables vis-à-vis d'une éventuelle prise en charge du sinistre par la compagnie d'assurances.

L'ACCORD-INDEMNITÉ

Cette proposition d'indemnisation, qui reprend au point de vue médical l'état séquellaire (rapport de consolidation du médecin-conseil) et au point de vue administratif les périodes d'ITT, la date de consolidation et le taux d'IPP, est transmise par l'assurance à l'assuré en lui demandant de le soumettre pour avis au médecin de son choix. Il faut rappeler qu'en matière d'accident du travail, la compagnie d'assurances n'indemnise pas l'invalidité permanente, mais uniquement l'incapacité permanente qui prend en compte les répercussions de l'invalidité sur la capacité de travail du blessé. Le rôle du médecin de recours est d'expliquer à son patient que la réparation en matière d'accident du travail étant partielle, l'assurance n'interviendra pas dans la prise en charge de certains préjudices (préjudice esthétique, dommage d'agrément, dommage moral, etc.). L'octroi d'un taux d'incapacité permanente va réparer une perte de capacité concurrentielle sur le marché général du travail.

LE TAUX D'INCAPACITÉ

En fait, l'évaluation de cette incapacité permanente se base non seulement sur des éléments médicaux (plaintes, examen clinique, résultats des examens complémentaires), mais également sur des éléments non médicaux, à savoir les facteurs socio-économiques (âge, formation scolaire et professionnelle, possibilité de réadaptation, etc.). Le taux d'incapacité permanente va dès lors dépendre des éléments suivants:

- l'importance des séquelles,
- l'objectivation des séquelles,
- les répercussions socio-économiques (par exemple perte définitive d'un segment du marché du travail accessible au patient).

Il y a lieu également d'insister sur les conséquences de l'acceptation de la proposition de l'assurance. Il faut éviter les clichés habituels: «Vous pouvez accepter cette proposition, car vous pourrez toujours introduire plus tard une demande en aggravation ...».

Si l'assuré accepte la proposition de la compagnie d'assurances, sa situation actuelle sera définitivement «clichée» et si celle-ci n'est pas modifiée ultérieurement, il lui sera impossible d'obtenir un taux d'incapacité plus élevé.

Il y a lieu également de se souvenir qu'en matière d'accident du travail, on ne soustrait pas du taux d'incapacité permanente une quelconque portion due à un éventuel état antérieur. Il s'agit du **principe de globalisation**. L'incapacité de travail doit être évaluée 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.

Il faut également savoir qu'il existe des paliers dans les différents taux d'IPP octroyés au patient qui peuvent modifier de façon significative l'indemnisation de l'assuré pour de petites variations de son taux d'IPP.

- Entre 1 et 4 %, l'assuré perçoit 50 % de son allocation.
- Entre 5 et 9 %, il perçoit 75 % de son allocation.
- A partir de 10 %, il perçoit 100 % de son allocation.
- A partir de 20 %, il perçoit 100 % de son allocation et celle-ci est indexée. Par ailleurs, l'assuré peut, dans ce cas uniquement, à l'expiration d'une période de trois ans correspondant à la fin du délai de révision, demander la conversion d'un tiers de sa rente en capital.

Le médecin de recours doit également vérifier que l'octroi du taux d'IPP débute bien à la date de la reprise complète du travail qui est habituellement choisie comme date de consolidation.

CONTESTATION

Si le médecin de recours envisage de contester la proposition de la compagnie d'assurances, deux solutions s'offrent à lui. Au cas où son évaluation serait relativement proche de celle formulée par le médecin-conseil, il peut écrire à la compagnie d'assurances en demandant la mise sur pied d'un examen conciliatoire. Dans ce cas, les médecins se réunissent en présence de l'assuré pour rediscuter du dossier et tenter d'arriver à une solution «amiable». Au cas où son évaluation divergerait de façon importante de celle du médecin-conseil de la compagnie d'assurances, il y a lieu d'entamer une procédure devant le tribunal du travail sur base d'un rapport circonstancié décrivant l'état séquellaire du blessé et proposant un taux d'IPP.

TOUTE DÉCISION DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES PEUT FAIRE L'OBJET D'UNE PROCÉDURE DEVANT LE TRIBUNAL DU TRAVAIL

Une grande partie de ces procédures concernent le rejet de la notion d'accident du travail, la contestation de la date de consolidation, l'insuffisance du taux d'IPP, le rejet d'une demande d'aggravation.

La plupart du temps, l'assuré, s'il est syndiqué, pourra bénéficier de l'aide de son organisation syndicale, qui s'occupera du volet juridique de son dossier. Il y a lieu également de rappeler que (sauf en cas de procédure téméraire et vexatoire) certains frais ne sont pas à charge de l'assuré. Il s'agit des frais de justice,

honoraires de l'avocat du syndicat, honoraires de l'expert médical du tribunal. Ceux-ci sont à charge de l'assurance de l'employeur.

Le juge du tribunal du travail qui sera chargé du dossier de l'assuré désignera habituellement un médecin expert judiciaire. Celui-ci recevra une mission précise (habituellement, fixer la date de consolidation et le taux d'IPP). Dès que l'Expert judiciaire aura reçu la notification officielle de sa mission par l'intermédiaire du greffe du tribunal du travail, il convoquera l'assuré, son médecin de recours, le médecin-conseil de la compagnie d'assurances pour une première séance d'expertise.

L'expertise judiciaire se déroule en plusieurs étapes. La procédure devra toujours rester contradictoire. Il y a lieu d'informer l'assuré sur le déroulement des travaux d'expertise et sur le fait qu'il doit se munir d'un dossier complet afin de le remettre à l'expert.

La première séance d'expertise permettra généralement à l'expert de rassembler le dossier médical de l'assuré, de l'interroger et de décider en accord avec les médecins-conseils présents, des examens complémentaires à réaliser.

Ultérieurement, l'assuré sera convoqué chez différents spécialistes pour subir ces mises au point. Ensuite, dès réception des résultats, l'expert judiciaire reconvoquera la victime et les médecins-conseils pour une seconde séance d'expertise consacrée à l'anamnèse complémentaire, l'examen clinique, l'étude des examens spécialisés et la discussion médico-légale.

L'Expert judiciaire enverra ensuite aux parties un rapport préliminaire qui reprendra l'ensemble de ses constatations sans ses conclusions. Il y a lieu de répondre par écrit sous quinzaine à ce rapport en reprenant de façon circonstanciée l'ensemble de l'argumentation médico-légale.

Ultérieurement, l'expert adressera son rapport définitif au tribunal du travail. Le dossier sera alors à nouveau évoqué devant le tribunal du travail, qui, habituellement entérinera les conclusions du rapport d'expertise.

Ce n'est qu'à la fin de cette procédure qui peut prendre un an que la compagnie d'assurances procédera à la régularisation du dossier en fonction des conclusions du rapport d'expertise.

L'assistance de l'assuré aux opérations d'expertise peut également être réalisée par un médecin spécialisé en évaluation du dommage corporel et indépendant des compagnies d'assurances (médecin de recours).

Pendant les opérations d'expertise, il appartient au médecin de recours :

- de constituer le dossier médico-légal de façon rigoureuse et professionnelle,

- de sélectionner les dossiers susceptibles d'aboutir à un résultat favorable pour l'assuré,
- d'informer l'assuré de toutes les procédures 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 et de la déontologie médicale,
- d'informer complètement l'expert judiciaire en lui communiquant une copie complète du dossier médical,
- de postuler la réalisation des examens complémentaires qui pourront permettre d'objectiver les plaintes de l'assuré et communiquer les résultats de ces examens au médecin traitant de l'assuré dans un but thérapeutique éventuel,
- d'insister, si nécessaire, sur certaines notions légales spécifiques au dossier (principe de globalisation, importance de facteurs socio-économiques, etc.),
- de répondre de façon circonstanciée au préliminaire de l'expert en reprenant l'ensemble de son argumentation médico-légale,
- de convaincre les acteurs directs du dossier du caractère équitable de sa proposition.

En un mot, le rôle du médecin de recours n'est pas d'assister passivement à une expertise, mais bien de défendre activement l'assuré.

L'ASSURANCE REFUSE LA DEMANDE EN AGGRAVATION

En matière d'accident du travail (secteur privé), il existe un délai de révision de 3 ans pendant lequel l'assuré peut introduire une demande en aggravation. Le début du délai de révision est fixé habituellement à la date d'entérinement par le Fonds des accidents du travail de la proposition d'accord-indemnité de la compagnie d'assurances. En cas de procédure judiciaire, il débute habituellement à la date du jugement entérinant le rapport d'expertise. Avant d'entamer des démarches, il y a lieu de se rappeler que cette procédure ne vise pas à corriger un taux d'IPP sous-évalué antérieurement. Pour introduire une demande en aggravation, il y a lieu de comparer l'état actuel de la victime avec celui décrit antérieurement dans le rapport de consolidation établi par le médecin-conseil de la compagnie d'assurances. Cette comparaison est réalisée à plusieurs niveaux: les plaintes de l'assuré, son examen clinique, le résultat des examens complémentaires (radiographie, par exemple). Il est bien évident que, si seules les plaintes de l'assuré sont majorées (aggravation subjective), ce type de demande n'a que peu de chance d'aboutir. Par contre, si l'aggravation des plaintes est confirmée par une dégradation de l'examen clinique ou des examens paracliniques, il y a lieu d'établir à ce moment un rapport médical circonstancié décrivant l'aggravation de l'état séquellaire et proposant un nouveau taux d'IPP. C'est au patient de prendre

contact (par courrier recommandé) avec la compagnie d'assurances afin d'introduire officiellement sa demande de révision en annexant le rapport médical d'aggravation.

Rappelons à ce propos que pendant le délai de révision le taux d'IPP de l'assuré peut être revu à la hausse, mais également à la baisse. Il serait dès lors inopportun d'introduire une demande en révision du dossier de l'assuré sur base de données incomplètes ou erronées pouvant aboutir dans certains cas à une diminution du taux d'IPP. La plus grande prudence est dès lors de rigueur.

Ultérieurement, l'assuré sera convoqué auprès du médecin-conseil de la compagnie d'assurances. Sur base de l'avis de celui-ci, l'assurance notifiera sa décision, positive ou négative, au patient. Celle-ci pourra faire l'objet d'un recours devant le tribunal du travail et donner lieu à une expertise judiciaire dans le cadre de laquelle l'expert devra déterminer s'il y a aggravation, et en cas de réponse positive, de déterminer le nouveau taux d'IPP. Un examen conciliatoire est également possible en cas de faible divergence des avis en présence.

Enfin, il y a lieu également de noter que la réouverture du dossier peut être sollicitée après la fin du délai de révision de trois ans. Dans cette hypothèse, le taux d'IPP au moment de la demande doit atteindre ou dépasser 10%. Dans ce cas, la victime pourra solliciter l'intervention de l'assurance pour obtenir une allocation d'aggravation. Il faut cependant savoir que cette nouvelle allocation est calculée différemment de celle octroyée jusqu'à la fin du délai de révision et de façon moins favorable à la victime. Autrement dit, certaines majorations du taux d'IPP, postérieures au délai de trois ans, peuvent ne pas générer d'intérêt financier pour l'assuré. A nouveau, il y a lieu de faire preuve de prudence dans ce type de démarche.

LA PÉRIODE D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

A partir du moment où l'état médical de l'assuré n'évolue plus et qu'il peut être considéré comme stabilisé (notion de consolidation), le médecin-conseil pourra envisager une remise au travail. Pendant la période d'incapacité temporaire, le point de repère est la profession de l'assuré au moment de son accident du travail.

Au moment de la consolidation (stabilisation de l'état médical, passage à l'état séquellaire), le point de repère est non seulement la profession habituelle de l'assuré, mais également toute profession que l'assuré peut exercer, de par sa scolarité, sa formation, ses antécédents professionnels, etc. La notion de consolidation est souvent mal comprise par l'assuré, 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 (état séquellaire). Ce cap est fréquemment difficile à passer pour l'assuré.

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, l'assuré peut perdre son emploi et être licencié. Ces conséquences devront, bien entendu, être reprises dans l'évaluation de l'incapacité permanente partielle (c'est-à-dire le taux d'IPP), notamment en ce qui concerne les répercussions socio-économiques de l'accident du travail. Si l'assuré est consolidable et que l'assurance met fin à l'incapacité temporaire totale, il est dès lors tout à fait inutile de rédiger les certificats de prolongation d'ITT et de tenter une prise en charge par la Mutuelle.

En effet, la Mutuelle récupérera ultérieurement ces débours à la fin du dossier. Il faut également préciser au patient que lors de la reprise du travail, il sera soumis à l'examen médical du service de médecine du travail dont dépend son employeur. Le médecin du travail formulera éventuellement certaines remarques à l'employeur, remarques qui pourront aboutir soit à la reprise de l'ancienne activité, soit à un reclassement dans l'entreprise, soit à un licenciement (au cas où l'assuré serait incapable d'exercer ses anciennes fonctions et qu'il n'existe pas de possibilité de reclassement dans l'entreprise).

Par contre, si le médecin traitant estime que l'état de son patient est toujours évolutif et qu'il est tout à fait incapable de reprendre ses activités professionnelles et qu'il n'est dès lors pas consolidable, il y a lieu de demander une prise en charge à titre provisionnel par la Mutuelle et d'entamer une procédure contre l'assurance devant le tribunal du travail (souvent dans le cas d'une procédure d'urgence, appelée référé).

Le présent article n'a pas la prétention d'être exhaustif. Il vise à donner aux gestionnaires PJ des points de repère pratiques pour conseiller au mieux leurs assurés dans une procédure médico-légale.

Docteur Benoît RENNOTTE
Médecin de Recours
Gérant de « Expertises Médicales,
Défense et Recours »
E-Mail : info@expertisemedicale.be
Site Internet : www.expertisemedicale.be