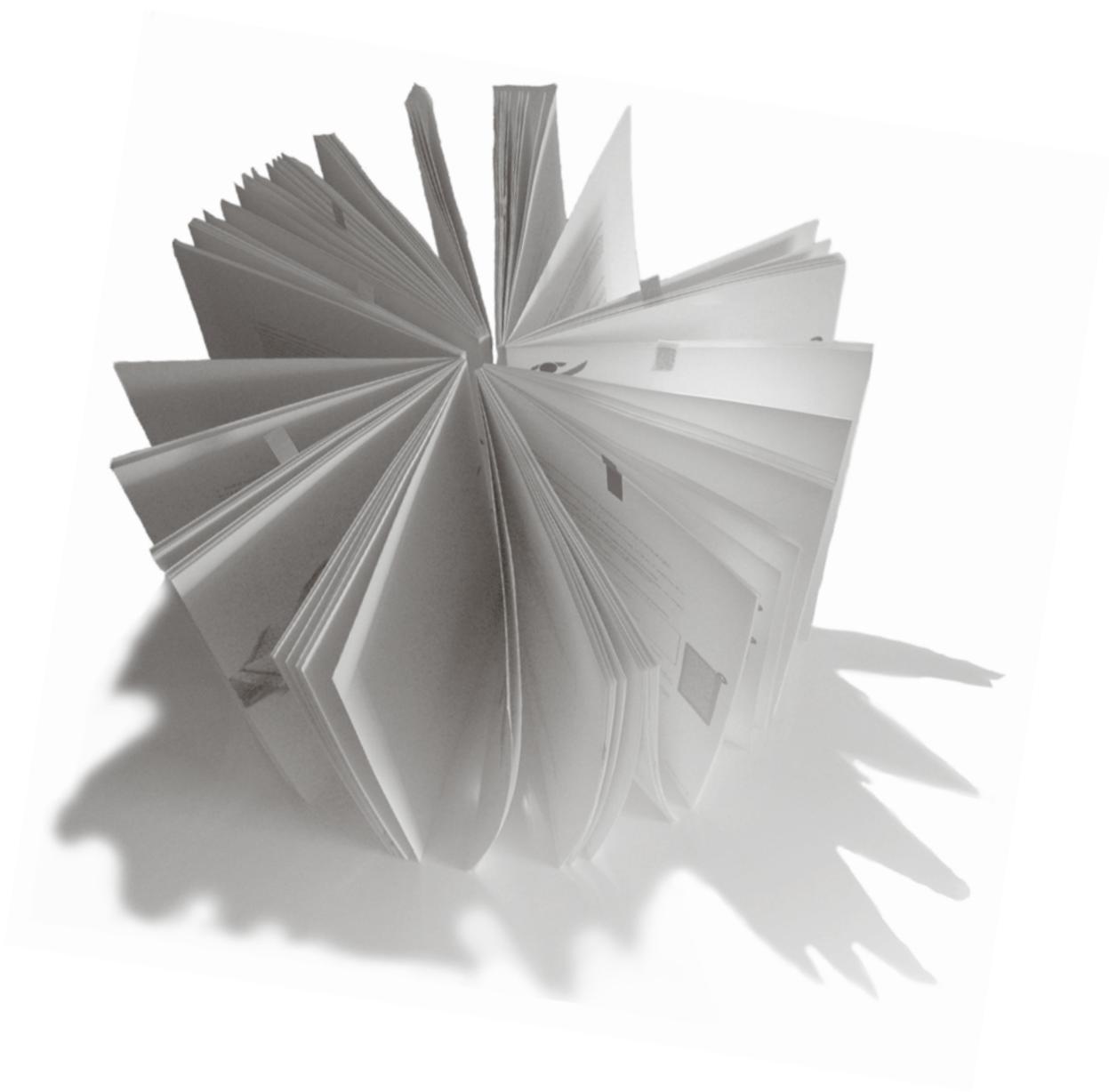


1^{re} Partie Études



Avant-propos

L'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 définit les critères que doit remplir l'assuré(e) pour pouvoir être reconnu(e) incapable de travailler dans l'assurance indemnités des travailleurs salariés. Toutefois, dans la pratique, de nombreuses imprécisions semblent exister concernant la façon dont cet article doit être appliqué : Comment la capacité de gain restante d'un(e) assuré(e) social(e) est-elle concrètement déterminée ? Quels sont les facteurs qui influencent cette capacité de gain ?

Ce texte a pour objectif de faire comprendre concrètement l'évaluation de l'incapacité de travail chez les travailleurs salariés et, parallèlement, de donner un aperçu de l'évolution de la jurisprudence en la matière.

Étude pratique de certains éléments jouant un rôle dans l'évaluation de l'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés

Par K. HOVE, attaché juriste, Service des indemnités INAMI

Généralités

Les critères déterminant si un assuré est reconnu ou non incapable de travailler dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés sont fixés à l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 :

“Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle”.

Pour être reconnu incapable de travailler, il faut par conséquent remplir les trois conditions cumulatives suivantes :

1. la cessation de toutes les activités
2. qui est la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels (le lien causal). En l'absence de lien causal, l'assuré se trouve dans une situation préexistante et il convient plutôt de faire une enquête dans le cadre de la législation relative aux personnes handicapées (compétence du SPF Sécurité sociale)
3. les lésions ou troubles fonctionnels entraînent une réduction de la capacité de gain à un taux égal ou inférieur à un tiers (il doit être question d'une incapacité de travail de minimum 66 %).

Le terme activité ne peut pas être confondu avec “travail” et “activité professionnelle”.

L'“activité” visée à l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 est toute occupation orientée vers la production de biens ou de services permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui, peu importe si cette activité est occasionnelle, voire même exceptionnelle, si elle est de minime importance ou faiblement rémunérée¹.

1. Trib. trav. Mons, 5^e chambre, 24.06.2004, JTT 2005/3, n° 907, pp. 44-46.

La réduction de la capacité de gain est évaluée à l'aide d'un "travailleur de référence". Ce travailleur de référence est une personne de même condition et de même formation dans les professions de référence, qui peuvent être scindées en deux catégories, à savoir :

- la catégorie de professions à laquelle appartient la dernière activité professionnelle exercée par l'assuré
- les différentes professions que l'assuré a exercées ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Le présent article a notamment pour objectif de mieux expliquer la problématique des professions de référence, afin de pouvoir servir de fil conducteur en cas de contestations concernant l'évaluation de la capacité de gain.

1. Quels éléments influencent la capacité de gain d'un assuré ?

L'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 énumère certains éléments qui doivent être examinés avant de pouvoir conclure à une réduction de la capacité de gain à un taux égal ou inférieur à un tiers.

Ces éléments d'évaluation sont les suivants² :

- a. la condition de l'assuré (pour éviter un déclassement social)
- b. ses antécédents médicaux
- c. sa formation
- d. la catégorie professionnelle à laquelle appartient l'activité professionnelle que l'intéressé exerçait au moment où il a été reconnu incapable de travailler
- e. les différentes professions qu'il a exercées ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

2. Qu'entend-on par catégorie professionnelle propre ?

La catégorie professionnelle propre de l'assuré est mesurée en fonction de la catégorie à laquelle appartient la dernière activité professionnelle exercée par l'assuré avant le début de son incapacité de travail. Ainsi, une assurée qui, jusqu'à son entrée en incapacité de travail, exerçait une activité en tant qu'infirmière A1 fera partie de la catégorie professionnelle de la main d'œuvre qualifiée.

La **catégorie professionnelle de la main d'œuvre qualifiée** comporte tant les activités physiques lourdes (p. ex. des tâches de soins telles que soulever et hisser des patients), que du travail purement administratif et intellectuel (p. ex. assurer le secrétariat d'un médecin, communiquer par écrit et oralement avec les patients, préparer l'équipe médicale, surveiller le schéma de prise de médicaments)³. Il y a par ailleurs une importante catégorie de main d'œuvre non qualifiée, à savoir des assurés sociaux qui n'ont pas suivi de formation ou qui ont suivi une formation limitée et dont le parcours professionnel est caractérisé en majeure partie par du travail lourd et non qualifié, par exemple dans le secteur de la construction ou du métal, dans l'horeca.

2. L. VERBRUGGEN, "Évaluation de l'incapacité de travail de catégories de professions spécifiques : application de l'art. 100, § 1^{er} de la loi coordonnée le 14.07.1994 (examen de la jurisprudence à partir de 1990)", B.I.-INAMI 2003/4, p. 466.

3. L. VERBRUGGEN, "Évaluation de l'incapacité de travail de catégories de professions spécifiques : application de l'art. 100, § 1^{er} de la loi coordonnée le 14.07.1994 (examen de la jurisprudence à partir de 1990)", B.I.-INAMI 2003/4, pp. 480-481.

Sont comprises dans cette catégorie les activités de maçon, de couturière, de femme de ménage, d'éboueur, de docker...

La Cour de cassation a estimé, dans deux arrêts du 17 mars 1980 (B.I.-INAMI 1980/4, p. 286) et du 26 février 1990 (B.I.-INAMI 1990/3, p. 205) qu'un travailleur salarié dont la dernière profession exercée reste limitée à l'exercice d'un travail lourd non qualifié ne peut pas être reconnu incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 s'il est encore capable d'effectuer un travail moyen ou léger, compatible avec son état de santé et ne requérant pas de qualification particulière.

Par travail physique léger pour un travailleur non qualifié, on entend des activités professionnelles légères qui ne requièrent pas de qualification spécifique et qui peuvent lui conférer une réelle capacité de gain, comme une activité de concierge, de préposé au vestiaire, de manutentionnaire/emballeur de petits colis⁴.

La **catégorie professionnelle de la main d'œuvre non qualifiée** ne comporte donc pas uniquement la dernière profession exercée par l'assuré social avant son incapacité de travail, mais aussi toutes les autres professions qui ne requièrent pas de qualification spécifique et qu'il est censé être capable d'exercer.

Il faut toujours évaluer au cas par cas ce qu'il convient de considérer comme une activité légère à laquelle un travailleur non qualifié est encore apte.

Ainsi, la Cour du travail d'Anvers a estimé, dans un arrêt du 23 octobre 2012 (R.G. 2012/AA/120, non publié) que la capacité d'un assuré social non qualifié souffrant de troubles fonctionnels au genou gauche doit être évaluée dans un groupe de professions qui lui sont accessibles. En tant qu'ouvrier non qualifié dans le secteur de la construction, l'intéressé est certainement apte à exercer un large éventail de professions ne nécessitant pas de qualification spécifique et dont font partie un certain nombre d'activités légères pour le genou avec des déplacements limités.

Le Tribunal du travail de Courtrai a estimé dans un jugement du 18 janvier 2012 (R.G. 10/1465/A ; non publié) qu'un assuré non qualifié souffrant de douleurs dorsales chroniques et de limitations mentales ne peut pas être reconnu incapable de travailler parce qu'il ne peut plus exercer d'activité lourde, sans avoir vérifié si l'incapacité de travail légalement requise existe aussi à l'égard de professions non qualifiées dans lesquelles aucun travail lourd n'est exécuté. Un assuré souffrant de limitations mentales et physiques ne pourra certes plus exercer de travail lourd, mais il doit néanmoins être considéré comme capable de travailler s'il apparaît qu'il peut encore travailler dans un atelier protégé.

Dans son arrêt du 11 février 2014 (R.G. 2013/AA/2), la Cour du travail d'Anvers a jugé que le fait que l'assuré ne soit plus capable d'exercer un travail physique lourd dans une profession non qualifiée ne suffit pas pour justifier l'invalidité requise si on n'a pas examiné si le degré d'incapacité légalement requis existe également à l'égard d'un travail non qualifié et physiquement léger.

Une assurée sociale qui, avant le début de son incapacité de travail, avait toujours été employée comme femme de ménage et comme couturière, et qui ne peut plus exercer cette dernière activité professionnelle en raison de douleurs à la nuque, au dos et aux épaules, doit être reconnue capable de travailler si elle peut encore effectuer un travail physique léger et qui ménage le dos⁵.

4. Trib. trav. Termonde, sect. d'Alost, 05.12.2013, R.G. 12/1140/A, non publié.

5. Trib. trav. Gand, 12.09.2013, R.G. 12/2355/A, non publié.

Si avant le début de son incapacité de travail, l'assuré social a toujours exercé un travail lourd pour le dos, il ne peut pas être reconnu incapable de travailler sur le simple fait qu'il ne peut plus exercer de travail lourd pour le dos⁶. Ainsi, le Tribunal du travail de Gand, section de Courtrai, a estimé, dans un jugement du 25 juin 2014, qu'une assurée qui a travaillé pendant des années dans le secteur social des soins aux personnes âgées et aux enfants ne peut pas continuer d'être reconnue incapable de travailler en raison de douleurs au dos et aux genoux, étant donné qu'il reste suffisamment d'emplois légers pour le dos disponibles dans ce secteur⁷. Un travail qui ménage le dos permet d'éviter les surcharges et diminue le risque de rechute⁸. L'assuré qui a été incapable de travailler pour cause de douleurs dorsales ne peut donc continuer d'être reconnu incapable de travailler que s'il est également inapte à exercer une activité légère pour le dos.

Lors de l'évaluation de la capacité d'un travailleur non qualifié à effectuer des activités physiques légères, on ne tient pas compte des chances réelles d'emploi qui lui sont offertes sur le marché du travail.

Un assuré peut donc uniquement être reconnu incapable de travailler si, outre sa propre profession, il ne peut exercer aucune des différentes professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

3. Quelles professions entend-on par "toutes les professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle"?

Selon la jurisprudence, l'évaluation doit se baser sur les possibilités réelles de travail de la personne concernée, sans qu'il ne puisse être question d'un déclassement social⁹. La formation professionnelle est l'ensemble des connaissances théoriques et pratiques d'une profession, d'une technique, elle peut exister sans diplôme, elle peut être acquise par la pratique professionnelle ; elle peut exister du fait d'études professionnelles uniquement ou du fait d'études clôturées par un diplôme, même si celles-ci n'ont pas été suivies d'une pratique professionnelle¹⁰. Elle peut également provenir du milieu social dans lequel l'assuré a été élevé¹¹.

En principe, toutes les formations professionnelles dont l'intéressé a bénéficié doivent être prises en considération dans le cadre de l'évaluation de la capacité de gain¹². L'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 étant par ailleurs d'Ordre public, il doit être interprété strictement. La formation professionnelle de l'assuré social est définie par les formations dont il pouvait se prévaloir au moment où il est entré en incapacité de travail¹³.

6. Trib. trav. Courtrai, 15.01.2014, A.R. 12/242/A, non publié.

7. Trib. trav. Gand, sect. de Courtrai, 25.06.2014, R.G. 12/1359/A, non publié.

8. Trib. trav. Courtrai, 22.01.2014, R.G. 51545.

9. Trib. trav. Courtrai, 13.11.2013, R.G. 11/2023/A, non publié.

10. C. trav. Mons, 14.04.1995, R.G. 12065 ; C. trav. Mons, 04.10.1995, 13020, inédit ; C. trav. Mons, 20.11.1991, JTT 1992, p. 153 ; C. trav. Mons, 06.01.1983, Bull. INAMI 1983, p. 257 ; C. trav. Mons, 01.02.1980, Bull. INAMI 1980, p. 334 ; GOSSERIES, P., "L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire", JTT 1997, n° 669, p. 87.

11. PALSTERMAN, P., "L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale", Soc. Kron. 2004, p. 309.

12. GOSSERIES, P., "L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire", JTT 1997, n° 669.

13. PALSTERMAN, P., "L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale", Soc. Kron. 2004, p. 306.

La notion de “formation professionnelle” comprend donc :

1. toutes les connaissances/compétences **théoriques**, professionnelles et techniques (au niveau éducatif, culturel et intellectuel) pour lesquelles l'assuré social a suivi une formation ou a obtenu un diplôme final et qu'il a également exercées dans la pratique. Dans ce cadre, l'assuré ne doit pas obligatoirement avoir terminé la formation avec un diplôme final ni avoir mis la formation en pratique
2. les compétences professionnelles pour lesquelles l'assuré social n'a jamais suivi de formation théorique ou obtenu de diplôme, mais qu'il a acquises **dans la pratique** par l'expérience
3. les formations ou compétences récentes dont l'assuré social pouvait se prévaloir au moment où il est entré en incapacité de travail
4. les formations professionnelles qui ont été suivies des années auparavant par l'assuré et qui nécessitent un certain rafraîchissement avant de pouvoir être exercées sur le marché du travail.

Jusqu'à présent, la jurisprudence et la doctrine ont toujours posé comme principe que la formation professionnelle suivie doit toujours être prise en compte dans l'évaluation, même si l'assuré n'a jamais exercé de profession correspondant à la formation ou même si cette formation a été suivie il y a très longtemps.

Seule une actualisation de la cette formation peut permettre d'exercer une profession correspondante dans la pratique¹⁴. L'absence d'expérience professionnelle associée au diplôme obtenu ou à la formation scolaire ne joue aucun rôle, même si la formation a été suivie il y a longtemps, pendant la carrière professionnelle ou avant le début de la carrière professionnelle¹⁵.

L'actualisation de compétences acquises antérieurement était en effet considérée comme un risque déjà couvert par l'assurance chômage et pas par l'assurance indemnités¹⁶. Il ne peut pas non plus être question d'un déclassement social par la prise en compte de cette formation¹⁷.

Vu que ces dernières années, on s'intéresse de plus en plus à l'activation des titulaires en incapacité de travail et à leur retour sur le marché du travail, un *consensus* se profile petit à petit sur le fait que ce point de vue doit être nuancé : il ne semble plus indiqué de tenir compte, dans le cadre de l'évaluation de la réduction de la capacité de gain, d'une formation professionnelle suivie longtemps auparavant, si cela doit entraîner une reconnaissance de capacité de travail d'un titulaire dont les connaissances de l'exercice d'une certaine profession sont à ce point dépassées, par exemple suite à une évolution technologique, que ce titulaire ne pourrait plus exercer cette profession dans la pratique. Une formation professionnelle non actualisée dans des catégories professionnelles fortement sujettes aux évolutions technologiques et sociales peut difficilement encore faire partie des professions de référence. Si les connaissances pour l'exercice d'une certaine profession, pour laquelle l'assuré a obtenu un diplôme, sont véritablement dépassées (p. ex. suite à l'évolution technologique), un retour réussi sur le marché du travail est quasiment exclu.

14. Trib. trav. Termonde, sect. de Saint-Nicolas, 28.05.2013, R.G. 11/834/A.

15. C. trav. Mons, 01.02.1980, Bull. INAMI, 1980, p. 334 ; Trib. trav. Namur, 20.12.2012, R.G. 05/127944/A ; C. trav. Mons, 27.06.2003, R.G. 16935 et Ph. GOSSERIES, "L'incapacité de travail des salariés et des indépendants en assurance indemnités obligatoire", op. cit., p. 77, sous n° 67 ; "Regards croisés sur la sécurité sociale", 2012, p. 281.

16. C. trav. Mons, 01.02.1980, Bull. INAMI, 1980, p. 334 ; C. trav. Mons, 06.01.1983, R.J. INAMI, 4.1.2, n° 26 ; C. trav. Liège, 18.12.1989, R.J. INAMI, 4.1.2, n° 52 ; C. trav. Gand, 17.09.1990, R.J. INAMI, 4.1.2, n° 59 ; C. trav. Bruxelles, 14.03.1991, R.J. INAMI, 4.1.2, n° 53 ; C. trav. Mons, 08.09.1994, R.J. INAMI, 4.1.2, n° 67 ; C. trav. Mons, 14.04.1995, R.J. INAMI, 4.1.2, n° 70 ; C. trav. Mons, 23.10.1998, R.J. INAMI, 4.1.2, n° 85, C. trav. Mons, 27.06.2003, B.I.-INAMI, 2003/4, p. 520.

17. Trib. trav. Namur, 20.12.2012, R.G. 05/127944/A.

Dans le même sens se pose la question de savoir s'il faut tenir compte, lors de l'évaluation de la capacité de gain, d'une profession exercée par un assuré longtemps auparavant. Ici aussi, les chances de réussite d'un retour sur le marché du travail peuvent être remises en question pour cette profession, d'autant plus quand il s'agit d'une profession qui évolue très rapidement (p. ex. comptable, informaticien, ingénieur et même secrétaire de direction). Petit à petit, une unanimité se dégage sur le fait que lors de l'évaluation de la capacité de gain, il ne peut donc pas non plus être tenu compte d'une profession qu'un assuré a exercée longtemps auparavant et pour laquelle il ne dispose plus des connaissances de bases nécessaires pour pouvoir l'exercer sur le marché du travail.

Bien que l'article 100, § 1^{er}, soit d'ordre public, et qu'une interprétation stricte s'impose, on ne peut pas ignorer les besoins sociaux qui amènent à éviter qu'un assuré soit exclu de l'assurance indemnités pour des motifs irréalistes.

Dans son arrêt du 11 octobre 2011 (R.G. 2010/AR/315, non publié), la Cour du travail de Gand a décidé que la reprise d'une activité professionnelle qui n'avait plus été exercée depuis 27 ans ou d'une nouvelle activité professionnelle ayant un rapport avec une formation professionnelle suivie auparavant doit être réalisable dans la pratique.

L'évaluation de la réduction de la capacité de gain de l'assuré doit être effectuée exclusivement à l'égard des professions réelles présentes sur le marché du travail. L'évaluation doit tenir compte des possibilités de travail réelles et existantes du travailleur, sans qu'il puisse être question de déclassement social¹⁸.

La question de savoir à partir de quand une formation professionnelle peut être considérée comme ayant été acquise longtemps auparavant ou de savoir quelles professions sont fortement sujettes aux évolutions doit être examinée raisonnablement et au cas par cas. On admet généralement que dès qu'un assuré ne possède plus les connaissances de base nécessaires pour pouvoir exercer une telle activité professionnelle et qu'il n'est pas non plus capable de les acquérir dans un délai relativement court, cette formation professionnelle ne peut plus faire office de profession de référence. La constatation qu'un certain groupe est sujet aux évolutions doit être évidente et fondée sur des motifs logiques. Prenons l'exemple d'une infirmière qui a suivi une formation en comptabilité il y a plus de 30 ans, mais qui ne l'a jamais mise en pratique. Vu que les notions de comptabilité sont fortement sujettes aux évolutions et qu'entre-temps, la profession a été informatisée, on peut admettre que cette assurée qui a suivi la formation il y a 30 ans n'est plus à même d'apprendre à exercer la profession de comptable dans un délai relativement court, de sorte que cette profession ne peut plus faire office de profession de référence dans le cas en question.

En résumé : l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée stipule que l'incapacité de travail doit être évaluée en tenant compte de toutes les professions qu'un assuré a ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle. Le fait que l'assuré ait obtenu un diplôme est d'ordre subsidiaire. Si l'assuré a acquis certaines connaissances dans la pratique - sans avoir obtenu de diplôme ou avoir terminé la formation - cette formation/activité professionnelle doit en principe être prise en considération comme profession de référence.

Dans le cas cependant où les connaissances qui ont été acquises de façon théorique ou dans la pratique pour l'exercice d'une profession sont à ce point dépassées que l'assuré social ne pourra plus exercer cette profession vu les évolutions (technologiques) sur le marché du travail, il n'est plus réaliste d'en tenir compte lors de l'évaluation de la capacité de gain en fonction des professions de référence. (Voir également circ. O.A. n° 2014/63 du 30.01.2014).

18. Trib. trav. Courtrai, 08.01.2014, R.G. 12/1109.

4. Incidence fonctionnelle de l'affection/la lésion sur la capacité de gain

Le monde médical connaît une importante controverse concernant l'origine et le mécanisme du syndrome de fatigue chronique (SFC) (origine biologique ou dérèglement de la physiologie du stress)¹⁹. Certains patients souffrant du SFC présentent des déficits cognitifs et d'autres, des troubles du sommeil. Cela doit chaque fois être examiné individuellement. Il n'existe à l'heure actuelle pas de tests objectifs permettant de poser le diagnostic du SFC. Cela n'empêche pas que l'on puisse démontrer des troubles chez certains patients, sans qu'ils n'aient une valeur diagnostique spécifique de SFC ou sans savoir si ils sont une cause ou une conséquence de l'affection²⁰. La capacité de travail résiduelle d'un assuré souffrant du SFC est déduite du tableau clinique de la personne concernée²¹. La fibromyalgie (douleurs musculaires) va également souvent de pair avec le SFC. Un certain courant de la jurisprudence estime que l'existence de la fibromyalgie n'est pas niée, mais que la seule façon d'aider l'assuré à améliorer son état de santé est de l'activer sur le marché régulier du travail, au besoin via une reprise progressive du travail²². Indépendamment de la question de savoir si l'affection du SFC/de la fibromyalgie peut ou non être diagnostiquée de façon objective et/ou peut entraîner une reconnaissance de l'incapacité de travail, l'accent doit être mis sur le fait que ce n'est pas la nature de l'affection qui est déterminante, mais bien la mesure dans laquelle la capacité de gain d'une personne est réduite à un tiers ou moins. Ce n'est donc pas parce qu'une personne a certaines plaintes qu'elle doit obligatoirement être reconnue incapable de travailler. La question qui doit se poser n'est donc pas de savoir si l'assuré social souffre ou non de cette affection, mais bien s'il est à même, avec les lésions et troubles fonctionnels dont il souffre, d'exercer un travail lui permettant de gagner plus d'un tiers de ce que peut gagner le travailleur de référence. Ce n'est pas l'invalidité physique ou la mesure dans laquelle l'intégrité physique ou psychique d'une personne est atteinte qui est déterminante, mais bien la mesure dans laquelle sa capacité de gain a été réduite suite au début ou à l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels²³. La capacité de gain doit être évaluée sur la base d'une analyse personnalisée de l'assuré social, au moyen de facteurs médicaux et personnels²⁴.

Des rapports médicaux qui attestent une incapacité de travail de plus de 66 %, mais qui mentionnent uniquement des plaintes de fatigue, sont insuffisants pour pouvoir donner lieu à une reconnaissance de l'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, du 26.09.2013, R.G. 2012/AH/325). Il n'est par contre pas obligatoire que les documents justificatifs fassent le lien entre, d'une part, la/les affection(s) médicale(s) de l'assuré et, d'autre part, leur incidence fonctionnelle sur le marché du travail, qui aboutit à un certain degré d'incapacité de travail.

19. C. trav. Bruxelles, 07.06.2012, R.G. 2011/AB/571.

20. C. trav. Anvers, 13.09.2011, R.G. 2010/AA/621.

21. Trib. trav. Termonde, sect. de Saint-Nicolas, 26.06.2012, R.G. 10/2015/A.

22. C. trav. Liège, sect. de Namur, 26.07.2011, R.G. 2011/27.

23. C. trav. Gand, 25.11.2002, Bull. INAMI 2003, éd. 1, p. 34.

24. C. trav. Liège, 09.09.1994, Soc. Kron., 1997, p. 181 ; C. trav. Gand, sect. de Gand, 03.10.2014, R.G. 2014/AG/4.

Cette incidence sur la capacité de gain doit être examinée concrètement, au cas par cas. Dans ce cadre, il est tenu compte notamment des antécédents médicaux et professionnels de l'intéressé ainsi que des formations qu'il a suivies dans le passé. Ainsi, la Cour du travail d'Anvers a estimé que si l'assuré, au moment de la date prévue dans la décision contestée du CMI, est reconnu incapable de travailler depuis plus de 6 mois, l'évaluation de l'incapacité de travail doit se faire en fonction du critère du "marché général du travail". Pour pouvoir conclure à une incapacité de travail de plus de 66 %, le médecin traitant doit expliquer son point de vue plus spécifiquement, au moyen de données médicales concluantes, vérifiables et objectivables et détailler pourquoi toute forme de travail sur le marché général du travail serait impossible. Il ne suffit pas que le médecin traitant mentionne de manière générale, dans une simple attestation, un SFC et une incapacité de travail y afférente de plus de 66 % sur le marché général du travail. Pour pouvoir être pertinente, cette attestation doit comporter de façon spécifique une description concrète des éléments médicaux et des plaintes objectivables, ainsi que leur incidence effective et concrète sur la capacité de travail²⁵.

La question qui se pose est de savoir si un assuré peut encore gagner plus d'un tiers de ce que pourrait gagner une personne en bonne santé avec la même qualification et la même formation et ce, dans son ancienne profession ainsi que dans les différentes professions de référence qu'il peut encore exercer, vu sa formation et son parcours professionnel²⁶. Cela explique pourquoi certains assurés qui souffrent du SFC ont continué à être reconnus en incapacité de travail, alors que d'autres sont exclus de l'assurance indemnités.

Voici à titre d'illustration quelques exemples issus de la jurisprudence :

Ce n'est pas parce que l'appelante présente différentes plaintes et souffre du SFC et de fibromyalgie qu'elle doit être déclarée incapable de travailler. Il convient d'examiner quelles activités professionnelles elle peut encore exercer et si, en raison de ses limitations, elle remplit les conditions fixées par la loi, en particulier si ses limitations entraînent une réduction de sa capacité de gain de 2/3 ou plus et si son incapacité de travail atteint plus de 66 % (C. trav. Gand, 03.01.2011, R.G. 2009/AG/390).

Dans un jugement du 4 septembre 2013,²⁷ le Tribunal du travail de Courtrai devait se prononcer sur le cas d'un assuré souffrant du SFC, qui a été traité pendant 6 ans par baxters et au moyen d'une thérapie médicamenteuse. L'intéressé n'avait cependant jamais suivi de rééducation par conditionnement aérobique et thérapie comportementale cognitive, qui constituent les deux piliers du traitement du SFC. Le Tribunal du travail en a conclu que les plaintes de l'intéressé n'étaient pas suffisamment graves pour qu'il puisse continuer d'être reconnu incapable de travailler à partir de la date contestée. La gravité des plaintes n'a pas donné lieu à une réduction de la capacité de gain de l'intéressé de plus de deux tiers.

Dans une autre affaire, le même Tribunal du travail a estimé qu'il était admis que l'état de santé de l'assurée fluctuait entre de bonnes et de mauvaises périodes et que la capacité de gain s'en trouvait à ce point atteinte qu'il lui était impossible de gagner durablement et efficacement un tiers de ce qu'une personne de référence, sans lésions ni troubles fonctionnels, pouvait gagner (Trib. trav. Courtrai, 08.01.2014, R.G. 12/1109). Il est plausible que l'état de santé de l'assurée fluctue, mais cela n'implique pas que l'intéressée doive toujours rester reconnue incapable de travailler. Dans ce sens, chaque examen médical doit être réalisé indépendamment du précédent. Le CMI doit toujours vérifier si la capacité de gain de l'intéressé est encore réduite à moins d'un tiers. Si l'état de santé de l'intéressé s'améliore, il convient d'en tenir compte, même s'il a été reconnu incapable de travailler pendant des années.

25. C. trav. Anvers, sect. d'Hasselt, 27.06.2013, R.G. 2012/AH/332.

26. C. trav. Gand, 25.11.2002, B.I.-INAMI 2003/1, p. 34.

27. Trib. trav. Courtrai, 04.09.2013, R.G. 11/1759/A.

Le Tribunal du travail²⁸ de Turnhout devait se prononcer sur une assurée qui souffrait du SFC et de douleurs musculaires généralisées et qui avait un grand besoin de contrôle et d'anticipation du danger. Il s'agissait d'une coiffeuse de formation de 46 ans, qui avait exercé cette profession pendant 7 ans et qui avait ensuite été employée dans une entreprise de transports pendant 6 mois, puis auprès d'une chaîne de magasins pendant 6 mois. Le tribunal du travail a décidé que - malgré un certain nombre de plaintes atypiques - l'intéressée ne présentait pas un degré d'incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

La Cour du travail de Gand s'est prononcée dans un arrêt du 18 février 2013²⁹ au sujet d'une assurée souffrant du SFC, d'intolérance au lactose et de fibromyalgie. Le test à l'effort montrait un résultat adéquat et il n'y avait pas d'anomalies au point de vue psychiatrique. La Cour du travail a décidé que l'assurée était incapable de travailler à moins de 66 %.

Le fait que l'assurée souffre du SFC n'implique pas nécessairement qu'elle répond aux conditions de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. C'est l'incidence fonctionnelle des plaintes sur la capacité de gain qui déterminera si l'intéressée peut rester reconnue incapable de travailler. La simple affirmation de l'assurée que des personnes qui souffrent du SFC ne peuvent plus faire d'efforts n'est pas prouvée et n'est pas scientifiquement fondée (C. trav. Gand, sect. de Bruges, 12.10.2012, R.G. 2008/AG/29). Le diagnostic du SFC ne peut pas être un sauf-conduit pour rester à charge de l'assurance maladie³⁰.

Ce n'est pas parce que l'intéressée présente différentes plaintes (intolérance au lactose, SFC avec composantes de fibromyalgie), qu'elle doit être déclarée incapable de travailler. Il faut en effet examiner quelles activités professionnelles elle peut encore exercer, si ses limitations entraînent une réduction de sa capacité de gain de 2/3 et si son incapacité de travail atteint plus de 66 %. (C. trav. Gand, sect. de Gand, du 18.02.2013, R.G. 2012/AG/154). Voir également Cour du travail de Gand, 3 janvier 2011, R.G. 2009/AG/390, non publié, et Tribunal du travail de Termonde, section d'Alost, du 12 février 2013, R.G. 09/1036.

Ce n'est pas parce que les diagnostics de SFC et de fibromyalgie sont retenus chez une personne que celle-ci doit par définition être considérée comme incapable de travailler dans l'assurance maladie. La notion d'incapacité de travail dans l'assurance maladie est par essence de nature économique. Ce n'est pas l'invalidité physiologique ou la mesure dans laquelle l'intégrité psychique et physique est atteinte qui sont déterminantes, mais bien la mesure dans laquelle la capacité de percevoir des revenus permettant d'assurer sa propre subsistance par l'exercice d'une activité est perdue ou est réduite (C. trav. Gand, sect. de Bruges, 18.01.2001, R.G. 2000/130). Voir également Tribunal du travail de Courtrai du 21 mars 2012, R.G. 10/1952/A.

5. Évaluation de l'incapacité de travail à l'égard d'un emploi à temps plein ou à temps partiel ?

Si un assuré a toujours été employé à temps partiel et tombe ensuite malade, on ne peut pas contester le fait que cet assuré doit être considéré comme apte s'il est constaté qu'il est capable de reprendre son activité à temps partiel. La question se pose de savoir ce qui se passe pour un assuré qui a toujours occupé un emploi à temps plein avant le début de sa maladie. Peut-il être déclaré capable de travailler dès qu'il est capable d'exercer à nouveau une activité à temps partiel ou doit-il continuer d'être reconnu incapable de travailler parce qu'il ne peut exercer qu'une activité à temps partiel ?

28. Trib. trav. Turnhout, 04.10.2013, A.R. 11/1422/A.

29. C. trav. Gand, 18.02.2013, R.G. 2012/AG/154.

30. Trib. trav. Courtrai, 04.09.2013, R.G. 11/843/A.

Selon le texte légal de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le fait de "devoir être capable de travailler à temps plein" ne constitue pas un critère pour l'évaluation de la capacité/l'incapacité de travail de l'assuré social. Ce point de vue est majoritairement suivi par la jurisprudence dans la partie néerlandophone du pays. L'article 100, § 1^{er}, ne stipule nulle part que l'assuré doit être capable de travailler à temps plein pour pouvoir être exclu de l'assurance maladie. Le fait d'être capable d'occuper un emploi à temps plein ne peut pas non plus constituer un critère pour la détermination de la capacité de gain de l'assuré social. L'exercice d'un travail à temps partiel ne peut en outre pas impliquer de déclassement, même si l'intéressé était employé à temps plein avant le début de son incapacité de travail³¹. L'assuré encore capable de gagner, par l'exercice d'une activité réduite ne comprenant pas une tâche journalière complète, au minimum un tiers de ce que gagnerait personne avec la même formation pour un emploi à temps plein, est considéré comme capable de travailler³².

Pour pouvoir être exclu de l'assurance maladie, il suffit que l'assuré social soit encore apte, malgré les lésions constatées, à exercer une forme de travail (p. ex. à temps partiel, non stressant) disponible et économiquement rentable, même si on peut admettre que trouver un tel travail sera problématique dans la pratique³³.

Le fait qu'un patient ne puisse plus exercer qu'une activité à temps partiel implique tout au plus qu'il a une capacité de gain écornée. Si cette activité à temps partiel lui permet encore de gagner au minimum un tiers de ce que peut gagner un travailleur comparable à temps plein, il ne peut plus être reconnu incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994³⁴. Quelqu'un qui peut par exemple encore travailler à mi-temps (50 %) n'est pas incapable de travailler³⁵. S'il ressort de l'examen clinique de l'assurée que son épilepsie est sous contrôle, que sa lésion au poignet est trop limitée pour entraîner une quelconque réduction de sa capacité de gain et qu'elle peut supporter le stress et la charge émotionnelle d'environ 2,5 heures de travail par jour, il faut conclure que les lésions et les troubles fonctionnels ne sont pas de nature à rendre impossible la capacité de gain dans toutes les professions à prendre en considération pour l'intéressée du fait de sa formation professionnelle³⁶.

Ainsi, le Tribunal du travail de Courtrai a estimé dans un jugement du 4 septembre 2013³⁷ que l'assurée ne pouvait plus être reconnue incapable de travailler en vertu de l'article 100, § 1^{er}, parce qu'elle était encore capable de travailler à mi-temps dans différentes professions, parmi lesquelles aide-cuisinière, aide dans un salon de coiffure, soins aux petits animaux domestiques, activités légères de montage.

Le fait que l'intéressée, en tenant compte de sa formation, ne peut plus effectuer de travail physique lourd à temps plein, n'aboutit pas à une reconnaissance de l'incapacité de travail conformément à l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée, vu que dans le cadre de cette loi, ce n'est pas à un expert de décider si l'assurée peut exercer sa dernière activité à temps plein à partir de la date contestée (C. trav. Anvers, 07.10.2013, R.G. 2013/AG/37). Si un assuré est encore capable de travailler à temps partiel, il doit être considéré comme capable de travailler et ne répond dès lors pas aux conditions de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994³⁸.

31. Trib. trav. Gand, 20.12.2012, R.G. 09/343/A, non publié.

32. Trib. trav. Termonde, sect. de Saint-Nicolas, 10.09.2013, R.G. 11/2643/A ; C. trav. Gand, sect. de Bruges, 07.10.1999, R.G. 99/131, Bull. INAMI 2003/59 ; Trib. trav. Charleroi, 22.03.1982, R.G. 18648

33. C. trav. Gand, 23.12.2013, R.G. 2012/AG/416.

34. Trib. trav. Anvers, 12.02.1999, R.G. 287.961, non publié ; Trib. trav. Anvers, 06.06.2003, R.G. 328.629 et C. trav. Gand, 04.09.2003, R.G. 2002/315, non publié.

35. Trib. trav. Courtrai, 04.09.2013, R.G. 11/843/A ; Trib. trav. Courtrai, 22.01.2014, R.G. 12/488/A ; Trib. trav. Courtrai, 05.02.2014, R.G. 12/917/A ; Trib. trav. Courtrai, 13.11.2013, R.G. 11/2023/A ; Trib. trav. Courtrai, 11.12.2013, R.G. 11/893/A.

36. Trib. trav. Courtrai, 05.02.2014, R.G. 12/917/A.

37. Trib. trav. Courtrai, 04.09.2013, R.G. 11/843/A.

38. C. trav. Gand, sect. de Bruges, 12.10.2012, R.G. 2008/AG/29 ; C. trav. Anvers, 26.11.2013, R.G. 2012/AA/828.

Il suffit que l'intéressée puisse exercer le travail à raison d'un tiers pour qu'elle soit considérée comme capable de travailler³⁹. S'il ressort de l'examen clinique que l'assuré n'est plus capable de travailler qu'à temps partiel, une telle constatation ne peut pas non plus donner lieu à une reconnaissance de l'incapacité de travail en vertu de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. L'article 100, § 2, de la loi AMI ne fait en effet pas référence à une réduction de la capacité de gain de l'intéressé, mais bien à une incapacité de travail physique ou psychique de plus de 50 %. L'évaluation dans le cadre de l'article 100, § 2, est uniquement une évaluation sur le plan médical. L'argument selon lequel la capacité de fonctionnement de l'assurée est atteinte à tel point qu'elle est incapable de reprendre son activité à temps plein ne change rien en la matière dans le cadre de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994⁴⁰.

Il faut donc faire une distinction claire entre l'évaluation de l'incapacité de travail conformément à l'article 100, § 1^{er}, qui contient une comparaison, à l'aide d'un travailleur de référence, avec les professions de référence que l'assuré est encore considéré pouvoir exercer et l'article 100, § 2, de la loi coordonnée susvisée, qui concerne une évaluation purement médicale, indépendamment des professions de référence. Ce n'est que si un travailleur exerce effectivement une activité autorisée par le médecin-conseil, que l'état de capacité de travail doit être évalué conformément à l'article 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Si l'assuré a déjà interrompu son activité autorisée au moment de l'examen médical du CMI, le degré d'incapacité de travail de l'intéressé doit être évalué conformément aux dispositions de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994⁴¹.

Jusqu'à ce jour, la partie francophone du pays voit cependant les choses différemment. Nous retrouvons ici la jurisprudence selon laquelle l'incapacité de travail au sens de l'article 100 doit être évaluée en fonction d'un emploi à temps plein⁴². Selon cette jurisprudence, un travailleur ne peut être considéré comme capable de travailler que s'il est apte à exercer un travail à temps plein dans une de ses professions de référence. Il n'existe à notre avis aucune base légale qui soutient une telle interprétation.

Toutefois, dans un arrêt novateur du 18 mai 2015, la Cour de cassation francophone⁴³ met fin à la contradiction dans la jurisprudence entre l'interprétation néerlandophone et francophone de la question de savoir si la capacité de gain réduite doit être évaluée en fonction d'un emploi à temps plein ou à temps partiel. Dans l'arrêt précité, la Cour de cassation a en effet décidé que le volume de travail n'est pas en soi un critère légal au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, et que la capacité de gain d'une personne qui ne peut travailler que quelques heures par jour n'est donc pas nécessairement réduite à moins d'un tiers pour ses professions de référence.

Pour déterminer la capacité de gain restante, il ne faut pas uniquement tenir compte des professions exercées à temps plein mais également de toutes les activités professionnelles que l'intéressé pourrait exercer à temps partiel, qu'il ait été occupé à temps plein ou à temps partiel avant son incapacité de travail.

Ce faisant, la partie du pays francophone se rallie à l'interprétation de la jurisprudence néerlandophone, ce qui permet ainsi de créer une uniformité sur ce point. Une initiative que nous ne pouvons que saluer.

39. Trib. trav. Courtrai, 04.09.2013, R.G. 11/843/A ; Trib. trav. Courtrai, 13.11.2013, R.G. 11/2023/A ; Trib. trav. Courtrai, 18.04.2012, R.G. 10/2138/A.

40. Trib. trav. Termonde, sect. de Saint-Nicolas, 26.11.2013, R.G. 11/2449/A.

41. Trib. trav. Termonde, sect. de Saint-Nicolas, 12.02.2014, R.G. 11/2180/A.

42. C. trav. Bruxelles, 20.01.2011, R.G. 2010/AB/170 ; C. trav. Bruxelles, 07.01.2010, R.G. 2008/AB/51523.

43. Cass., 18.05.2015, R.G. S.13.0012.F.

En guise de conclusion, on peut donc dire que pour l'évaluation de l'incapacité de travail, ce n'est pas le volume de travail que l'intéressé peut encore exercer qui est important, mais bien le fait qu'il soit encore capable de subvenir suffisamment à ses besoins. Il est donc important de se demander si l'intéressé est encore capable de gagner au moins 1/3 de ce que peut gagner une personne en bonne santé de même condition et avec la même formation professionnelle pour un emploi dans sa catégorie professionnelle et sur le marché général du travail.

6. Une reprise du travail, indiquée pour des raisons purement thérapeutiques, peut-elle donner lieu à une déclaration de capacité de travail ?

Il est possible qu'un médecin expert estime qu'une reprise du travail est indiquée chez un assuré pour des raisons purement thérapeutiques. Mais vu que ceci n'apparaît pas comme un critère légal à l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, une telle constatation ne peut pas entraîner une déclaration de capacité de travail dans le chef de l'assuré.

Un assuré peut uniquement être déclaré capable de travailler – et donc être exclu de l'assurance indemnités sur la base de l'article 100, § 1^{er} - dans la mesure où sa capacité de gain n'a plus été réduite à un tiers ou moins d'un tiers.

Pourtant, une certaine jurisprudence semble accepter la déclaration de capacité de travail pour des raisons thérapeutiques, en contradiction avec les termes de l'article 100, § 1^{er}. Ainsi, le Tribunal du travail d'Anvers a estimé, dans un jugement du 10 décembre 2013 (R.G. 12/4618/A), à l'égard d'un assuré souffrant de douleurs dégénératives du dos et de la nuque, de dépression chronique avec alcoolisme et hépatomégalie et d'une perte auditive, que ces affections n'entraînent pas une incapacité de travail de plus de 66 % par rapport au marché général du travail et que la participation progressive et accompagnée au processus de travail sera utile d'un point de vue thérapeutique.

7. Incidence du suivi/de l'arrêt/de la fin d'une thérapie sur l'évaluation de l'incapacité de travail

L'évaluation de la capacité de gain doit en principe se faire en fonction de la capacité réelle de gain dont l'assuré social dispose et pas en fonction de la capacité de gain qu'il pourrait atteindre en suivant un traitement adéquat⁴⁴. Un assuré ne peut en effet pas être contraint de suivre un traitement. Une certaine nuance apparaît toutefois dans la jurisprudence.

Bien que l'assuré ne puisse pas être contraint de suivre un certain traitement pour son affection, la jurisprudence part du principe que l'assuré dont l'incapacité de travail est reconnue est tenu de travailler activement à son processus de guérison, afin de pouvoir reprendre le plus rapidement possible son rôle dans la société. La passivité n'est pas une thérapie⁴⁵. Cela implique que si l'assuré est invité par son médecin traitant à suivre une séance de thérapie qui peut considérablement améliorer son état de santé, et qu'il ne le fait pas, il court le risque d'être exclu de l'assurance indemnités au motif qu'il adopterait une attitude attentiste.

44. C. trav. Liège, sect. de Namur, Chr.D.S. 2013, p. 534.

45. Trib. trav. Courtrai, 21.03.2012, R.G. 10/1642/A.

Selon le Tribunal du travail de Courtrai, pour pouvoir continuer à être reconnu incapable de travailler, l'assuré doit montrer de sa volonté d'améliorer son état de santé. S'il est constaté que l'assurée a arrêté de prendre ses médicaments parce qu'elle a peur de prendre du poids et qu'elle a mis fin à une hospitalisation pendant laquelle des médicaments lui étaient administrés par voie intraveineuse parce qu'elle voulait absolument s'occuper de sa fille, il y a lieu de douter de sa volonté d'améliorer sa situation. Elle ne répond donc pas aux conditions de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994⁴⁶. Le Tribunal du travail de Hasselt a décidé que s'il ressort du dossier de l'assuré qu'aucune thérapie ou solution ne sont proposées pour son affection, et qu'il s'agit plutôt chaque fois de faire réattester les plaintes pour un contrôle, il convient de conclure que l'intéressé est capable de travailler⁴⁷. Ainsi, le Tribunal du travail de Bruxelles a estimé, dans un jugement du 14 juin 2013⁴⁸, que si les documents médicaux présentés par l'intéressé font mention de toutes sortes de plaintes et symptômes dans le chef de l'intéressé, sans être accompagnés d'un traitement effectif, l'assuré en question doit être considéré comme capable de travailler. Dans un jugement du 19 décembre 2013⁴⁹, le Tribunal du travail de Hasselt s'est prononcé au sujet d'un assuré souffrant de fatigue, de troubles de la concentration et de troubles compulsifs. Son psychiatre lui avait conseillé de suivre un traitement psychologique avec des entretiens réguliers mais il s'est avéré dans les faits que l'intéressé n'avait pas commencé cet accompagnement. Le Tribunal du travail a estimé qu'il fallait conclure à une attitude attentiste dans le chef de l'intéressé, de sorte qu'il ne pouvait plus être reconnu incapable de travailler. Une autre affaire concernait un assuré qui se plaignait de douleurs dorsales chroniques, mais qui n'avait apporté aucune attestation d'un médecin traitant montrant qu'il suivait/avait suivi des traitements afin de tenir ses douleurs dorsales sous contrôle ; cet assuré ne pouvait donc plus, selon le Tribunal du travail de Hasselt, être reconnu incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994⁵⁰. Le même tribunal du travail a estimé que s'il ressort d'une attestation médicale du médecin traitant qu'un assuré souffrant du SFC et de fibromyalgie a mis fin à son traitement, lequel était nécessaire à son processus de guérison, il convient de conclure que l'intéressé n'est plus incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994⁵¹. Le même tribunal du travail a constaté, dans un jugement du 20 mars 2014⁵², que, dans une attestation médicale du médecin traitant de l'assuré, il était fait mention du fait que l'assuré allait suivre un programme de rééducation fonctionnelle dans un hôpital en raison de ses graves problèmes de fatigue physique. Dans une attestation ultérieure, datée de 3 mois après l'attestation précédente, ce même médecin faisait de nouveau référence au programme de rééducation fonctionnelle à suivre. Le tribunal du travail en a conclu que les plaintes de l'intéressé n'étaient pas assez graves pour reconnaître une incapacité de travail de plus de 66 % par rapport au marché général du travail.

46. Trib. trav. Hasselt, 16.01.2014, R.G. 213/1871.

47. Trib. trav. Tongres, 10.03.2014, R.G. 13/1592/A.

48. Trib. trav. Tongres, 14.10.2013, R.G. 13/372/A.

49. Trib. trav. Hasselt, 19.12.2013, A.R. 213/1654.

50. Trib. trav. Hasselt, 09.01.2014, R.G. 213/1827.

51. Trib. trav. Hasselt, 09.01.2014, R.G. 213/1832.

52. Trib. trav. Hasselt, 20.03.2014, R.G. 13/2861/A.

Autre jurisprudence dans le même sens : s'il ressort des pièces au dossier que l'intéressé n'est pas en traitement pour les graves problèmes psychiques dont il souffre, il ne peut plus être reconnu incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994⁵³. S'il ressort des faits que les traitements de l'intéressée pour ses troubles psychiatriques ont été très peu intensifs au fil des ans (une consultation par an chez un psychiatre, quelques consultations psychologiques) et non spécifiques (médication inchangée d'une légère dose de tranquillisant en guise de somnifère), celle-ci ne peut pas être reconnue incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994⁵⁴. La simple constatation que l'assurée est encore en traitement régulier auprès de son médecin traitant (environ 2 fois toutes les 3 semaines) et qu'elle suit deux fois par semaine un traitement de kinésithérapie, ne prouve en aucun cas que sa capacité de gain est réduite de plus de deux tiers à partir de la date de la décision contestée⁵⁵. Si une assurée souffrant de fibromyalgie, du SFC et de douleurs à cause de varices ne suit plus de rééducation fonctionnelle intensive pour ses problèmes et n'a plus l'intention de le faire, il n'y a pas de raison de continuer à la déclarer incapable de travailler dans sa catégorie professionnelle⁵⁶. À l'égard d'un assuré qui aurait présenté pendant 5 ans des troubles dépressifs, alors qu'il n'apparaît nulle part dans le dossier qu'il suit/a suivi un traitement psychiatrique, il convient de conclure que cet assuré ne répond pas aux conditions de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994⁵⁷. S'il ressort des pièces au dossier que le traitement de l'assuré souffrant d'une dépression se limite à une visite bimestrielle chez le médecin généraliste pour une thérapie par l'entretien, il y a lieu de conclure que l'assurée est capable de travailler au motif de l'absence d'un traitement spécifique⁵⁸. Dans le même sens, la Cour du travail d'Anvers a estimé que la simple constatation que l'assuré suit un traitement de kinésithérapie deux fois par semaine ne prouve aucunement que sa capacité de gain est réduite de plus de deux tiers⁵⁹. Les troubles d'un assuré dont la jeunesse a été difficile en raison d'abus sexuel, et qui sont liés à une problématique de la personnalité (borderline), n'entraînent pas une incapacité de travail de longue durée ou permanente s'il n'y a jamais eu d'hospitalisation psychiatrique ou de traitement de jour pour la problématique psychique d'abus sexuel⁶⁰.

À l'égard d'un assuré souffrant de douleurs dorsales chroniques, le tribunal du travail a conclu que, vu que dans la période comprise entre la décision d'exclusion et la nouvelle reconnaissance de l'incapacité de travail, il n'y a eu aucun traitement actif et que les constatations cliniques étaient assez favorables, l'intéressé ne présentait pas, pendant cette période intermédiaire, de taux d'incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994⁶¹. S'il ressort des pièces du dossier médical que l'assuré n'a pas suivi le traitement proposé par le médecin traitant et qu'il a également mis fin au traitement qu'il suivait chez l'ostéopathe, il faut en conclure que l'intéressé n'est pas réellement disposé à remédier à son incapacité. Il ne peut dès lors pas continuer à être reconnu incapable de travailler au sens de l'assurance indemnités⁶². Si le rapport médical présenté par l'assuré pour justifier son incapacité de travail fait référence à l'impossibilité de suivre certaines formes de rééducation fonctionnelle, cet assuré est reconnu capable de travailler s'il ne montre pas en outre que d'autres formes de rééducation fonctionnelle sont également impossibles pour lui⁶³.

53. Trib. trav. Furnes, 23.02.2012, R.G. 09/551/A.

54. C. trav. Bruxelles, 26.06.2014, R.G. 2013/AB/740.

55. C. trav. Anvers, sect. d'Anvers, 10.06.2014, R.G. 2013/AA/480.

56. Trib. trav. Turnhout, 10.01.2014, R.G. 10/1993/A.

57. Trib. trav. Hasselt, 03.10.2013, R.G. 213/1073.

58. C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, 20.03.2014, R.G. 2013/AH/174.

59. C. trav. Anvers, 10.06.2014, R.G. 2013/AA/480.

60. Trib. trav. Hasselt, 10.01.2014, R.G. 213/1832.

61. Trib. trav. Turnhout, 08.11.2013, R.G. 10/2036/A.

62. C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, 07.03.2014, R.G. 2011/AH/313.

63. C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, 10.03.2014, R.G. 2013/AH/164.

Il ressort de cette jurisprudence que si les attestations médicales mentionnent une pathologie grave, alors qu'aucun traitement intensif n'a été suivi pour la soigner ou que l'assuré ne fait aucune démarche pour travailler à son processus de guérison afin de pouvoir reprendre le plus rapidement possible son rôle au sein de la société, cet assuré ne peut plus être reconnu incapable de travailler. Il ne fournit de cette façon pas suffisamment la preuve de la persistance de son état d'incapacité de travail. Un assuré ne peut continuer d'être reconnu incapable de travailler que s'il a fait tout ce qui était en son pouvoir pour travailler à son processus de guérison, mais que le traitement est resté vain. D'autre part, il est logique que des patients en phase terminale, dont l'état de santé est sans espoir, ne peuvent pas être contraints de suivre des traitements alternatifs. L'obligation de suivre un traitement déterminé ne peut par conséquent être imposée qu'à un assuré dont on admet avec certitude ou selon toute vraisemblance que ce traitement sera couronné de succès et aura des conséquences favorables sur son état de santé. D'autre part, ce n'est pas parce qu'un assuré suit une thérapie ou un traitement qu'il s'ensuit *ipso facto* que cet assuré est incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. S'il ressort des pièces du dossier que les constatations cliniques de l'assuré qui suit un traitement sont favorables et/ou qu'il est capable de reprendre une activité à temps partiel moyennant un important effort supplémentaire⁶⁴, l'intéressé doit être reconnu capable de travailler.

En bref, le fait qu'un assuré social suive un traitement bien déterminé n'implique pas automatiquement que sa capacité de gain est réduite à moins d'un tiers. Par exemple, si un assuré ne se rend qu'une fois par quinzaine chez son psychologue pour des entretiens, on peut difficilement juger que sa capacité de gain est réduite à moins d'un tiers par rapport au marché général du travail. Par ailleurs, le fait qu'un assuré social ne suive pas de traitement n'implique pas automatiquement qu'il est capable de travailler.

Un assuré social ne peut en effet jamais être contraint de suivre un traitement particulier. Mais on attend de lui qu'il collabore activement à son processus de guérison et, s'il refuse de suivre un traitement particulier, cela peut être une indication que l'assuré social est capable de travailler. Cela doit toujours être examiné concrètement, au cas par cas. Ainsi, un assuré social dont le traitement n'a que des chances très ténues de réussir et qui refuse de suivre un tel traitement ne doit pas être considéré comme capable de travailler.

8. Impact de facteurs socioéconomiques sur l'incapacité de travail

À plusieurs reprises, le Tribunal a confirmé que des facteurs socioéconomiques ne jouaient aucun rôle dans l'évaluation d'un degré d'incapacité de travail⁶⁵. Le manque de formation (professionnelle), l'expérience professionnelle limitée ou l'âge par exemple sont autant d'éléments qui peuvent avoir un impact sur les éventuelles chances de réinsertion d'un assuré sur le marché du travail et qui, dès lors, font partie des critères propres à l'assurance chômage. Le fait qu'un assuré n'a plus exercé de profession pendant une longue période ne suffit pas pour considérer le degré d'incapacité de travail comme étant permanent⁶⁶. L'assurance indemnités couvre uniquement le risque de maladie. Des difficultés autres que purement corporelles à se réinsérer dans le milieu du travail n'ont aucun rapport avec le risque couvert par l'assurance maladie-invalidité et ne peuvent donc pas entrer en ligne de compte pour l'évaluation de l'incapacité de travail.

64. Trib. trav. Courtrai, sect. de Courtrai, 04.09.2013, R.G. 11/843/A.

65. D. SIMOENS, "Ziekteverzekering, tak uitkeringen : wetgeving en rechtspraak, in "Ontwikkeling van de sociale zekerheid 1990-1996"", D. SIMOENS et J. PUT, "Die Keure", 1996, p. 420.

66. C. trav. Mons, 19.02.2013, B.I.-INAMI 2005/1, p. 18.

La notion d'incapacité de travail dans l'assurance maladie-invalidité est, par essence, de nature économique, étant entendu que les possibilités/difficultés de trouver dans la pratique un emploi pour lequel on dispose de capacités ne peuvent être prises en considération lors de l'évaluation de l'incapacité de travail (C. trav. Gand, 25.11. 2002, B.I.-INAMI 2003, p. 34).

Ainsi, la Cour du travail de Mons a décidé, dans un arrêt du 7 avril 1989 que l'indisponibilité d'un emploi adapté sur le marché du travail constituait un risque social pris en charge par l'assurance chômage⁶⁷. Dans le même sens, la Cour du travail de Liège a décidé, dans un arrêt du 23 octobre 1990, que ce n'étaient pas les perspectives d'emploi qui sont déterminantes lors de l'évaluation de la diminution de la capacité de gain dans le cadre de la loi relative à la maladie mais bien la capacité physique à exercer des activités⁶⁸.

La Cour du travail de Bruxelles a jugé, dans un arrêt du 21 janvier 1999⁶⁹, que, dans l'assurance maladie-invalidité, la capacité du travailleur à exercer une certaine activité professionnelle uniquement devait être évaluée et pas les possibilités réelles de recrutement qui pourraient lui être proposées étant donné que l'assurance maladie-invalidité couvre un autre risque social que l'assurance chômage invoquée pour faire face au manque de travail. "On tient compte d'un marché de l'emploi idéal. On sait bien qu'il ne correspond pas à la réalité, mais la distance entre l'idéal et la réalité n'est pas couverte par l'assurance maladie"⁷⁰. Le fait que les réelles possibilités de travail pour que l'assuré soient inexistantes, vu son niveau de scolarité, son âge (une disponibilité moins flexible), les contraintes linguistiques, le climat économique actuel défavorable, la diminution de rendement dans certaines activités en raisons de lésions ou de troubles fonctionnels, ne jouent aucun rôle lors de l'évaluation de l'incapacité de travail⁷¹. Le fait que l'assurée, avant le début de son incapacité de travail, a travaillé de façon ininterrompue (pas de congé de maladie) chez son employeur pendant 20 ans, et le fait que, vu le niveau de sa fonction dans le système bancaire, elle ne pourrait plus être préposée dans sa fonction professionnelle spécialisée, ne constituent pas, en droit, d'éléments pour prolonger la reconnaissance de son incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994⁷².

Le contexte économique et la conjoncture ne peuvent être pris en considération lors de l'évaluation de l'incapacité de travail d'une personne. En effet, le contexte économique qui rend incertain le reclassement social d'une personne ne relève pas de l'assurance maladie-invalidité mais de l'assurance chômage.⁷³

Dans un arrêt du 23 octobre 2012⁷⁴ la Cour du travail de Bruxelles a décidé que le fait que l'intéressé a moins de perspectives sur le marché du travail vu son trouble fonctionnel au genou gauche et vu sa formation scolaire et professionnelle (secteur de la construction) limitée est recevable mais n'entraîne pas une incapacité de travail conformément à l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Dans le cadre de l'assurance indemnités, seule doit être évaluée la capacité du travailleur à exercer ou non une certaine activité professionnelle au sein d'un groupe de professions accessibles et pas les perspectives d'emploi effectives qui lui sont proposées sur le marché du travail.

67. C. trav. Mons, 07.04.1989, JTT 1989, p. 472.

68. C. trav. Liège, 23.10.1990, JTT 1991, p. 243.

69. C. trav. Bruxelles, 21.01.1999, Bull. INAMI 1999, p. 33.

70. P. PALSTERMAN, "L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale", Soc. Kron. 2004, p. 309.

71. C. trav. Anvers, 23.03.2010, R.G. 2009/AA/135.

72. C. trav. Bruxelles, 26.06.2014, R.G. 2013/AB/740.

73. Trib. trav. Termonde, sect. de Saint-Nicolas, 26.11.2013, R.G. 12/253/A.

74. C. trav. Anvers, 23.10.2012, R.G. 2012/AA/120.

9. La réadaptation professionnelle (réhabilitation professionnelle et réorientation professionnelle)

Dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés, il existe, outre le système de la reprise du travail autorisée (art. 100, § 2, de la loi coordonnée du 14.07.1994) un autre système qui tend à réintégrer l'assuré sur le marché du travail, à savoir le système de la "réadaptation professionnelle". Ce système tend à restaurer intégralement ou partiellement la capacité de travail subsistante d'un assuré (réhabilitation professionnelle) ou à la valoriser (réorientation professionnelle) en vue de l'intégration complète de l'intéressé dans un environnement de travail (Circ. O.A. n° 2014/143 du 18.03.2014 relative à la réinsertion socioprofessionnelle dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés). Depuis le 1^{er} juillet 2009, le Conseil médical de l'invalidité (Service des indemnités) est compétent pour la prise en charge de programmes de réadaptation professionnelle (art. 109 de la loi coordonnée du 14.07.1994 ; art. 215^{quater} de l'A.R. du 03.07.1996).

La réhabilitation professionnelle est destinée à l'assuré social qui, à terme, sera apte à exercer une de ses professions de référence moyennant un rafraîchissement ou une actualisation de ses connaissances ou compétences (qu'il a perdues du fait qu'il n'exerce plus depuis longtemps son activité professionnelle de référence).

La réorientation professionnelle est destinée aux personnes qui ne sont plus aptes à exercer leur dernière profession et qui ne peuvent non plus exercer une de leurs anciennes professions de référence. Ces personnes "incapables de travailler" peuvent se recycler dans une nouvelle profession par l'apprentissage de nouvelles compétences professionnelles.

Le processus de réadaptation comporte 3 phases :

1. la phase d'orientation
2. la phase de formation
3. la phase de réinsertion ou d'évaluation.

La "phase d'orientation" peut être lancée de manière autonome par le médecin-conseil s'il n'a pas encore de perception précise de la nécessité de la réadaptation et des possibilités de réadaptation chez l'assuré social. Le médecin-conseil dressera en première instance l'inventaire des compétences et des capacités de l'assuré en procédant à/en demandant un examen d'orientation de l'assuré.

Moyennant l'accord de l'assuré, le médecin-conseil peut, dans le cadre d'un programme classique de réhabilitation professionnelle, demander un examen d'orientation professionnelle auprès d'un psychologue ou d'un centre spécialisé. Une autorisation préalable de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité (CSCMI) n'est pas requise. Les résultats de cet examen sont ensuite transmis au médecin-conseil. Une autorisation de la CSCMI n'est pas non plus requise lorsque le médecin-conseil, en concertation avec l'assuré, introduit, dans le cadre d'un contrat de collaboration, une demande de module d'orientation auprès d'un service régional de l'emploi et de la formation. Le médecin-conseil complète le formulaire d'inscription. Ensuite, le service en question entamera un module d'orientation avec l'assuré. Les résultats de cet examen sont ensuite transmis au médecin-conseil. Après l'orientation, le médecin-conseil soumettra sa demande de réadaptation ou de prise en charge à la CSCMI, accompagnée de la note de frais et du rapport. Dans le cadre d'un contrat de collaboration, le médecin-conseil doit transmettre les conclusions de l'examen d'orientation à la CSCMI, pour information. Si le médecin-conseil perçoit clairement quelles sont les possibilités de réadaptation et s'il ne doit par conséquent pas (ou ne souhaite pas) préalablement effectuer d'examen supplémentaire, il introduira sa demande de réadaptation immédiatement auprès du CMI (sans examen d'orientation préalable).

La deuxième phase est la “phase de formation”. Le médecin-conseil discute de la proposition de formation avec l’assuré. Ensuite, il introduit la demande de prise en charge de la formation auprès de la CSCMI. LA CSCMI évaluera si l’intéressé remplit effectivement les critères de réadaptation professionnelle. En cas de doute concernant la nécessité de suivre une formation, des informations supplémentaires seront demandées au médecin-conseil. En cas de doute concernant l’incapacité de travail de l’intéressé, celui-ci sera convoqué pour une évaluation devant la Commission régionale.

Si la Commission supérieure n’est pas d’accord avec la proposition du médecin-conseil, les coûts liés au programme de formation ne peuvent pas être pris en charge par l’INAMI.

En revanche, si la Commission supérieure est d’accord avec la proposition du médecin-conseil et l’approuve, l’assuré peut entamer sa formation.

La décision d’approbation de la demande de prise en charge de la formation est signifiée à l’assuré et à l’organisme assureur. La CSCMI approuve la demande pour une période déterminée. Au terme de cette période, le médecin-conseil doit à chaque fois introduire une demande de prolongation de cette approbation jusqu’à ce que l’assuré ait accompli la totalité de sa formation.

Des changements dans le trajet peuvent également intervenir en cours de formation. Dans ce cas, il faudra examiner si ces changements ne requièrent pas une nouvelle demande. Une nouvelle demande sera nécessaire si le changement concerne une autre formation et/ou un autre centre de formation. Si le changement concerne plutôt les dates et/ou les périodes, les coûts, les horaires de cours, des frais supplémentaires, une nouvelle demande n’est pas nécessaire.

La troisième phase est la “phase de réinsertion”. La période de réinsertion commence le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel la formation s’est terminée. Elle dure 6 mois au maximum. Au cours de cette phase, le médecin-conseil surveille l’assuré dans sa recherche d’un emploi en vue de sa réinsertion sur le marché du travail. Le médecin-conseil peut, pendant cette période, convoquer l’intéressé en vue d’une réévaluation de sa capacité/de son incapacité de travail sur la base des anciennes compétences. Au terme de la phase de réinsertion, la capacité/l’incapacité de travail de l’assuré est à nouveau évaluée en fonction des nouvelles capacités acquises au cours de la formation.

Le médecin-conseil rédige ensuite un rapport d’évaluation qu’il transmettra à la CSCMI.

Si l’intéressé est médicalement apte à exercer une de ses professions de référence, il faut mettre fin à son incapacité de travail conformément à l’article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. L’aide à la réinsertion sur le marché du travail ou dans le cadre d’un recyclage (pour une mise à jour de la matière) lui sera alors fournie soit par l’employeur, soit par les instances de chômage.

Comme déjà dit précédemment, des professions fictives, illusoires, qui ont entre-temps disparu du marché du travail ou qui sont inexistantes ou tombées en désuétude ainsi que les professions impossibles à exercer (en raison de l’évolution sociale ou technologique) n’entrent pas en ligne de compte comme professions de référence.⁷⁵

75. Ph. GOSSERIES, “Assurance maladie-invalidité obligatoire – La réduction de la capacité de gain de 66% au moins – Sa portée, ses limites, ses exigences”, op. cit., sous n° 31 ; C. trav. Liège, sect. Namur, 04.02.2003, R.G. 7076/2002 ; C. travail Liège, 04.11.1994, Chr. D.S. 1997, 181 ; P. PALSTERMAN, “L’incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale”, Soc. Kron. 2004, p. 309 ; Circ. O.A. n° 2014/143 du 18.03.2014 ; Circ. O.A. n° 2014/63 du 30.01.2014.

10. Mentions faites dans les attestations médicales et qui sont utilisées comme preuve d'incapacité de travail par l'assuré social :

Il est également important d'examiner quelles mentions les attestations médicales présentées par l'assuré doivent contenir pour convaincre. Une attestation médicale présentée par l'assuré qui mentionne que l'intéressé a une incapacité de travail supérieure à 66 % au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 mais qui au niveau du contenu constate uniquement que l'intéressé n'est plus en état d'exercer le travail qu'il exerçait auparavant, ne suffit pas pour réfuter une décision d'exclusion de l'assuré de l'assurance indemnités. Des attestations médicales qui mentionnent une impossibilité de travailler chez l'assuré sans que cette impossibilité puisse d'une quelconque manière être confrontée à l'ensemble des professions pour lesquelles l'intéressé entre encore en ligne de compte sont également insuffisantes pour réfuter une décision d'exclusion prise par le Conseil médical de l'invalidité.⁷⁶

Si un expert judiciaire est désigné en cours de contentieux, l'assuré social devra fournir des preuves plus tangibles pour pouvoir démontrer une incapacité de travail supérieure à 66 %.

Dans la pratique, on constate en effet que le fait que l'assuré social et ses médecins traitants ont une opinion différente de celle de l'expert judiciaire n'a pas pour autant pour conséquence de mettre en doute les constatations de l'expert. Les rapports médicaux produits par l'assuré concernant de nouveaux examens techniques subis mais qui concordent avec les rapports et les examens médicaux déjà transmis à l'expert judiciaire lors de la rédaction de son rapport, et dont il a pris connaissance au moment de sa prise de décision, ne sont pas de nature à infirmer la décision de l'expert⁷⁷. Les rapports médicaux qui contiennent une autre appréciation de l'incapacité de travail de l'intéressé mais qui ne comportent pas d'éléments inconnus de l'expert ne suffisent pas pour écarter le rapport d'expertise.⁷⁸ La raison réside dans le caractère objectif de l'expertise. En effet, si une expertise est ordonnée, le but est de prendre, sur la base de l'avis de l'expert, indépendamment des parties, une décision sur la contestation issue des avis divergents du médecin traitant de l'assuré et de l'INAMI. Dès lors, le jugement de l'expert indépendant désigné prévaut sur ce que les médecins traitants d'une des parties attestent⁷⁹. Il convient cependant de nuancer quelque peu. L'avis de l'expert ne peut être considéré comme étant contradictoire, scientifiquement fondé et correctement motivé qu'à partir du moment où il a émis son avis après examen clinique de l'assuré, après avoir pris connaissance de toutes les pièces médicales et remarques formulées par les parties et auxquelles il a répondu de manière motivée et complète⁸⁰. Le fait que certaines attestations ne sont pas jointes en annexe au rapport d'expertise n'implique cependant pas que l'expert n'a pas examiné ces pièces. Les droits de la défense n'en sont pour autant pas lésés⁸¹. Les rapports médicaux produits par un assuré qui sont une simple répétition de rapports médicaux antérieurs dont l'expert a déjà tenu compte ne sont pas de nature à réfuter la décision de l'expert⁸².

76. C. trav. Bruxelles, 06.11.2014, R.G. 2014/AB/149.

77. C. trav. Anvers, 17.06.2014, R.G. 2013/AA/542.

78. C. trav. Bruxelles, 19.12.2013, R.G. 2013/AB/103.

79. C. trav. Gand, 07.12.2009, R.G. 2008/AG/280 ; Trib. trav. Termonde, sect. de Saint-Nicolas, 11.02.2014, R.G. 12/1450/A.

80. C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, 21.03.2014, R.G. 2011/AH/334.

81. Trib. trav. Hasselt, 21.03.2013, R.G. 211/2739.

82. C. trav. Anvers, 13.09.2011, R.G. 2010/AA/621.

11. Dans quels cas un rapport d'expertise peut-il être écarté ?

Pour pouvoir contester avec succès un rapport d'expertise, l'assuré social doit déposer un rapport médical motivé qui, de préférence, émane d'un médecin qui n'est pas le médecin traitant et qui explique pourquoi les constatations de l'expert désigné par le Tribunal ou la Cour ne peuvent être suivies. Ce rapport doit par ailleurs faire référence aux critères d'appréciation relatifs à l'incapacité de travail tels que fixés dans l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994⁸³. Il ne suffit pas que l'intéressé produise de nouvelles pièces qui n'avaient pas été portées à la connaissance de l'expert et du juge. Il faut que l'assuré prouve en détail pourquoi l'expert ne peut être suivi dans ses conclusions - les pièces doivent indiquer des erreurs d'appréciation de la part de l'expert - en faisant référence à tous les critères légaux de l'article 100, § 1^{er} : les pièces médicales doivent évaluer tant les critères médicaux (affections) et les critères professionnels (dernière profession exercée et toutes les professions possibles ou qui auraient pu être possibles compte tenu de la formation professionnelle) que la capacité de gain réduite, en vertu de la loi, par rapport aux deux catégories de professions de référence⁸⁴.

12. De quelle manière une décision d'exclusion du Conseil médical de l'invalidité peut-elle être réfutée ?

Des attestations générales, telles que des formulaires standard préimprimés où quelques rubriques ont été cochées et qui comportent par ailleurs encore quelques mentions supplémentaires, ne suffisent pas⁸⁵. Il est important que les attestations médicales que l'intéressé produit pour étayer son incapacité de travail portent sur son état de santé au moment de la décision contestée. Des attestations qui ne portent pas sur l'évaluation de l'incapacité de travail au moment de la décision contestée ne sont pas pertinentes⁸⁶. Des attestations médicales qui ne comportent aucune mention utile en matière d'incapacité à la date pertinente, à savoir la date de la décision contestée, ne peuvent être utilisées pour étayer l'incapacité de travail⁸⁷.

Ainsi, des attestations médicales dont la date est très postérieure à la date de la décision contestée (c.-à-d. plus de 3 mois après la date de la décision contestée si celle-ci concerne une exclusion de l'invalidité) et qui décrivent l'état de santé actuel de l'assuré, ne seront d'aucune utilité pour l'évaluation de l'incapacité de travail au moment de la décision contestée. Une attestation médicale qui décrit l'état de santé actuel ne fournit en effet pas d'informations pertinentes concernant l'éventuelle incapacité au moment de la décision contestée⁸⁸. Une attestation médicale qui date de plusieurs années après la décision contestée porte manifestement sur l'état de santé de l'assuré social à ce moment précis et ne se prononce donc pas sur l'état de santé au moment de la décision contestée⁸⁹.

83. C. trav. Bruxelles, 06.11.2014, R.G. 2014/AB/83.

84. Trib. trav. Turnhout, 04.10.2013, R.G. 10/2163/A.

85. C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, 07.03.2014, R.G. 2011/AH/313.

86. C. trav. Gand, 02.12.2013, R.G. 2013/AG/121 ; C. trav. Bruxelles, 30.05.2013, R.G. 51545.

87. C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, 07.03.2014, R.G. 2011/AH/313.

88. C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, 14.10.2013, R.G. 2012/AH/302 ; C. trav. Gand, 09.12.2013, R.G. 2012/AG/408.

89. C. trav. Bruxelles, 30.05.2013, R.G. 2008/AB/51545 ; C. trav. Gand, 09.12.2013, R.G. 2012/AG/408.

Une attestation médicale mentionnant qu'il y a eu chez l'assuré, au cours de la période précédente, une aggravation du tableau clinique ne permet pas de conclure que le pourcentage d'incapacité de travail de 66 % se manifestait aussi au moment de la décision contestée⁹⁰. Il ne peut être tenu compte de nouveaux troubles fonctionnels invoqués pour l'évaluation de l'incapacité de travail s'il n'en a pas été fait mention au moment de la décision contestée, ni pendant la séance d'expertise et/ou après l'envoi du rapport d'expertise provisoire⁹¹.

L'évaluation de l'incapacité de travail doit concerner l'état physique de l'assuré au moment de la décision contestée. L'expert désigné par le Tribunal ou la Cour doit ensuite rendre son avis compte tenu de sa propre expertise et des documents médicaux qui étaient alors disponibles. Il se peut que la situation de l'assuré social se soit par la suite aggravée mais cela ne porte pas atteinte à la décision contestée. Rien n'empêche cependant l'intéressé de faire une nouvelle déclaration d'incapacité de travail s'il estime que son état de santé s'est aggravé et si une incapacité de travail de plus de 66 % est désormais présente⁹². En cas d'intervalle de plus de 3 mois entre le dernier jour de la reconnaissance de l'incapacité de travail et l'apparition de la nouvelle incapacité de travail, l'intéressé se trouve éventuellement dans une situation d'incapacité primaire où la décision finale concernant sa reconnaissance ou non incombe exclusivement au médecin-conseil de la mutualité⁹³. Une attestation médicale qui ne mentionne pas de pourcentage d'incapacité à la date de la décision contestée n'est pas utile pour l'évaluation de l'incapacité de travail⁹⁴. Une attestation de circonstance, c'est-à-dire un rapport ou une attestation destiné(e) à l'assuré et qui sera utilisé(e) en justice, rédigée à la demande de l'assuré, ne peut ébranler une décision d'exclusion par le CMI de l'assuré, de l'assurance maladie⁹⁵.

À l'instar des attestations médicales datant bien au-delà de la date de la décision contestée ne sont pas pertinentes, les attestations médicales datant d'avant la décision contestée ne seront pas non plus valables pour l'évaluation de l'incapacité de travail au moment de la décision contestée et, par conséquent, elles ne pourront être utilisées comme preuves pour démontrer que l'assuré a également une incapacité de travail supérieure à 66 % depuis la décision contestée⁹⁶. Ces attestations décrivent en effet l'état de santé de l'intéressé au cours d'une période où il était encore reconnu incapable de travailler et où cette incapacité de travail n'était donc pas contestée. Le fait d'avoir un jour été reconnu incapable de travailler ne signifie pas que cette incapacité doit demeurer illimitée dans le temps. En ce sens, chaque examen médical est indépendant de la situation antérieure. C'est l'évaluation de l'incapacité de travail à un moment déterminé en fonction de l'état de santé de l'intéressé à ce moment-là qui est importante⁹⁷. Celui qui, à tort ou à raison, a par le passé été reconnu en incapacité de travail pendant une longue période n'acquiert pas de ce fait un droit permanent à la reconnaissance de son incapacité de travail. Une ancienne reconnaissance de l'incapacité de travail ne génère pas de conséquences utiles pour une période suivante⁹⁸. Ainsi, la Cour du travail de Gand, section de Bruges a jugé dans un arrêt du 5 juin 2014 qu'aucun droit acquis ne pouvait être puisé d'une ancienne reconnaissance d'incapacité de travail pour la même affection⁹⁹. Le droit aux indemnités de maladie n'est jamais acquis définitivement et peut toujours être confronté aux conditions légales¹⁰⁰. L'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relève en effet de l'ordre public¹⁰¹.

90. C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, 14.10.2013, R.G. 2012/AH/302.

91. C. trav. Anvers, 15.03.2012, R.G. 2011/AA/336.

92. Trib. trav. Courtrai, 21.09.2011, R.G. 09/2107/A.

93. Trib. trav. Termonde, sect. de Alost, 14.10.2013, R.G. 10/2265/A.

94. C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, 14.10.2013, R.G. 2012/AH/302.

95. C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, 10.03.2014, R.G. 2013/AH/171.

96. Trib. trav. Hasselt, 13.02.2014, R.G. 213/2482 ; Trib. trav. Audenarde, 24.06.2013, R.G. 11/271/A ; Trib. trav. Anvers, 25.02.2014, R.G. 12/388/A ; C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, 17.12.2013, R.G. 2010/AH/346.

97. Trib. trav. Anvers, 14.01.2013, R.G. 10/8293/A.

98. C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, 17.12.2013, R.G. 2040317.

99. C. trav. Gand, sect. de Bruges, 05.06.2014, R.G. 2013/AR/180.

100. Trib. trav. Courtrai, 21.03.2012, R.G. 10/1952/A.

101. C. trav. Gand, sect. de Bruges, 05.06.2014, R.G. 2013/AR/180.

Si, lors d'un examen médical ultérieur, il est constaté que l'assuré ne remplit plus les conditions légales pour pouvoir être déclaré incapable de travailler, il doit être exclu de l'assurance indemnités.

Le principe selon lequel, dans le cadre de l'assurance indemnités, il ne peut être question d'incapacité de travail définitive est une jurisprudence immuable. La base en est fixée dans un arrêt de la Cour de cassation du 3 mai 1993 : Une incapacité de travail peut à tout moment faire l'objet d'une nouvelle évaluation par les instances médicales compétentes (soit le médecin-conseil de la mutualité, soit le CMI).

Ceci explique aussi pourquoi un assuré doit se tenir à la disposition d'un nouvel examen médical et pourquoi il doit informer sa mutualité s'il séjourne provisoirement à l'étranger (p. ex. s'il est en vacances). Il en découle également que le Tribunal du travail peut fixer la durée de l'incapacité de travail, sans dépasser la durée de la procédure. Le Tribunal du travail ne peut reconnaître l'incapacité de travail pour l'avenir (*ad futurum*) car il porterait préjudice à la compétence légale qu'ont le médecin-conseil et le CMI de revoir à tout moment le degré d'incapacité de travail.¹⁰²

13. Incapacité de travail dans l'assurance indemnité vs incapacité de travail dans la législation relative aux contrats de travail

Du fait que l'assurance indemnités ne prévoit pas de notion d'incapacité définitive, celle-ci diffère de la loi relative aux contrats de travail. En effet, la jurisprudence accepte la force majeure pour raisons médicales dans le cadre de la loi sur les contrats de travail lorsque le travailleur se trouve définitivement dans l'impossibilité totale d'exercer le travail faisant l'objet du contrat. En vertu de l'article 58 de la loi relative aux contrats de travail du 3 juillet 1978, il est question de force majeure médicale pouvant entraîner la rupture du contrat de travail lorsque le travailleur est incapable de travailler de manière ininterrompue pendant plus de six mois. Pour l'évaluation de l'incapacité de travail dans une période d'invalidité, il n'est pas seulement tenu compte de la dernière activité professionnelle exercée (fixée contractuellement) mais aussi de la possibilité d'exercer d'autres professions du fait de la carrière professionnelle de l'assuré et de sa formation professionnelle¹⁰³. Le fait que le médecin du travail de l'employeur estime que l'intéressé n'est plus capable d'exercer l'activité professionnelle convenue contractuellement ne constitue donc pas une preuve de l'existence d'un degré d'incapacité de travail suffisant au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994¹⁰⁴. Une attestation médicale produite par l'assuré mentionnant qu'il est définitivement incapable à au moins 66 % d'exercer le travail convenue contractuellement et ce pour des raisons médicales graves ne peut donc pas aboutir à la conclusion selon laquelle l'intéressé est incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994¹⁰⁵.

102. C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, 20.12.2012, R.G. 2012/AH/92.

103. Cass., 17.03.1980, B.I.-INAMI, 1980, p.286 ; RW, 1980-1981, p.1420 ; R.R. INAMI, 4.1, n° 7 ; Cass., 02.04.1990, RW 1990-1991, p. 560

104. C. trav. Anvers, 03.06.2003, R.G. 2020182, non publié ; Trib. trav. Nivelles, 10.09.1996, R.G. 1760/N/93, non publié ; Cass., 05.01.1981, JTT 1981, p.184 ; Cass., 13.03.1989, RW 1989-1990, p.46 et Cass., 02.10.2000, RW 2000-2001, p. 1457.

105. Trib. trav. Louvain, 05.07.2013, R.G. 12/1300/A

14. Incapacité de travail dans l'assurance indemnité vs incapacité de travail dans la législation relative aux contrats de travail

Lorsqu'un patient s'est vu signifier un certain pourcentage d'incapacité de travail dans le cadre de la législation relative aux accidents de travail, il y est parfois fait référence par le médecin-conseil dans les rapports médicaux établis pour le Tribunal dans un litige relatif à la reconnaissance de l'incapacité de travail conformément à l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Il convient de faire remarquer à ce propos que contrairement à la législation relative aux accidents de travail, l'assurance indemnités ne fait nullement mention d'"incapacité de travail partielle". Des degrés et classes d'incapacité de travail ne sont pas non plus mentionnées dans l'assurance indemnités. L'assurance indemnités n'établit pas non plus de distinction entre l'incapacité de travail temporaire et l'incapacité de travail permanente. Il n'est donc pas logique, dans le cadre de l'assurance indemnités, de baser la fixation d'un degré d'incapacité de travail simplement sur le pourcentage obtenu dans le cadre de la législation relative aux accidents de travail. En dépit des différents critères d'évaluation dans les deux législations, la jurisprudence accepte néanmoins que le pourcentage d'incapacité de travail accordé dans la législation relative aux accidents de travail puisse donner une indication concernant la capacité ou non du patient à exercer quand même une ancienne ou une autre profession.

Dans un jugement du 22 mai 2012, le Tribunal du travail de Louvain a conclu qu'il n'est pas admissible qu'une personne reconnue incapable de travailler à raison de 5 % dans le cadre de la législation relative aux accidents de travail soit, pour la même période, reconnue incapable de travailler à raison de 66 % dans le cadre de l'article 100 de la loi relative à l'assurance maladie¹⁰⁶. Dans un jugement du 10 juin 2014, le Tribunal du travail de Gand, section de Saint-Nicolas, a conclu que, si dans un arrêt rendu par la Cour du travail dans le cadre d'une procédure opposant l'assurance accidents de travail il est apparu que les lésions de l'assuré peuvent être considérées comme consolidées sans incapacité restante, cet assuré ne peut alors pas non plus être reconnu incapable de travailler dans le cadre de la loi du 14 juillet 1994¹⁰⁷.

La même règle vaut pour le pourcentage d'incapacité de travail accordé dans le cadre de l'assurance relative aux maladies professionnelles et de l'assurance "droit commun".¹⁰⁸

Par ailleurs, la jurisprudence a également jugé que des rapports médicaux ne comportant que des propositions de poursuite du traitement de l'assuré ne sont pas de nature à réfuter la décision du CMI d'exclure l'assuré de l'assurance indemnités¹⁰⁹. Des documents médicaux concernant uniquement des visites médicales de l'intéressé chez son médecin traitant après avoir réfuté le rapport d'expertise sont insuffisants pour contester le rapport d'expertise¹¹⁰. Des attestations médicales contenant essentiellement des rapports d'examens médicaux sans autres explications ne sont pas non plus utiles pour l'évaluation de l'incapacité de travail¹¹¹. Des attestations médicales décrivant essentiellement des problèmes et des expériences traumatiques de l'intéressé (plusieurs divorces, décès d'un membre de la famille) sont insuffisantes pour pouvoir être reconnu incapable de travailler¹¹².

106. Trib. trav. Louvain, 22.05.2012, R.G. 04/2616.

107. Trib. trav. Gand, sect. de Saint-Nicolas, 10.06.2014, R.G. 12/2672/A.

108. C. trav. Gand, 05.12.1997, R.G. 365/95, non publié.

109. C. trav. Anvers, 15.03.2012, R.G. 2011/AA/336 et C. trav. Anvers, 10.12.2013, R.G. 2012/AA/734.

110. C. trav. Anvers, 28.06.2011, R.G. 2010/AA/586.

111. C. trav. Bruxelles, 30.05.2014, R.G. 51545.

112. Trib. trav. Tongres, 09.09.2013, R.G. 12/93/A.

Des attestations médicales faisant référence à des facteurs psychosociaux mais ne déclarant pas de limitations cliniques à la suite desquelles l'intéressé serait incapable de travailler sont insuffisantes pour pouvoir conclure que l'assuré est incapable de travailler à plus de 66 % par rapport au marché général du travail¹¹³.

Conclusion

L'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 est un article de loi complexe. Son application évolue en fonction des besoins et valeurs sociétaux et reçoit dès lors une connotation quelque peu plus sociale. La thèse selon laquelle une profession ne peut plus être prise en considération comme profession de référence si les connaissances théoriques ou pratiques acquises pour l'exercice de cette profession sont à ce point dépassées que l'assuré social ne pourra quand même plus exercer cette profession vu les évolutions (technologiques) sur le marché du travail, est nouvelle mais elle se rallie parallèlement à la jurisprudence constante selon laquelle il ne peut être tenu compte de professions fictives. Par ailleurs, le cadre dans lequel cet article a été rédigé et sa formulation stricte ne permettent pas une application très large de l'article 100. Il ne peut en effet pas être porté atteinte au domaine et aux compétences de l'assurance chômage et de la loi relative aux accidents de travail. Les magistrats ont donc pour tâche particulière d'y veiller. Ils devront, à la lumière des faits et sur la base des critères légaux précités, examiner si un assuré peut être reconnu ou non incapable de travailler.

113. C. trav. Anvers, sect. de Hasselt, 21.11.2013, R.G. 2013/AH/43.