QUAND LE TRAVAIL BLESSE

QUELS DROITS ? QUELLES DÉMARCHES EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL ?



L'atelier DES DROITS SOCIAUX

NE 0455-569-804

Août 2026

La réglementation sociale évolue fréquemment.

Si vous ne possédez pas une édition récente de cette publication,

nous vous recommandons de vérifier

auprès de nos services que les informations qu'elle contient

sont toujours à jour *avant de les utiliser.*

https://ladds.be

Conformément aux recommandations de la FWB dans le cadre de notre objet social et notre agrément en tant qu'organisme d'éducation permanente, tous nos outils pédagogiques se doivent d'être rédigés dans un langage accessible à tous et toutes. Dans ce sens et conformément à ces recommandations, nos écrits ne recourent donc ni aux doublets abrégés, ni aux néologismes.
Nous cherchons cependant des compromis harmonieux, au fil de nos textes, afin de favoriser la légitime reconnaissance de la place de toutes et tous dans nos textes.

Ce texte a été rédigé par **Carla DOS SANTOS RODRIGUES**

La reproduction de cette brochure n'est autorisée qu'avec l'accord de l'association et moyennant la citation de la source

Table des matières

Glossaire 3

INTRODUCTION 4

Chapitre 1 : Qu'est-ce qu'un accident du travail ?

A. Qui est concerné ? 6

B. La définition légale de l'accident 7

1. La notion d'évènement soudain 7
2. La notion de lésion 8

C. Qu'est-ce qu'un accident du travail ? 9

1. L'accident survenu dans le cours de l'exécution du contrat 9
2. L'accident survenu par le fait de l'exécution du contrat 10

D. Qu'est-ce qu'un accident sur le chemin du travail ? 11

1. Le trajet protégé 11
2. Les détours et interruptions 12
3. Les situations expressément assimilées 13

E. Les présomptions prévues par la loi 13

1. Lien entre l'évènement soudain et la lésion 13
2. Lien entre l'accident et l'exécution du contrat de travail 14

F. Comment prouver l'accident ? 14

Chapitre 2 : Que faire en cas d'accident du travail ?

A. Les obligations du travailleur 15

1. Signaler l'accident 15
2. Le certificat médical de premier constat 16
3. La communication avec la mutuelle 17

B. Les obligations de l'employeur 18

1. Souscrire une assurance accident du travail 18
2. Déclarer l'accident 18

C. Les différents types d'accidents 19
1. Les accidents bénins 19
2. Les accidents non graves 20
3. Les accidents graves 20

D. Les obligations de l'entreprise d'assurance 22
1. Le traitement de la déclaration d'accident 22
2. La décision de l'assureur 22
3. Payer les indemnités 24
4. La conclusion de l'accord-indemnité 25

Chapitre 3 : L'indemnisation de l'accident du travail et la capacité de travail de la victime

A. Qu'est-ce qui est pris en charge ? 28
1. Les frais médicaux 28
2. Les frais de déplacement 29
3. L'assistance d'une tierce personne 29
4. L'indemnité en cas d'incapacité temporaire 30
5. La rente en cas d'incapacité de travail permanente 31
6. Les frais funéraires 31

B. L'incapacité de travail 32
1. L'incapacité de travail temporaire 32
2. L'incapacité de travail permanente 33

C. Le décès du travailleur 34
1. Les ayants droits 34
2. L'allocation de décès 36

Rappel de quelques conseils 37

CONCLUSION 38

Attention :

Cette brochure traite uniquement des accidents du travail dans le secteur privé. Les accidents du travail dans le secteur public sont soumis à une législation différente et ne sont donc pas abordés dans cette publication.



Glossaire

Assureur-loi : le terme d'assureur-loi désigne l'assureur auprès duquel l'employeur a souscrit un contrat d'assurance contre les accidents du travail. C'est cet assureur qui indemnise le travailleur lors de la survenance d'un accident du travail.

Médecin-conseil de l'assureur : il s'agit d'un médecin qui intervient pour le compte de la compagnie d'assurance afin d'évaluer les conséquences médicales d'un accident du travail. Il examine notamment les lésions de la victime, apprécie son incapacité de travail et, le cas échéant, détermine le taux d'incapacité permanente.

Médecin-conseil de la victime : il s'agit d'un médecin choisi par la victime pour l'assister dans l'évaluation des conséquences médicales de son accident du travail. Il analyse les lésions, les incapacités et les séquelles éventuelles afin de défendre au mieux les intérêts de la victime dans le cadre de l'indemnisation.

Fedris : il s'agit de l'Agence fédérale des risques professionnels. Cette institution contrôle le respect de la législation par les assureurs accidents du travail et peut intervenir pour indemniser les victimes lorsque l'employeur n'a pas souscrit d'assurance contre les accidents du travail.

Introduction

Chaque année, des centaines de milliers de travailleurs sont victimes d'un accident du travail en Belgique. Selon les données les plus récentes publiées par Fedris, 193 968 accidents du travail ont été déclarés en 2024[1]. Ce chiffre est déjà considérable. Pourtant, il ne reflète qu'une partie de la réalité. En effet, les statistiques officielles ne recensent que les accidents qui ont effectivement été déclarés par l'employeur. Les situations de travail non déclaré ou les accidents qui ne sont pas signalés échappent à ces chiffres. Comme souvent en matière de risques professionnels, les statistiques visibles ne représentent que la partie émergée de l'iceberg. Ces chiffres rappellent toutefois que le travail, loin d'être uniquement un moyen de gagner sa vie, peut aussi mettre en danger la santé, l'intégrité physique et parfois même la vie des travailleurs.

Les accidents du travail sont souvent présentés comme des événements imprévisibles, malheureux ou exceptionnels. Pourtant, ils ne sont pas le fruit du hasard. Ils s'inscrivent dans un contexte marqué par des choix économiques, des méthodes de gestion, des contraintes de productivité, des politiques de prévention plus ou moins ambitieuses et des conditions de travail parfois difficiles. Derrière chaque accident se pose donc une question collective : dans quelle mesure les risques liés au travail sont-ils acceptés, prévenus ou transférés sur celles et ceux qui les subissent ?

L'existence d'un régime spécifique de réparation des accidents du travail est le résultat d'une longue évolution historique. Au cours du XIX^{e} siècle, avec le développement de l'industrie et la mécanisation croissante des activités de production, les accidents sur les lieux de travail se sont multipliés. Les travailleurs blessés disposaient alors de peu de moyens pour obtenir réparation. Ils devaient généralement démontrer une faute de leur employeur, ce qui s'avérait extrêmement difficile dans la pratique. Face à cette situation, le législateur a progressivement développé un système fondé sur la théorie du risque professionnel. Selon cette logique, l'employeur, en organisant le travail et en exposant les travailleurs à certains risques, doit assumer les conséquences des accidents qui surviennent dans le cadre de l'exécution du travail.

Ce principe demeure aujourd'hui au cœur du système belge des accidents du travail. Les employeurs sont tenus de souscrire une assurance obligatoire auprès d'un assureur agréé, communément appelé « assureur-loi ». Lorsqu'un accident du travail survient, cet assureur est chargé d'intervenir afin d'indemniser la victime selon les règles prévues par la loi.

1. Rapport statistique 2024 – Accidents du travail dans le secteur privé et public disponible sur https://www.fedris.be/sites/default/files/upload/documents/FR/Statistiques/AT%20priv%C3%A9%20public/2024/Rapport%20annuel%202024%20pour%20le%20secteur%20priv%C3%A9%20et%20public.pdf

Ce système constitue indéniablement une avancée sociale majeure. Cependant, l'existence de ce système ne signifie pas qu'il soit exempt de critiques. Si le régime belge est souvent présenté comme relativement protecteur en comparaison avec ceux d'autres pays, son fonctionnement soulève de nombreuses interrogations.

La présente brochure a donc pour objectif de fournir aux travailleurs des informations pratiques et juridiques leur permettant de mieux comprendre leurs droits et les mécanismes de protection prévus par la législation belge. Elle vise également à leur donner les outils nécessaires pour réagir efficacement lorsqu'un accident survient, constituer les preuves utiles et accomplir les démarches requises.

À l'heure où le Gouvernement (avec le soutien des organisations patronales) contraint à travailler toujours plus, rallongent les carrières et détricotent davantage les droits des travailleurs, la question des accidents du travail et leur potentiel accroissement demeure plus ue jamais d'actualité. Informer les travailleurs sur leurs droits ne constitue pas seulement un enjeu juridique : c'est également une condition essentielle pour garantir une protection effective de leur santé, de leur sécurité et de leur dignité au travail.

Chapitre 1
Qu’est-ce qu’un accident du travail ?

A. Qui est concerné ?

La loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ne s’applique pas à toutes les situations professionnelles. Elle vise les personnes qui travaillent dans un cadre précis, à savoir celui du contrat de travail dans le secteur privé.

Les travailleurs du secteur public bénéficient également d’une protection en matière d’accidents du travail. Celle-ci relève toutefois d’une législation distincte. La présente brochure se limite donc au régime applicable aux travailleurs du secteur privé.

Concrètement, cette loi protège les personnes qui exécutent un travail sous l’autorité d’une autre personne en contrepartie d’une rémunération. C’est l’existence de ce lien d’autorité ou de subordination qui permet de déterminer si une personne est couverte par la législation sur les accidents du travail.

Dès lors, l’application de la loi ne dépend pas uniquement de l’existence d’un contrat de travail écrit. Ce qui importe avant tout est la réalité de la relation de travail : une personne qui fournit un travail pour le compte d’un employeur, sous son autorité et moyennant rémunération, peut bénéficier de la protection prévue par la loi. Ainsi, même lorsqu'un contrat de travail présente une irrégularité ou est entaché d'une cause de nullité, la victime d'un accident du travail ne perd pas nécessairement le bénéfice de cette protection. Il peut notamment s'agir de situations de travail non déclaré ou encore d’occupation d’étrangers qui n’ont pas de permis de travail.

Sont principalement concernés les ouvriers et employés du secteur privé, les travailleurs intérimaires ainsi que le personnel domestique. Dans ces situations, le travailleur est placé sous l’autorité d’un employeur, ce qui entraîne l’application de la loi en cas d’accident[2].

Le législateur a toutefois choisi d’étendre cette protection à certaines catégories de personnes. C’est notamment le cas des étudiants occupés dans le cadre d’un contrat d’occupation étudiante, des travailleurs occasionnels ou encore des stagiaires non rémunérés.

Ainsi, pour déterminer si une personne est couverte par la loi du 10 avril 1971, il convient avant tout de vérifier si elle se trouve dans un lien d’autorité comparable à celui qui caractérise un contrat de travail ou dans une situation que la loi assimile expressément à celui-ci.

2. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.1, art.1/1 et art.3.

B. La définition légale de l'accident

Lorsqu'un accident survient dans le cadre du travail, il n'est pas toujours évident de savoir s'il peut être reconnu comme un accident du travail au sens de la loi. Pourtant, cette question est essentielle, car la reconnaissance de l'accident conditionne l'accès à une série de droits et de protections pour le travailleur. Comprendre ce qu'est un accident du travail permet donc de mieux réagir face à une telle situation et d'effectuer les démarches nécessaires.

Dans cette première partie, nous examinerons la définition juridique de l'accident du travail ainsi que celle de l'accident sur le chemin du travail. L'objectif est de donner aux travailleurs les outils nécessaires pour identifier les situations qui peuvent être couvertes par la législation et faire valoir leurs droits.

La loi du 10 avril 1971 relative aux accidents du travail ne définit pas précisément la notion d'« accident ». Elle prévoit toutefois qu'un accident du travail existe lorsqu'une lésion est causée par un événement soudain[3]. Autrement dit, pour qu'un accident puisse être reconnu comme un accident du travail, deux éléments doivent être réunis : une lésion et un événement soudain.

Cette définition peut paraître simple à première vue. Pourtant, chacun des termes utilisés par la loi a une signification juridique particulière. Pour bien comprendre ce qu'est un accident du travail et les situations qui peuvent être couvertes par la législation, il est donc nécessaire d'examiner ces notions une à une et d'en comprendre la portée concrète.

1 La notion d'évènement soudain

La notion d'événement soudain occupe une place centrale dans la définition de l'accident du travail. Elle est particulièrement importante car elle permet de distinguer l'accident du travail de la maladie professionnelle. Alors que la maladie professionnelle résulte généralement d'une exposition prolongée à un risque lié au travail, l'accident du travail suppose l'existence d'un événement identifiable ayant provoqué une lésion.

Concrètement, pour qu'un événement soit considéré comme soudain, il doit être possible de le situer dans un temps et dans un espace déterminés. Il doit également constituer un élément distinct de l'état de santé propre du travailleur. Cette précision est importante. Ainsi, par exemple, lorsqu'un travailleur fait une crise cardiaque sur son lieu de travail sans qu'aucun événement particulier ne puisse être identifié comme étant à l'origine de cette crise, la condition d'événement soudain n'est en principe pas remplie. La lésion résulte alors d'une cause interne à la personne.

La situation peut toutefois être différente lorsqu'un élément extérieur est à l'origine de la lésion. Imaginons, par exemple, qu'un travailleur fasse une crise cardiaque à la suite d'une dispute particulièrement vive avec un collègue. Dans ce cas, la dispute pourrait être considérée comme l'événement soudain ayant provoqué la lésion. L'existence d'un élément extérieur permet alors d'envisager l'application de la législation sur les accidents du travail.

3. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.7.

Il ne faut cependant pas croire que l'événement soudain doit nécessairement être exceptionnel. La jurisprudence admet depuis longtemps qu'un accident du travail puisse résulter de l'exécution normale d'une tâche professionnelle[4]. Ce qui importe, c'est qu'il soit possible d'identifier un fait précis à l'origine de la lésion.

Dès lors, un travailleur qui laisse tomber son outil de travail, se baisse pour le ramasser et se bloque le dos en se relevant peut être victime d'un accident du travail. Le geste accompli est banal et fait partie de l'activité quotidienne, mais il constitue néanmoins un événement identifiable ayant entraîné une lésion.

La notion de « soudaineté » mérite également quelques explications. En matière d'accidents du travail, elle ne doit pas être comprise dans son sens courant. L'événement ne doit pas nécessairement être instantané ni se produire immédiatement avant l'apparition de la lésion. Il peut s'étendre sur une certaine période.

La loi ne fixe toutefois aucune durée précise permettant de déterminer à partir de quand un événement cesse d'être soudain. Cette question est donc appréciée au cas par cas par les tribunaux. Par exemple, il a déjà été admis qu'une lésion provoquée par l'utilisation répétée d'un marteau pendant une journée de travail pouvait résulter d'un événement soudain. À l'inverse, lorsqu'un phénomène se développe sur une période plus longue, il sera généralement plus difficile de le qualifier d'événement soudain et la situation pourra davantage s'apparenter à une maladie professionnelle.

2 La notion de lésion

Après l'événement soudain, la seconde condition nécessaire à la reconnaissance d'un accident du travail est l'existence d'une lésion.

La lésion correspond à l'atteinte subie par le travailleur à la suite de l'accident. Elle peut être physique, comme une fracture, une brûlure ou une entorse, mais aussi psychologique lorsqu'un événement entraîne, par exemple, un traumatisme ou un choc émotionnel. Cette atteinte a des conséquences sur la capacité du travailleur à exercer son activité professionnelle et, plus largement, sur sa situation économique.

Contrairement à l'événement soudain, la lésion ne doit pas nécessairement apparaître immédiatement. Il arrive qu'un travailleur ne ressente les conséquences d'un accident que plusieurs heures, voire plusieurs jours après celui-ci. Cela n'empêche pas la reconnaissance de l'accident du travail, à condition qu'il soit possible d'établir un lien entre la lésion constatée et l'événement soudain qui s'est produit.

L'existence de ce lien de causalité est essentielle. Autrement dit, il doit être possible de démontrer que la lésion résulte de l'accident et non d'une cause étrangère à celui-ci.

4. C. trav. Mons, 5 mai 2008, R.G. 20.302 disponible sur https://www.terralaboris.be/spip.php?article630 ; C. trav. Bruxelles, 14 avril 2008, R.G. 47 153, disponible sur https://www.terralaboris.be/spip.php?article596 ; C. trav. Mons, 19 mars 2007, R.G. 20 218 disponible sur https://www.terralaboris.be/spip.php?article133.

Par ailleurs, le fait qu'un travailleur souffrait déjà d'un problème de santé avant l'accident n'exclut pas automatiquement l'application de la législation sur les accidents du travail. Ce qui importe est de déterminer si l'événement soudain a provoqué une aggravation ou une modification de cet état de santé.

Prenons l'exemple d'un travailleur souffrant déjà de problèmes cardiaques. Si, à la suite d'un échange particulièrement tendu avec un collègue sur son lieu de travail, il est victime d'une crise cardiaque, l'existence de cette pathologie antérieure ne suffit pas à exclure la reconnaissance d'un accident du travail. Si la crise cardiaque peut être reliée à l'événement survenu au travail, celui-ci pourra être considéré comme ayant causé une lésion au sens de la législation. Cette règle est importante, car elle rappelle qu'un assureur ne peut pas écarter automatiquement l'existence d'un accident du travail au seul motif que le travailleur présentait déjà une fragilité ou un problème de santé avant l'accident.

C. Qu'est-ce qu'un accident du travail ?

Nous avons vu qu'un accident suppose l'existence d'un événement soudain ayant causé une lésion. Toutefois, la présence de ces deux éléments ne suffit pas à elle seule pour que l'accident soit reconnu comme un accident du travail au sens de la loi.

En effet, tous les accidents qui surviennent pendant une journée de travail ne sont pas nécessairement des accidents du travail. La législation exige également l'existence d'un lien entre l'accident et l'activité professionnelle du travailleur.

❶ L'accident survenu dans le cours de l'exécution du contrat

Pour être reconnu comme un accident du travail, il ne suffit pas qu'un accident survienne sur le lieu de travail ou pendant une journée de travail. Il faut également qu'il se produise dans le cours de l'exécution du contrat de travail[5].

Cette exigence selon laquelle l'accident doit survenir dans le cours de l'exécution du contrat, correspond à ce que l'on appelle **la condition de temporalité**. Elle vise à vérifier qu'au moment de l'accident, le travailleur se trouvait sous l'autorité de son employeur. Autrement dit, l'accident doit survenir à un moment où le travailleur exécute ses obligations professionnelles ou reste placé sous l'autorité, même indirecte, de son employeur.

Cette autorité ne signifie pas nécessairement que l'employeur exerce un contrôle permanent sur le travailleur. Il suffit que la liberté de celui-ci soit limitée en raison de l'exécution de son travail ou des obligations qui en découlent. Ainsi, un accident survenu pendant les heures de travail répond généralement à cette condition. Il en va également ainsi dans certaines situations où le travailleur n'accomplit pas directement une tâche professionnelle mais demeure sous l'autorité de son employeur.

5. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.7.

Prenons l'exemple d'un travailleur qui se blesse dans la cafétéria de l'entreprise pendant sa pause de midi. Même s'il ne travaille pas à ce moment précis, l'accident sera généralement considéré comme étant survenu dans le cours de l'exécution du contrat de travail. En effet, le travailleur reste soumis à l'autorité de son employeur durant cette période.

La même logique peut s'appliquer à certaines activités organisées par l'employeur en dehors du lieu habituel de travail. Ainsi, un accident survenant lors d'une activité de *team building* pourra, selon les circonstances, être considéré comme un accident du travail dès lors que le travailleur demeure placé sous l'autorité de son employeur.

Qu'en est-il du télétravail ?

L'essor du télétravail a toutefois soulevé de nouvelles questions. Lorsque le travail est effectué à domicile ou dans un autre lieu choisi par le travailleur, il peut être plus difficile de déterminer si cette condition de temporalité est remplie.

Pour répondre à cette situation, le législateur a instauré une présomption en faveur des télétravailleurs[6]. Par conséquent, sauf preuve contraire, un accident est présumé être survenu dans le cours de l'exécution du contrat de travail lorsque deux conditions sont réunies :

- Il faut que l'accident se produise à l'endroit où le télétravailleur effectue habituellement son travail. Ce lieu doit, en principe, avoir été déterminé dans un document écrit.
- Il faut que l'accident survienne pendant la période prévue pour l'exécution du travail. À défaut d'horaire convenu, il devra avoir lieu durant les heures que le travailleur aurait normalement prestées s'il avait travaillé dans les locaux de l'entreprise.

Cette présomption offre une protection importante aux télétravailleurs. Elle reste toutefois réfragable, ce qui signifie que l'assureur peut apporter la preuve qu'au moment de l'accident, le travailleur n'était pas sous l'autorité de son employeur ou n'agissait pas dans le cadre de l'exécution de son contrat de travail.

❷ L'accident survenu par le fait de l'exécution du contrat

En plus de la condition de temporalité, la législation sur les accidents du travail exige l'existence d'un lien entre l'accident et l'activité professionnelle. Il ne suffit donc pas que l'accident survienne pendant l'exécution du contrat de travail, encore faut-il qu'il soit causé par cette exécution. C'est ce que l'on appelle **la condition de causalité**.
Concrètement, cela signifie que l'accident doit trouver son origine dans l'exécution du travail ou, en d'autres termes, présenter un lien avec celui-ci.

Cette distinction permet d'écarter certaines situations qui, bien que survenant sur le lieu de travail et pendant les heures de travail, ne sont pas liées à l'activité professionnelle. Dès lors, si un travailleur est agressé sur son lieu de travail et pendant ses heures de travail par un membre de sa famille, sans aucun lien avec son activité professionnelle, la condition de causalité ne sera en principe pas remplie. À l'inverse, si ce même travailleur est agressé par un usager dans le cadre de ses fonctions, l'agression sera considérée comme étant en lien avec l'exécution du contrat de travail.

6. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.7.

Se pose également la question de savoir si la faute du travailleur empêche la reconnaissance de ce lien de causalité. Il faut répondre à cette question par la négative. Même une erreur grave commise par le travailleur dans l'exercice de ses fonctions n'exclut pas l'application de la législation, dès lors que l'accident est lié à l'exécution du travail.

Par conséquent, un ouvrier qui commet une erreur importante lors de la manipulation d'une machine et se blesse pourra bénéficier de la protection prévue par la loi. Ce qui compte n'est pas la gravité de la faute, mais le fait que l'accident soit survenu dans le cadre de l'activité professionnelle.

Seule la faute intentionnelle du travailleur exclut le droit à l'indemnisation. Il en est ainsi lorsque le travailleur provoque volontairement l'accident, par exemple dans une tentative de suicide ayant lieu dans le cadre du travail. Dans ce cas, l'accident ne peut plus être considéré comme étant survenu par le fait de l'exécution du contrat de travail.

En matière de preuve, le législateur a également prévu un mécanisme favorable au travailleur. Lorsqu'il est établi que l'accident est survenu dans le cours de l'exécution du contrat de travail, il est présumé, sauf preuve contraire, qu'il est également survenu par le fait de cette exécution[7].

Cette présomption peut toutefois être renversée. L'assureur a en effet la possibilité de démontrer que l'accident n'a aucun lien avec l'activité professionnelle du travailleur.

D. Qu'est-ce qu'un accident sur le chemin du travail ?

La notion d'accident du travail a été examinée. Toutefois, la protection prévue par la législation ne se limite pas aux seuls accidents survenus sur le lieu de travail. Elle s'étend également aux accidents qui surviennent sur le chemin du travail[8].

Il ne s'agit pas d'une catégorie distincte d'accidents. Les conditions d'application restent identiques : il doit toujours s'agir d'un événement soudain ayant causé une lésion. La particularité réside dans le fait que l'accident doit survenir sur le « chemin du travail ».

Le législateur définit ce chemin comme le trajet normal que le travailleur effectue pour se rendre de sa résidence au lieu d'exécution du travail, et inversement. Cette définition repose sur deux éléments essentiels : la résidence du travailleur et le caractère normal du trajet.

1 Le trajet protégé

Le travailleur est protégé dès qu'il quitte sa résidence pour se rendre sur son lieu de travail et jusqu'à son retour à celle-ci. La protection débute dès le franchissement du seuil de la résidence et prend fin lors du retour à ce même seuil.

La notion de résidence ne se limite pas au domicile officiel du travailleur. Elle peut désigner tout lieu présentant un caractère de stabilité, même temporaire, dès lors que le travailleur

7. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.7.
8. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.8.

y organise effectivement sa vie privée. La résidence peut donc être différente du domicile administratif inscrit au registre de la population.

La notion de « seuil » est également importante. Elle marque la frontière entre la sphère privée et le chemin du travail. En pratique, dès que le travailleur quitte l'espace strictement privé de son habitation (par exemple le seuil de la porte, les escaliers communs ou le hall d'un immeuble), il entre déjà dans le champ du chemin du travail.

Le trajet protégé n'est pas nécessairement le trajet le plus court ou le plus direct. Il doit s'agir d'un trajet normal, apprécié en fonction des circonstances concrètes.

Le caractère normal du trajet ne se définit pas de manière abstraite. Il s'apprécie notamment en tenant compte du temps de parcours, des conditions de circulation, des moyens de transport disponibles ou encore de la connaissance du trajet par le travailleur. Le trajet normal est donc celui qu'une personne prudente et raisonnable aurait emprunté dans des circonstances similaires.

❷ Les détours et interruptions

Un détour ou un arrêt n'exclut pas automatiquement la protection prévue par la loi. Tout dépend de son importance et de sa justification.

Quand un détour ou une interruption est insignifiant, le trajet conserve en principe son caractère normal sans qu'il soit nécessaire de démontrer un motif particulier. Par exemple, un arrêt dans une station-service pour faire le plein de carburant est généralement considéré comme insignifiant.

Si le détour est de faible importance, le trajet reste protégé s'il est justifié par un motif légitime[9]. Cette notion s'apprécie au cas par cas. Les simples convenances personnelles ne constituent pas un motif légitime. Par conséquent, une visite volontaire à un proche sur le chemin du travail ne sera, en principe, pas couverte.

La jurisprudence adopte toutefois une approche relativement souple. Certains arrêts liés à la vie quotidienne, comme effectuer de petites courses ou s'arrêter brièvement dans un établissement accessible au public, peuvent être considérés comme justifiés selon les circonstances.

En revanche, lorsque le détour ou l'interruption est important, l'appréciation devient plus stricte. Dans ce cas, le trajet ne conserve son caractère normal que s'il est justifié par un cas de force majeure.

La force majeure est entendue comme un événement imprévisible et irrésistible. Il s'agit d'une situation qui s'impose au travailleur et qui rend le trajet habituel impossible ou déraisonnable. Par exemple, un accident sur l'autoroute obligeant les autorités à dévier la circulation vers un itinéraire beaucoup plus long constitue un cas de force majeure. Le détour imposé au travailleur dans ces circonstances ne lui fait pas perdre le bénéfice de la protection légale.

9. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.8.

Il n'existe toutefois aucun critère unique permettant de déterminer automatiquement si un détour est insignifiant, de faible importance ou important. Cette appréciation dépend toujours des circonstances concrètes, telles que la distance supplémentaire parcourue, la durée du retard, les conditions de circulation, le moyen de transport utilisé ou encore le contexte du déplacement.

❸ Les situations expressément assimilées

En vue de sécuriser certaines situations, le législateur a prévu plusieurs hypothèses dans lesquelles le trajet reste protégé malgré un détour ou un arrêt[10]. C'est notamment le cas lorsque le détour est lié au covoiturage ou au fait de conduire ou de reprendre des enfants à l'école.

Le législateur a également assimilé à des situations couvertes certains trajets particuliers. Il en résulte que le déplacement effectué par le travailleur pour aller chercher un repas pendant les heures de travail ou pour suivre une formation professionnelle peut être considéré comme faisant partie du chemin du travail.

La notion de chemin du travail repose, par conséquent, sur une appréciation souple et concrète des déplacements du travailleur. Elle vise à garantir une protection effective dès lors que le déplacement reste lié à la vie professionnelle, même lorsqu'il comporte certains écarts par rapport au trajet strictement direct.

E. Les présomptions prévues par la loi

Quand un accident du travail ou un accident sur le chemin du travail survient, encore faut-il pouvoir en établir la preuve afin d'obtenir une indemnisation. En principe, il appartient à la victime d'apporter les éléments permettant de démontrer ce qu'elle invoque. Toutefois, cette preuve n'est pas toujours simple à rapporter en pratique.

C'est pourquoi la législation prévoit plusieurs mécanismes de présomption destinés à faciliter la situation de la victime. Une présomption permet de déduire l'existence d'un fait à partir d'un autre fait qui a été prouvé. Autrement dit, une fois certains éléments établis, la loi admet que d'autres soient tenus pour acquis, sauf preuve contraire.

❶ Lien entre l'évènement soudain et la lésion

La première présomption concerne le lien entre l'événement soudain et la lésion. Dès lors que la victime ou ses ayants droit parviennent à démontrer qu'un événement soudain s'est produit et qu'il a été suivi d'une lésion, il est présumé que cette lésion résulte de cet événement[11]. Le lien de causalité est donc admis par la loi, sans qu'il soit nécessaire de le prouver davantage.

Cette présomption peut toutefois être renversée. L'assureur-loi a la possibilité d'apporter la preuve que la lésion trouve son origine dans une autre cause que l'événement soudain invoqué, par exemple dans une pathologie préexistante sans lien avec l'accident.

10. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.8.
11. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, M.B., 24 avril 1971, art.9.

❷ Lien entre l'accident et l'exécution du contrat de travail

Une seconde présomption concerne le lien entre l'accident et l'exécution du contrat de travail[12]. Lorsqu'il est établi que l'accident est survenu dans le cours de l'exécution du contrat de travail, il est présumé qu'il est également survenu « par le fait » de cette exécution.

Cette présomption ne joue toutefois que pour les accidents du travail stricto sensu. Elle ne s'applique pas aux accidents sur le chemin du travail, pour lesquels la protection repose sur la notion de trajet normal protégé, indépendamment de la démonstration d'un lien causal avec l'activité professionnelle.

Comme la première, cette présomption est dite réfragable. Cela signifie que l'assureur-loi peut la contester en démontrant que, malgré la survenance de l'accident pendant le temps de travail, celui-ci n'a en réalité aucun lien avec l'exercice de l'activité professionnelle.

F. Comment prouver l'accident ?

En matière d'accidents du travail, la preuve peut être apportée par tous moyens. Cela signifie qu'il n'existe pas de mode de preuve unique ou imposé par la loi. Le juge peut tenir compte de tout élément jugé pertinent et crédible permettant d'établir la réalité des faits.

En pratique, la preuve repose souvent sur un ensemble d'éléments concrets tels que des témoignages, des constats médicaux, des descriptions précises des circonstances ou encore des indices matériels permettant de reconstituer le déroulement de l'accident.

Le juge apprécie ces éléments dans leur globalité. Il peut également se fonder sur des présomptions de fait. Il ne s'agit pas ici des présomptions prévues par la loi, mais d'indices concrets et concordants qui, mis ensemble, permettent au juge de déduire l'existence d'un fait.

Dans le cadre des accidents du travail, les témoins jouent souvent un rôle important. Toutefois, en cas d'absence de témoin direct, la preuve reste possible. Dans ce cas, il est particulièrement important d'agir rapidement. La déclaration d'accident doit être effectuée le plus tôt possible et de manière détaillée, en décrivant précisément les circonstances de l'événement.

Il est également essentiel de consulter un médecin sans délai en mentionnant clairement le caractère professionnel de l'accident ou son lien avec le chemin du travail. Les constats médicaux réalisés rapidement constituent aussi un élément déterminant dans l'appréciation du dossier. Comme il sera évoqué plus loin dans cette brochure, vu l'importance du premier certificat médical, il est important que la victime ne le néglige pas.

Enfin, le fait d'avoir informé l'employeur ou la hiérarchie à la suite de l'accident permet de renforcer la cohérence de l'ensemble des éléments recueillis. Ces démarches contribuent à constituer un dossier solide permettant d'établir la réalité de l'accident et les circonstances dans lesquelles il s'est produit.

12. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.7.

Chapitre 2
Que faire en cas d'accident du travail ?

A. Les obligations du travailleur

1 Signaler l'accident

Dès la survenance d'un accident du travail ou d'un accident sur le chemin du travail, la première démarche à accomplir pour la victime consiste à en informer son employeur.

La législation ne prévoit pas de forme particulière pour cette déclaration. Elle peut donc être réalisée de différentes manières, pour autant que l'employeur soit effectivement informé de l'existence de l'accident. De même, aucun délai précis n'est imposé au travailleur pour effectuer cette déclaration.

L'absence de délai légal ne signifie toutefois pas qu'il soit préférable d'attendre avant de réagir. Au contraire, il est fortement recommandé de signaler l'accident le plus rapidement possible après sa survenance.

Effectuer cette démarche le plus tôt possible présente plusieurs avantages. Tout d'abord, elle permet de conserver plus facilement les éléments de preuve relatifs à l'accident. En effet, plus les circonstances sont récentes, plus les éventuels témoins sont facilement identifiables et plus les faits peuvent être décrits avec davantage de précision.

Ensuite, une déclaration rapide limite les contestations susceptibles d'apparaître par la suite. Lorsqu'un accident est signalé longtemps après sa survenance, il peut devenir plus difficile d'établir avec certitude les circonstances dans lesquelles il s'est produit. Ce retard peut alors, éventuellement, être utilisé par l'assureur pour ne pas reconnaître l'accident comme un accident du travail.

Attention
Il est important de souligner qu'une déclaration tardive ne fait pas perdre automatiquement le droit à une indemnisation. La loi n'impose en effet aucun délai au travailleur pour informer son employeur de l'accident. Nous insistons sue le fait que, dans la pratique, une déclaration tardive peut s'avérer particulièrement préjudiciable pour la victime. Plus le temps passe, plus il devient difficile de rassembler des preuves, d'identifier des témoins ou de démontrer le lien entre l'accident et les lésions constatées

Cet aspect met en lumière une réalité importante du système régissant les accidents du travail. Si le législateur a instauré un mécanisme destiné à protéger les travailleurs victimes d'un accident en leur garantissant une indemnisation par l'intermédiaire d'une assurance obligatoire, cette protection s'inscrit néanmoins dans un cadre où les intérêts des différents

acteurs ne sont pas toujours convergents. L'assureur a pour mission d'examiner les conditions de reconnaissance de l'accident et peut contester son intervention lorsqu'il estime que celles-ci ne sont pas réunies.

Dans ce contexte, une déclaration tardive constitue fréquemment un élément invoqué pour remettre en question la réalité de l'accident ou le lien entre celui-ci et les lésions déclarées. Même si cet argument n'est pas suffisant à lui seul pour exclure l'indemnisation, il peut fragiliser la position de la victime et rendre la reconnaissance de l'accident plus difficile.

Une fois l'accident déclaré, il est également conseillé de rester attentif au suivi du dossier. Lorsqu'aucune information n'est communiquée dans un délai raisonnable, il ne faut pas hésiter à prendre contact avec l'assureur afin de connaître l'état d'avancement de l'examen de la déclaration. Les coordonnées de l'assureur-loi peuvent généralement être obtenues auprès de l'employeur ou être consultées dans le règlement de travail. Si ces informations ne sont pas accessibles ou si des difficultés apparaissent pour les obtenir, il est possible de s'adresser à Fedris, qui peut orienter les travailleurs dans leurs démarches et les informer sur leurs droits.

Cette démarche de suivi est importante. Dans la pratique, il est préférable de ne pas rester passif face à l'évolution du dossier. Vérifier que la déclaration a bien été transmise et s'assurer que celle-ci est effectivement examinée permet souvent d'éviter certaines difficultés ou incompréhensions ultérieures.

Pour cette raison, il est généralement conseillé à la victime de signaler l'accident dès que possible, même lorsque les conséquences de celui-ci semblent limitées dans un premier temps. En effet, certaines lésions ou certaines séquelles peuvent n'apparaître que plusieurs heures ou plusieurs jours après l'événement.

2 Le certificat médical de premier constat

Au-delà de la déclaration d'accident, le premier certificat médical occupe une place centrale dans la reconnaissance d'un accident du travail ou d'un accident sur le chemin du travail. Une fois ce document en possession de la victime, elle devra le transmettre à son employeur qui lui-même le transmettra à l’assureur.

Le certificat médical de premier constat est souvent le premier élément objectif permettant de constater les lésions subies par la victime et de les mettre en lien avec l'accident déclaré. Il joue dès lors un rôle important tant sur le plan médical que sur le plan de la preuve.

Pour être pleinement utile, ce certificat doit être rédigé avec le plus grand soin. Il est essentiel qu'il décrive de manière précise les lésions constatées, les plaintes exprimées par la victime ainsi que, dans la mesure du possible, les circonstances ayant conduit à leur apparition. Plus les informations reprises dans le certificat sont complètes, moins il existe de place pour une contestation ultérieure.

Cette vigilance est d'autant plus importante que certaines conséquences d'un accident peuvent évoluer avec le temps. Si certaines lésions ne sont pas mentionnées dès les premiers constats médicaux alors qu'elles existaient déjà, il peut devenir plus difficile de démontrer par la suite qu'elles sont bien liées à l'accident.

Dans la pratique, il arrive que les premiers certificats médicaux soient rédigés rapidement, notamment lorsque la victime se présente aux urgences dans un contexte de forte affluence. Or, un certificat trop succinct ou imprécis peut fragiliser le dossier de la victime. L'absence de certaines informations ne signifie pas nécessairement que les lésions n'existent pas, mais elle peut ouvrir la voie à des discussions ou à des contestations concernant leur origine ou leur gravité.

Une attention particulière doit également être portée à la qualification de la situation. Lorsque les lésions trouvent leur origine dans un accident du travail ou un accident sur le chemin du travail, il est important que cette information soit clairement communiquée au médecin. Une mention inadaptée ou ambiguë dans les documents médicaux peut en effet être utilisée ultérieurement pour remettre en question la nature professionnelle de l'accident.

L'importance accordée au premier certificat médical illustre l'un des paradoxes de la législation sur les accidents du travail. Bien que le système ait été conçu pour protéger les travailleurs victimes d'un accident, ceux-ci doivent souvent faire preuve d'une grande vigilance afin de préserver leurs droits. Une simple imprécision dans un document médical peut parfois devenir un élément de discussion ou de contestation au cours de la procédure.

Pour cette raison, il est conseillé à la victime de décrire précisément au médecin les circonstances de l'accident, les douleurs ressenties et l'ensemble des lésions constatées, même lorsqu'elles paraissent secondaires au premier abord. Il est également utile de relire attentivement les documents remis et de signaler immédiatement toute erreur ou omission éventuelle.

❸ La communication avec la mutuelle

En plus de la déclaration effectuée auprès de l'employeur, il est également recommandé à la victime d'informer sa mutuelle de la survenance de l'accident du travail ou de l'accident sur le chemin du travail.

Cette démarche peut paraître secondaire lorsque l'on estime que l'accident sera rapidement reconnu par l'assureur-loi. Pourtant, elle présente un intérêt pratique important. En effet, il n'est pas rare que l'assureur demande des informations complémentaires, conteste certains éléments du dossier ou tarde à prendre une décision quant à la reconnaissance de l'accident.

Dans ce contexte, il est préférable que la mutuelle soit informée dès le début de la situation pour qu'elle puisse intervenir dans l'indemnisation du travailleur en incapacité si nécessaire. Il est également conseillé de la tenir au courant de l'évolution du dossier et des éventuels échanges avec l'assureur-loi. Cette communication permet d'éviter certaines difficultés administratives et facilite la gestion du dossier si des discussions ou des contestations surviennent.

Cette précaution illustre une nouvelle fois l'importance, pour la victime, de suivre activement son dossier. Même si le système des accidents du travail a été conçu pour garantir une protection aux travailleurs victimes d'un accident, il est souvent nécessaire, en pratique, de multiplier les démarches et de conserver une trace des différents échanges afin de préserver efficacement ses droits.

B. Les obligations de l'employeur

❶ Souscrire une assurance accident du travail

La première obligation de l'employeur en matière d'accidents du travail est de souscrire une assurance accident du travail pour l'ensemble de ses travailleurs[13]. Chaque employeur est donc tenu de contracter une assurance accident du travail auprès d'une entreprise d'assurance agréée[14] dès l'entrée en service de ses travailleurs. Il s'agit de l'une des rares assurances rendues obligatoires par la loi en Belgique.

Lorsque l'employeur ne respecte pas cette obligation ou qu'il ne le fait pas dans les délais requis, Fedris peut procéder à une affiliation d'office pour la période durant laquelle les travailleurs n'étaient pas couverts. Ce mécanisme vise à garantir que les travailleurs bénéficient d'une protection, même lorsque leur employeur n'a pas rempli ses obligations légales.

L'absence totale d'assurance n'est toutefois pas la seule situation pouvant entraîner l'intervention de Fedris. De fait, lorsqu'un employeur a souscrit une assurance accident du travail mais que le contrat est suspendu, par exemple en raison du non-paiement des primes, il est considéré comme n'ayant pas respecté son obligation d'assurance. Il en va de même lorsqu'il omet de déclarer certains travailleurs à l'assureur ou lorsqu'une période, même brève, n'est pas couverte par l'assurance.

Si Fedris est amené à devoir indemniser une victime d'un accident du travail, il récupèrera, par la suite, récupérer les montants octroyés à la victime auprès de l'employeur de cette dernière.

❷ Déclarer l'accident

La déclaration de l'accident constitue la première étape de la procédure de reconnaissance et d'indemnisation d'un accident du travail. Sans cette démarche, l'assureur ne peut pas examiner le dossier ni se prononcer sur les droits de la victime.

Lors de la survenance d'un accident du travail, l'employeur a l'obligation de le déclarer à son assureur accidents du travail. Cette déclaration doit être effectuée dans les huit jours qui suivent le jour de l'accident[15]. Elle peut être transmise directement à l'assureur ou introduite via le portail de la sécurité sociale.

13. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.49.
14. Voici une liste des assureurs agréés disponible sur le site de Fedris https://www.fedris.be/sites/default/files/upload/documents/FR/Themes/AT%20Demande/verzekeraars_9.pdf
15. Arrêté royal du 12 mars 2003 établissant le mode et le délai de déclaration d'accidents du travail, M.B., 2 avril 2003, art.2.

Cette obligation de déclaration existe même lorsque l'employeur estime que l'événement ne constitue pas un accident du travail. Il appartient en effet à l'assureur, et non à l'employeur, d'apprécier si les conditions légales sont réunies. Comme nous le verrons, seuls certains accidents de très faible gravité, dits « bénins », peuvent être dispensés de déclaration lorsqu'ils n'entraînent ni perte de salaire ni incapacité de travail. Une autre procédure, qui sera abordée plus loin, doit être mise en place dans ce cas.

En pratique, il est conseillé au travailleur de s'assurer que la déclaration a bien été effectuée et, si possible, d'en demander une copie. Il ne doit pas hésiter à rappeler à son employeur cette obligation légale lorsque celui-ci tarde à accomplir les démarches nécessaires. En effet, certains employeurs peuvent être tentés de minimiser ou de ne pas signaler certains accidents afin d'éviter qu'ils soient enregistrés comme tels.

Dans le cas où l'employeur ne respecte pas l'obligation de déclaration, le travailleur n'est pas privé de ses droits : il peut lui-même déclarer l'accident auprès de l'assureur. Contrairement à l'employeur, il n'est pas tenu de respecter le délai de huit jours. Il est néanmoins vivement conseillé d'effectuer cette démarche le plus rapidement possible afin de faciliter l'examen du dossier et l'administration de la preuve.

Pour aider les victimes dans leurs démarches, Fedris met à disposition sur son site internet un formulaire type de déclaration d'accident du travail[16].

Enfin, lorsqu'un employeur refuse de déclarer un accident du travail ou conteste son existence sans raison valable, le travailleur peut signaler la situation à Fedris. Celui-ci pourra alors intervenir et, le cas échéant, mener une enquête afin de vérifier le respect de la législation par l'employeur.

C. Les différents types d'accidents

❶ Les accidents bénins

En principe, comme évoqué précédemment, tout accident du travail doit être déclaré à l'assureur accident du travail. Toutefois, la loi prévoit une exception pour les accidents dits « bénins »[17].

Un accident bénin est un accident qui n'entraîne ni incapacité de travail, ni perte de salaire, et qui ne nécessite que des premiers soins dispensés immédiatement après l'accident sur le lieu de travail. Il peut s'agir, par exemple, d'une petite coupure, d'une égratignure ou d'un choc léger ayant uniquement nécessité un nettoyage de la plaie ou la pose d'un pansement.

Dans une telle situation, l'employeur peut être dispensé de déclarer l'accident à son assureur. Cette dispense n'est toutefois possible que si l'accident est correctement enregistré dans le registre des premiers secours de l'entreprise. Cet enregistrement doit mentionner notamment

16. Formulaire type de déclaration d'accident du travail disponible sur : https://www.fedris.be/fr/formulier/aangifte-van-een-arbeidsongeval-privesector
17. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.62.

l'identité de la victime, les circonstances de l'accident, la nature de la blessure ainsi que les soins prodigués.

Cette formalité est importante, car un accident qui paraît anodin au départ peut parfois entraîner des complications ou des conséquences plus graves dans les jours ou les semaines qui suivent. L'inscription dans le registre permet alors au travailleur de disposer d'un élément de preuve démontrant que l'accident s'est bien produit dans le cadre du travail.

Si l'état de santé de la victime s'aggrave par la suite ou si des soins médicaux complémentaires deviennent nécessaires, l'accident devra être déclaré à l'assureur accident du travail afin que les conséquences de cet accident puissent être examinées et, le cas échéant, indemnisées.

En résumé, même lorsqu'un accident est considéré comme bénin, il faut toujours laisser une trace écrite : soit par un enregistrement dans le registre des premiers secours, soit via une déclaration à l'assureur en cas d'aggravation.

❷ Les accidents non graves

Tout accident du travail qui ne peut pas être considéré comme un accident bénin doit faire l'objet d'une déclaration auprès de l'assureur accident du travail, selon la procédure ordinaire expliquée précédemment.

C'est notamment le cas lorsque l'accident nécessite des soins médicaux, entraîne une incapacité de travail, même de courte durée, ou est susceptible de donner lieu à une indemnisation dans le cadre de la législation sur les accidents du travail.

Dans cette situation, l'employeur est tenu de déclarer l'accident à son assureur dans les huit jours qui suivent sa survenance. Cette déclaration permet à l'assureur d'ouvrir un dossier, d'examiner les circonstances de l'accident et de déterminer si les conditions légales d'indemnisation sont réunies.

Le travailleur a également un rôle important à jouer dans cette procédure. Pour rappel, lorsqu'il consulte un médecin à la suite de l'accident, celui-ci peut établir un certificat médical de première constatation décrivant les lésions constatées et, le cas échéant, l'incapacité de travail qui en résulte.

❸ Les accidents graves

3.1. Définition légale

Certains accidents du travail présentent une gravité telle qu'ils nécessitent des démarches supplémentaires en matière de prévention et de sécurité au travail. Il s'agit alors d'« accidents du travail graves ».

Par accidents du travail graves, il faut comprendre des accidents survenus sur le lieu de travail qui ont entraîné le décès du travailleur, une lésion permanente ou encore certaines

lésions temporaires particulièrement sérieuses déterminées par la réglementation[18]. La qualification d'accident grave peut également dépendre des circonstances de l'accident ou des équipements, machines ou substances impliqués.

Contrairement aux autres accidents du travail, ces événements doivent faire l'objet d'une analyse approfondie afin d'en identifier les causes et de déterminer les mesures à mettre en œuvre pour éviter qu'un accident similaire ne se reproduise à l'avenir.

L'objectif de cette procédure n'est pas uniquement de constater les conséquences de l'accident, mais également d'améliorer la sécurité au sein de l'entreprise en tirant les enseignements de l'événement survenu.

3.2. Enquête obligatoire

Comme il a été évoqué, en cas de survenance d'un accident du travail grave, il faut mettre en place des mesures pour éviter qu'un évènement similaire ne se produise. Pour ce faire, l'employeur doit demander à son service interne ou externe de prévention et de protection au travail de mener une enquête sur les circonstances de l'accident[19]. Cette enquête vise notamment à identifier les personnes concernées, à décrire précisément les faits, à déterminer les causes de l'accident et à formuler des recommandations destinées à améliorer la sécurité au travail.

Les conclusions de cette analyse sont consignées dans un rapport circonstancié qui doit être transmis à l'inspection du bien-être au travail dans les dix jours suivant l'accident[19]. Lorsque l'enquête ne peut être finalisée dans ce délai, un rapport provisoire peut être adressé à l'administration, les éléments complémentaires étant transmis ultérieurement dans le délai fixé par l'inspection.

Si l'employeur ne transmet ni rapport circonstancié ni rapport provisoire dans les délais requis, l'inspection du bien-être au travail peut désigner un expert indépendant chargé d'examiner l'accident[20]. Cet expert mène sa propre enquête, identifie les causes de l'événement et formule des recommandations de prévention. Son rapport est ensuite communiqué à l'employeur, à l'inspection compétente et à l'assureur accident du travail.

Par ailleurs, certains accidents du travail graves font l'objet d'une obligation de signalement immédiat. C'est notamment le cas lorsque l'accident a entraîné le décès du travailleur ou est susceptible de provoquer une incapacité permanente. Dans ces situations, l'employeur doit avertir sans délai l'inspection du bien-être au travail, indépendamment de l'enquête et du rapport qui devront ensuite être réalisés.

L'ensemble de ces obligations poursuit un double objectif : permettre aux autorités de contrôler le respect de la réglementation en matière de bien-être au travail et prévenir la survenance de nouveaux accidents présentant les mêmes risques.

18. Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, *M.B.*, 18 septembre 1996, art.94*bis.*
19. Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, *M.B.*, 18 septembre 1996, art.94*ter* §1.
20. Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, *M.B.*, 18 septembre 1996, art. 94*ter* §4.

D. Les obligations de l'entreprise d'assurance

❶ Le traitement de la déclaration d'accident

Après la déclaration d'un accident du travail, il appartient dans un premier temps à l'assureur accident du travail d'examiner le dossier et de se prononcer sur sa qualification. Autrement dit, c'est lui qui vérifie si les faits déclarés peuvent être reconnus comme un accident du travail au sens de la législation.

Dès réception de la déclaration, l'assureur doit en accuser réception auprès de l'employeur et, le cas échéant, du travailleur si celui-ci en fait la demande. Cet accusé de réception doit intervenir dans un délai de 15 jours. Il doit également préciser le délai dans lequel l'assureur entend examiner le dossier et prendre position sur la reconnaissance ou non de l'accident.

L'assureur a également un rôle essentiel d'information à l'égard de la victime. Il est tenu de répondre aux demandes écrites du travailleur concernant ses droits et obligations dans le cadre de la procédure d'indemnisation. En outre, il doit veiller à fournir spontanément les informations nécessaires au suivi du dossier, afin de permettre à la victime de préserver ses droits. Ces informations doivent être communiquées dans un délai de 45 jours à compter de la demande[21]. La victime de l'accident ou ses ayants droit ne doivent donc pas hésiter à prendre contact avec l'assureur si des questions surviennent.

Par ailleurs, l'assureur accident du travail a l'obligation de transmettre certaines informations à Fedris dès la réception de la déclaration d'accident[22]. Cette transmission doit intervenir dans les deux jours et comprend notamment les données d'identification de la victime et de son employeur, ainsi que les éléments essentiels relatifs à l'accident, tels que le lieu, la date et l'heure, la nature des lésions, ainsi que les circonstances de l'événement.

Il est important de noter que, si ce délai de transmission est prévu par la réglementation, aucune sanction spécifique n'est actuellement prévue en cas de non-respect. Cela n'enlève toutefois rien à l'importance de cette obligation, qui permet à Fedris d'assurer son rôle de suivi et de contrôle du système des accidents du travail.

❷ La décision de l'assureur

Après réception de la déclaration d'accident, l'assureur accident du travail doit examiner le dossier et se prononcer sur la reconnaissance de l'événement. Il décide ainsi si l'accident est, ou non, reconnu comme un accident du travail ou comme un accident sur le chemin du travail.

2.1. Le délai de décision

L'assureur dispose en principe d'un délai de 30 jours à compter de la réception de la déclaration pour prendre position[23]. Dans ce délai, il doit soit reconnaître l'accident, soit le refuser, soit émettre des réserves quant à sa reconnaissance.

21. Arrêté royal du 24 novembre 1997 portant exécution, en ce qui concerne l'assurance « accident du travail » dans le secteur privé, de certaines dispositions de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social, *M.B.*, 23 décembre 1997, art.1*ter*.
22. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.62.
23. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.,* 24 avril 1971, art.63.

Toutefois, aucune sanction automatique n'est prévue en cas de dépassement de ce délai. Il a surtout pour objectif de permettre à la victime de connaître rapidement le régime d'indemnisation applicable.

2.2. Intervention de Fedris en cas de refus ou de doute

Lorsque l'assureur refuse de reconnaître l'accident du travail ou émet des doutes sérieux sur cette reconnaissance, il doit en informer Fedris dans le délai de 30 jours[24].

Cette notification permet à Fedris de contrôler la situation et, si nécessaire, de mener une enquête sur les circonstances de l'accident. L'objectif est de vérifier la bonne application de la législation et de garantir la protection des droits de la victime.

À l'issue de cette enquête, Fedris rédige un rapport transmis à la victime (ou à ses ayants droit en cas de décès), à l'assureur et aux autres organismes concernés. Si la victime souhaite contester la décision de l'assureur dans le cadre d'un recours devant le tribunal du travail, ce rapport peut être utilisé, même si le juge n'est pas lié par ses conclusions.

Outre la victime, qui peut, dans son chef, prendre la décision d'introduire un recours à l'encontre de la décision de l'assureur, Fedris peut également intervenir en justice et introduire un recours devant le tribunal du travail si l'assureur maintient son refus de prise en charge.

2.3. Le rôle de la mutualité en cas de refus ou de doute

Lorsque l'accident n'est pas immédiatement reconnu comme accident du travail, la mutualité de la victime peut intervenir dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

Dans ce cas, elle peut prendre en charge les indemnités d'incapacité de travail si les conditions légales sont réunies, afin d'éviter toute interruption de revenus pour la victime.

Ce mécanisme repose sur une coopération entre l'assureur accident du travail et la mutualité. Il permet d'assurer une continuité de protection sociale, même en cas d'incertitude sur la qualification de l'accident.

L'assureur est tenu d'informer la mutualité lorsqu'il refuse la reconnaissance de l'accident ou lorsqu'il émet des réserves[25]. Cette information est obligatoire, même si la victime a déjà prévenu elle-même sa mutualité.

La notification doit être accompagnée d'une copie de la déclaration d'accident. Elle permet à la mutualité d'examiner le dossier et de déterminer si une indemnisation peut être accordée dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

Cette obligation vise avant tout à protéger la victime : elle permet à un travailleur en incapacité de recevoir rapidement des indemnités, même s'il s'avère par la suite que l'accident ne relève pas de la législation sur les accidents du travail. Les éventuels remboursements entre organismes sont ensuite réglés entre eux.

24. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.63.
25. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.63 §2.

2.4. Conséquences du non-respect des obligations

Si l'assureur ne respecte pas ses obligations d'information envers Fedris ou la mutualité, ou s'il notifie tardivement sa décision, cela peut avoir des conséquences juridiques importantes.

Dans certains cas, l'assureur peut être tenu de prendre en charge les indemnités d'incapacité de travail à partir du début de l'incapacité jusqu'au moment où la notification régulière a été effectuée[26].

Par ailleurs, la mutualité peut avancer les indemnités à la victime et en demander ensuite le remboursement à l'assureur compétent.

2.5. Information de la victime

Enfin, l'assureur est tenu d'informer directement la victime de sa décision[27], qu'il s'agisse d'une reconnaissance, d'un refus ou de réserves.

Cette notification doit être envoyée à la résidence principale de la victime. Elle permet à celle-ci de connaître sa situation et, le cas échéant, d'exercer les recours nécessaires.

❸ Payer les indemnités

Dès qu'un accident est reconnu comme accident du travail, l'assureur accident du travail est tenu de verser à la victime les indemnités prévues par la législation. Cette obligation constitue l'une de ses missions essentielles, puisqu'elle vise à compenser les conséquences financières de l'accident pour le travailleur.

Les indemnités dues en raison d'une incapacité de travail doivent être versées selon une périodicité correspondant à celle du paiement du salaire du travailleur. L'objectif est d'assurer à la victime un revenu de remplacement régulier pendant la période où elle est empêchée de travailler.

L'obligation d'indemnisation subsiste également lorsque certaines questions font l'objet d'une contestation. Ainsi, en cas de désaccord concernant le taux d'incapacité de travail de la victime ou la nécessité d'une assistance régulière d'une autre personne, l'assureur ne peut pas suspendre tout paiement. Il doit au minimum verser les indemnités correspondant au degré d'incapacité ou au besoin d'assistance qu'il reconnaît lui-même, dans l'attente d'une décision définitive[28].

Enfin, la loi prévoit une protection supplémentaire lorsque l'assureur ne remplit pas ses obligations. Si celui-ci refuse ou omet de verser les indemnités dues, la victime peut s'adresser à Fedris qui garantira le paiement des prestations auxquelles la victime a droit[29]. L'organisme pourra ensuite récupérer les montants versés auprès de l'assureur défaillant.

26. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.,* 24 avril 1971, art. 63 §2.
27. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.,* 24 avril 1971, art. 63 §3.
28. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.,* 24 avril 1971, art. 63 §4.
29. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.,* 24 avril 1971, art. 58.

4 La conclusion de l'accord-indemnité

Après la période de soins et dès que les conséquences de l'accident peuvent être évaluées de manière suffisamment précise, l'assureur accident du travail doit formuler une proposition d'indemnisation. Cette proposition est adressée à la victime ou, en cas d'accident mortel, à ses ayants droit[30]. Elle a pour objet de déterminer les conséquences reconnues de l'accident ainsi que les indemnités auxquelles la victime peut prétendre.

À ce stade, il ne s'agit toutefois que d'un projet élaboré par l'assureur. La victime reste libre de l'accepter ou de le contester. En outre, même en cas d'accord entre les parties, le projet devra encore être soumis à l'approbation de Fedris avant de produire pleinement ses effets.

4.1. Le projet d'accord

Avant de pouvoir établir un projet d'accord-indemnité, l'assureur doit disposer de tous les éléments médicaux nécessaires à l'évaluation des conséquences de l'accident sur la situation de la victime.

À cette fin, la victime est généralement convoquée par le médecin-conseil de l'assureur. Celui-ci procède à un examen médical et rend un avis portant notamment sur les lésions résultant de l'accident, la date de consolidation, le taux d'incapacité permanente éventuel ainsi que, le cas échéant, la nécessité d'une assistance régulière par une tierce personne ou le renouvellement d'appareils de prothèse et d'orthopédie.

Sur la base de ces constatations, l'assureur établit un projet d'accord-indemnité en deux exemplaires, signé par son médecin-conseil. Ce document constitue la proposition officielle de l'assureur quant à l'indemnisation des conséquences de l'accident du travail.

L'accord-indemnité reprend l'ensemble des éléments nécessaires à la détermination des droits de la victime. Il mentionne notamment le lieu de l'accident, les circonstances dans lesquelles celui-ci s'est produit ainsi que la nature des lésions constatées. Il détaille également les périodes d'incapacité temporaire, qu'elles soient totales ou partielles, et constate que les frais exposés à la suite de l'accident (tels que les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, hospitaliers ou encore les frais liés aux appareils de prothèse et d'orthopédie) ont été pris en charge ou remboursés.

Le projet fixe ensuite la date de consolidation, c'est-à-dire le moment où l'état de la victime est considéré comme stabilisé, ainsi que le taux d'incapacité permanente éventuellement retenu. Ce taux est déterminé en tenant compte non seulement des séquelles médicales, mais également de leurs répercussions sur la capacité de travail de la victime. Sont notamment pris en considération son âge, sa profession, ses possibilités de réadaptation ou de reclassement ainsi que sa situation sur le marché de l'emploi.

L'accord-indemnité précise également la rémunération de base retenue pour le calcul de l'indemnisation, le montant des allocations dues à la victime et, le cas échéant, l'allocation complémentaire destinée à couvrir les frais liés à l'assistance régulière d'une tierce

30. Dans ce cas précis, les ayants droit sont les personnes faisant partie de la famille de la victime et auxquelles, sous certaines conditions, la loi octroie le bénéfice de droits suite au décès de la victime.

personne. Il règle en outre les questions relatives au renouvellement et à l'entretien des appareils de prothèse ou d'orthopédie.

Enfin, la législation prévoit que l'allocation annuelle accordée à la victime est, en principe, remplacée par une rente viagère à l'expiration d'un délai de trois ans suivant l'entérinement de l'accord, sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi.

En cas d'accident mortel, le projet d'accord détermine les indemnités et les rentes revenant aux ayants droit de la victime, conformément aux règles prévues par la législation sur les accidents du travail.

4.2. L'accord de la victime

Une fois le projet transmis, la victime dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître ses observations ou ses éventuelles objections.

Avant de se prononcer, il est généralement recommandé à la victime de soumettre le projet à son propre médecin-conseil. Le médecin-conseil joue un rôle essentiel en matière d'accident du travail. C'est lui qui a la capacité d'évaluer les conséquences médicales de l'accident, notamment les lésions subies, la date de consolidation et le taux d'incapacité qui en résulte. Son avis permet à la victime de vérifier si l'évaluation réalisée pour le compte de l'assureur correspond bien à sa situation médicale.

Si la victime et son médecin-conseil estiment que les éléments repris dans le projet reflètent correctement les conséquences de l'accident, ils peuvent marquer leur accord sur la proposition de l'assureur.

En revanche, si certains éléments sont contestés, la victime peut tenter d'obtenir une modification du projet en discutant avec l'assureur et en produisant, le cas échéant, l'avis de son propre médecin-conseil. Si aucun accord n'est trouvé, le litige pourra être porté devant le tribunal du travail.

Attention

Le choix du médecin-conseil de la victime est particulièrement important. Il est préférable de s'adresser à un médecin spécialisé en évaluation du dommage corporel, cette expertise étant spécifique et distincte de celle du médecin traitant. En effet, le médecin traitant de la victime ne dispose pas nécessairement de l'expérience requise en matière d'évaluation du dommage corporel et des conséquences d'un accident du travail.

Le recours à un médecin-conseil représente toutefois un coût, qui est en principe supporté par la victime. Il est dès lors conseillé de se renseigner au préalable sur le montant des honoraires pratiqués afin d'éviter toute mauvaise surprise.

4.3. L'entérinement par Fedris

Même lorsque la victime et l'assureur sont d'accord sur le contenu du projet, celui-ci ne devient pas immédiatement définitif. Il doit encore être transmis à Fedris afin d'être examiné et approuvé.

À partir du moment où il reçoit un dossier complet, Fedris dispose d'un délai de trois mois pour se prononcer.

Si Fedris estime que le projet respecte les dispositions légales et que les droits de la victime sont correctement pris en compte, il entérine l'accord et en informe les parties par courrier recommandé. Cette approbation permet alors le règlement définitif des indemnités prévues.

Si Fedris considère que certaines informations sont manquantes ou que certains éléments doivent être modifiés, il adresse un avis motivé aux parties afin qu'un nouveau projet soit établi.

4.4. La révision

L'entérinement de l'accord ou l'existence d'une décision judiciaire ne signifie pas que la situation de la victime est définitivement figée.

En effet, l'état de santé de la victime peut évoluer après la consolidation et la clôture du dossier. Les séquelles de l'accident peuvent s'aggraver ou, au contraire, s'améliorer avec le temps, de manière parfois imprévisible.

Pour tenir compte de cette évolution, la législation prévoit une procédure de révision[31]. Concrètement, pendant une période de trois ans à compter de l'entérinement de l'accord-indemnité ou de la décision judiciaire, tant la victime que l'assureur peuvent demander la révision du degré d'incapacité permanente de travail si l'état médical de la victime s'est amélioré ou détérioré.

Cette demande de révision doit être introduite dans un délai de trois ans à compter de la date de l'entérinement de l'accord entre les parties ou de la date du jugement. Dans ce cadre, les parties peuvent solliciter une adaptation de l'allocation annuelle si l'évolution des lésions, constatée après la consolidation, le justifie.

31. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.,* 24 avril 1971, art.72.

Chapitre 3
L'indemnisation de l'accident du travail et la capacité de travail de la victime

A. Qu'est-ce qui est pris en charge ?

La survenance d'un accident du travail entraîne souvent des conséquences financières pour la victime. Une question essentielle se pose alors : qu'est-ce qui est pris en charge par l'assureur-loi ?

Si l'accident est reconnu comme accident du travail, l'assureur-loi intervient pour couvrir certains coûts, selon des règles et des conditions précises prévues par la législation. Cette section présente les différents frais pouvant être remboursés ainsi que les conditions à remplir pour bénéficier de cette prise en charge.

❶ Les frais médicaux

À la suite d'un accident du travail reconnu comme tel, la victime peut obtenir le remboursement des soins rendus nécessaires par les conséquences de cet événement. Sont notamment concernés les consultations médicales, les interventions chirurgicales, les soins dentaires et infirmiers, les médicaments prescrits ainsi que les prothèses ou autres dispositifs susceptibles de favoriser le rétablissement ou d'améliorer la qualité de vie de la victime[32].

Pour pouvoir bénéficier de cette intervention, les dépenses engagées doivent être en lien avec l'accident. Il appartient à la victime d'établir ce lien. Toutefois, la notion de nécessité de soins est à interpréter de manière large. Par conséquent, un traitement ne doit pas nécessairement permettre une diminution de l'incapacité de travail pour être remboursé. Il suffit qu'il présente une utilité dans le processus de guérison, dans le soulagement des douleurs ou dans la prise en charge des séquelles résultant de l'accident.

Se pose également la question de savoir si la victime peut faire appel à n'importe quel médecin. En pratique, il faut faire une distinction. Si un service médical est organisé par l'employeur ou par l'assureur-loi, la victime doit en principe s'y adresser. En l'absence d'un tel service, elle conserve la liberté de choisir son professionnel de santé.

Quelles sont les modalités des remboursements ?

Il convient d'être attentif aux modalités de remboursement appliquées par l'assureur-loi. Son intervention est en effet calculée sur la base des tarifs fixés par l'INAMI. Dès lors, si un prestataire de soins pratique des honoraires supérieurs à ces tarifs, la différence entre le montant réclamé et celui retenu par l'INAMI restera à charge de la victime.

32. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.,* 24 avril 1971, art.28.

En principe, celle-ci ne doit pas avancer les coûts liés à ses soins. Il lui suffit généralement d'informer le prestataire concerné que ceux-ci s'inscrivent dans le cadre d'un accident du travail afin que la facture soit adressée directement à l'assureur-loi. Néanmoins, si la victime a déjà payé certains montants, elle pourra en demander le remboursement en transmettant les factures, attestations de soins ou tout autre justificatif utile.

❷ Les frais de déplacement

Les conséquences d'un accident du travail ne se limitent pas aux soins médicaux. La victime peut également être amenée à effectuer de nombreux déplacements, par exemple pour se rendre à des consultations, à des examens médicaux ou à des expertises. Dans certaines situations, ces frais de déplacement peuvent être pris en charge par l'assureur-loi.

Cette intervention concerne notamment les trajets effectués à la demande de l'assureur-loi, du médecin-conseil de l'assurance ou du tribunal du travail, ainsi que les déplacements nécessaires pour des raisons médicales en lien avec l'accident.

Les modalités de remboursement varient selon le moyen de transport utilisé. Lorsque la victime se déplace en transports en commun, elle peut obtenir le remboursement intégral du coût du trajet. Pour cela, elle doit transmettre à l'assureur-loi son titre de transport ainsi que les informations permettant de justifier le déplacement.

Si elle utilise son véhicule personnel ou un autre moyen de transport privé, elle devra communiquer la date du déplacement, son motif et le nombre de kilomètres parcourus. Dans ce cas, l'intervention de l'assureur est calculée sur la base d'une indemnité kilométrique. Ce remboursement n'est toutefois accordé que pour les trajets d'au moins cinq kilomètres.

L'utilisation d'un taxi ou d'une ambulance est soumise à une règle particulière. Avant d'engager ce type de frais, la victime doit obtenir l'accord préalable de l'assureur-loi. Lorsque cette autorisation est accordée, les frais sont remboursés sur la base de leur coût réel.

La question peut également se poser pour les proches de la victime. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, certains déplacements des membres de la famille peuvent être remboursés. Dans ces conditions, un voyage est pris en charge lorsque l'hospitalisation dure entre deux et sept jours. Un voyage supplémentaire est accordé pour chaque nouvelle période de trois jours d'hospitalisation. En cas de risque de décès, un déplacement additionnel peut également être remboursé.

❸ L'assistance d'une tierce personne

Les conséquences d'un accident du travail peuvent parfois être telles que la victime ne parvient plus à accomplir seule certains actes de la vie quotidienne. Dans ce cas, la loi prévoit l'octroi d'une allocation complémentaire destinée à compenser le besoin d'assistance d'une autre personne[33].

33. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.,* 24 avril 1971, art.24.

Pour pouvoir bénéficier de cette intervention, il faut que l'état de santé de la victime rende nécessaire une aide régulière. La législation ne définit toutefois pas précisément les conditions permettant de reconnaître ce besoin. Ce sont donc les tribunaux qui ont progressivement précisé les critères à prendre en compte[34].

L'évaluation ne se limite pas à l'incapacité de travailler. Elle porte plus largement sur les difficultés rencontrées par la victime dans sa vie quotidienne. Il s'agit notamment d'examiner dans quelle mesure elle est encore capable d'accomplir seule certains gestes essentiels, tels que se déplacer, s'habiller, se laver ou encore se nourrir.

Il n'est pas nécessaire que la victime soit totalement incapable d'effectuer ces actes. Une aide peut également être reconnue lorsque leur réalisation est devenue particulièrement difficile, pénible ou nécessite une assistance régulière pour être accomplie dans des conditions normales. En revanche, les inconvénients purement moraux ou affectifs ne sont pas pris en considération. De même, le simple fait qu'un conjoint ou un membre de la famille accomplisse certaines tâches ménagères ne suffit pas à justifier l'octroi de cette allocation.

L'appréciation du besoin d'assistance s'effectue au cas par cas, en tenant compte de la situation concrète de chaque victime. L'indemnisation accordée ne correspond toutefois pas nécessairement au coût réel de l'aide reçue. Elle prend la forme d'une allocation forfaitaire destinée à compenser, de manière standardisée, le recours à l'assistance d'une tierce personne.

4 L'indemnité en cas d'incapacité temporaire

Une incapacité temporaire[35] de travail consécutive à un accident du travail ouvre le droit à une indemnisation destinée à compenser la perte de revenus liée à l'absence du travailleur. En principe, cette indemnité est versée par l'assureur-loi aux mêmes échéances que celles auxquelles le salaire aurait normalement été payé.

Il convient toutefois de distinguer cette indemnisation de la période de salaire garanti. Durant cette première phase, l'employeur continue à verser la rémunération du travailleur. Les sommes ainsi payées sont ensuite récupérées auprès de l'assureur-loi.

À l'issue de cette période, l'assureur-loi prend directement le relais. L'indemnité accordée correspond à 90 % du salaire journalier moyen de la victime. Celui-ci est obtenu en divisant le salaire annuel de base par 365. La législation prévoit cependant un salaire minimum et un salaire maximum qui servent de référence pour le calcul de l'indemnité. Pour l'année 2026, ces montants annuels sont respectivement fixés à 8 666,78 euros et à 58 096,10 euros[36].

Pour bénéficier de cette indemnisation, la victime doit transmettre à l'assureur-loi ses certificats ou attestations d'incapacité de travail dans les meilleurs délais. Cette démarche est importante, mais elle ne suffit pas à elle seule pour obtenir le paiement des indemnités.

34. Voy. notamment C. trav. Mons, 20 février 2006, R.G. JS61876 disponible sur https://www.terralaboris.be/spip.php?article112
35. Les notions d'incapacité temporaire et permanente seront expliquées plus loin dans cette brochure.
36. Pour retrouver les différents montants, vous pouvez consulter le site de Fedris https://www.fedris.be/fr/themes/definition-et-assurance/terminologie

En effet, la reconnaissance de l'accident du travail n'entraîne pas automatiquement la prise en charge de toutes les périodes d'incapacité de travail qui suivent. L'assureur peut encore vérifier si l'incapacité invoquée trouve effectivement son origine dans l'accident. À cette fin, il sollicite généralement l'avis de son médecin-conseil avant de se prononcer sur son intervention.

Si l'assureur considère que l'incapacité de travail n'est pas liée à l'accident du travail, il peut refuser de l'indemniser. Dans cette situation, la victime devra s'adresser à sa mutualité afin de bénéficier, le cas échéant, des prestations prévues par l'assurance maladie-invalidité.

5 La rente en cas d'incapacité de travail permanente

Certaines victimes conservent des séquelles après leur accident du travail, même après avoir reçu tous les soins nécessaires. Dans une telle situation, il peut être reconnu qu'elles présentent une incapacité de travail permanente.

Cette reconnaissance intervient au moment de la consolidation. La consolidation correspond à la date à partir de laquelle l'état de santé de la victime est considéré comme stabilisé. Cela ne signifie pas nécessairement qu'elle est guérie, mais que son état n'est plus susceptible de connaître une amélioration ou une aggravation significative à court terme.

Pour rappel, une fois la consolidation constatée, l'assureur-loi établit un projet d'accord-indemnité fixant notamment la date de consolidation, le taux d'incapacité permanente et l'indemnité proposée. Cet accord ne produit toutefois ses effets qu'après l'approbation de Fedris et de la victime ou, en cas de contestation, lorsqu'une décision définitive du tribunal du travail fixe le degré d'incapacité et l'indemnisation correspondante.

À compter de l'entérinement de l'accord ou du moment où la décision judiciaire devient définitive, la victime perçoit une allocation calculée sur la base du taux d'incapacité permanente retenu. Cette allocation est versée pendant une période de trois ans, appelée période de révision. Comme expliqué, durant ce délai, la victime comme l'assureur peuvent demander une réévaluation de ce taux si l'état de santé de la victime s'améliore ou, au contraire, se détériore. À l'issue de cette période, l'indemnisation devient définitive et est remplacée par une rente viagère. Cette rente est calculée sur la base du taux d'incapacité permanente définitivement fixé.

6 Les frais funéraires

Un accident du travail peut, dans certains cas, entraîner le décès de la victime. Cette situation a des conséquences humaines évidentes, mais aussi financières pour les proches, notamment en ce qui concerne les frais liés aux funérailles.

Lorsque l'accident est reconnu comme accident du travail, la législation prévoit la prise en charge des frais funéraires par l'assureur-loi[37]. Cette indemnité est versée à la personne qui a effectivement supporté les dépenses. Il s'agit d'un montant forfaitaire, fixé à trente fois la rémunération journalière moyenne de la victime. Ce mode de calcul peut conduire à un remboursement supérieur ou inférieur aux frais réellement engagés, sans lien direct avec leur montant exact.

37. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.10.

En plus de cette intervention, l'assureur-loi est tenu de prendre en charge les frais liés au transfert du corps[38]. Cela concerne aussi bien le transport de la dépouille vers le lieu d'inhumation choisi par la famille que le rapatriement depuis l'étranger lorsque l'accident est survenu hors du pays. Il est important de noter que le lieu d'inhumation, qu'il soit situé en Belgique ou à l'étranger, ne peut pas justifier un refus de prise en charge de ces frais par l'assureur-loi.

Par ailleurs, comme il sera détaillé plus loin dans cette brochure, les proches de la victime peuvent également, dans certaines conditions, prétendre à l'octroi de rentes prévues par la législation, en fonction de leur lien avec la personne décédée et de leur situation.

B. L'incapacité de travail

Après avoir abordé la question des soins pris en charge par l'assureur-loi, il convient de s'intéresser aux conséquences de l'accident sur la capacité de travail de la victime. Un accident du travail peut en effet entraîner une période d'incapacité de travail, dont la durée et les effets varient selon les situations.

La législation distingue à cet égard deux types d'incapacité : l'incapacité temporaire, lorsque l'état de la victime est susceptible d'évoluer, et l'incapacité permanente, lorsque les séquelles sont considérées comme stabilisées et durables.

❶ L'incapacité de travail temporaire

À la suite d'un accident du travail, la période d'incapacité qui s'ensuit est qualifiée de temporaire. Cette qualification est maintenue tant que l'état de santé de la victime est susceptible d'évoluer. Elle prend fin lorsque la guérison est constatée ou au moment de la consolidation, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est considéré comme stabilisé et qu'aucune amélioration ou aggravation significative n'est attendue. L'incapacité temporaire cesse également en cas de décès de la victime.

L'évaluation de cette incapacité se fait en tenant compte de la profession habituelle exercée par le travailleur au moment de l'accident. L'analyse porte donc sur sa capacité à reprendre l'activité qu'il exerçait avant la survenance de l'événement.

Durant cette période, le préjudice indemnisé correspond à la perte de rémunération subie par le travailleur par rapport à son emploi habituel. Afin de compenser cette perte, la victime perçoit des indemnités journalières versées par l'assureur-loi.

L'incapacité temporaire peut revêtir deux formes. Elle est dite totale lorsque le travailleur se trouve dans l'impossibilité d'exercer toute activité professionnelle et demeure en arrêt de travail complet. Elle est qualifiée de partielle lorsqu'il peut reprendre une activité, mais dans des conditions réduites par rapport à son emploi antérieur, par exemple avec un rythme, une charge ou un temps de travail diminué.

38. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.11.

❷ L’incapacité de travail permanente

Il a été rappelé ci-dessus que l'incapacité de travail temporaire prend fin soit par la guérison de la victime, soit en cas de décès, soit au moment de la consolidation. Cette étape constitue un moment déterminant puisqu'elle marque, lorsque des séquelles persistent, le passage vers une incapacité de travail permanente.

Contrairement à l'incapacité temporaire, l'incapacité permanente n'est plus appréciée en fonction du poste occupé par la victime au moment de l'accident. L'objectif est d'évaluer dans quelle mesure les séquelles diminuent durablement sa capacité à exercer une activité professionnelle sur le marché général de l'emploi. L'évaluation porte donc sur l'ensemble des professions que la victime est encore susceptible d'exercer de manière régulière, et non uniquement sur celle qu'elle occupait avant l'accident. Dès lors, le fait qu'elle ait perdu son emploi ou qu'elle subisse une diminution de ses revenus ne suffit pas, à lui seul, à déterminer le taux d'incapacité permanente.

Pour apprécier cette perte de capacité professionnelle, plusieurs éléments sont pris en considération. Il est notamment tenu compte de l'âge de la victime, de sa formation, de son expérience professionnelle, de ses possibilités de réadaptation et de sa capacité à acquérir de nouvelles compétences. En pratique, une personne peu qualifiée ou plus âgée rencontrera souvent davantage de difficultés à retrouver un emploi compatible avec ses limitations qu'un travailleur plus jeune ou disposant d'une qualification plus élevée. L'évaluation s'effectue également au regard des possibilités d'emploi existant sur le marché du travail, sans toutefois tenir compte de circonstances économiques passagères, comme une pénurie de main-d'œuvre dans un secteur déterminé.

Au terme de cette évaluation, l'incapacité permanente reconnue peut être totale ou partielle. Elle est considérée comme totale lorsque les séquelles empêchent la victime d'exercer normalement toute activité professionnelle susceptible de lui procurer des revenus réguliers. Elle est, en revanche, partielle lorsque la victime conserve une capacité de travail, mais que celle-ci est définitivement réduite. Dans cette hypothèse, elle peut encore exercer certaines activités professionnelles, même si elle n'est plus en mesure de reprendre son métier antérieur.

La reconnaissance d'une incapacité permanente a également des conséquences sur les modalités d'indemnisation. À partir de la consolidation, la victime ne perçoit plus des indemnités journalières comme durant la période d'incapacité temporaire. Elle bénéficie désormais d'une allocation annuelle dont le montant est déterminé en fonction du taux d'incapacité permanente qui lui est reconnu. Cette allocation qu’elle percevra pendant trois ans se transformera en rente viagère une fois le délai de révision dépassé.

C. Le décès du travailleur

1 Les ayants droit

Lorsqu'une personne décède à la suite d'un accident du travail, certaines personnes de son entourage peuvent bénéficier d'une rente[39]. Ces personnes sont appelées les ayants droit.

Cette rente vise à compenser, au moins en partie, la perte des revenus dont bénéficiait le ménage ou la famille grâce à la rémunération de la victime.

La loi distingue cinq catégories d'ayants droit :

- le conjoint survivant ;
- les enfants et enfants adoptés ;
- les ascendants ;
- les petits-enfants ;
- les frères et sœurs.

Tous les ayants droit ne sont toutefois pas placés sur un pied d'égalité. La loi prévoit un ordre de priorité.

Le conjoint et les enfants sont prioritaires. Ils peuvent bénéficier d'une rente indépendamment de l'existence d'autres ayants droit, car la loi considère qu'ils sont, en principe, économiquement dépendants de la victime.

Les ascendants et les petits-enfants (lorsqu'ils ne viennent pas par représentation d'un enfant prédécédé) ne peuvent prétendre à une rente que si la victime ne laisse aucun enfant bénéficiaire.

Les frères et sœurs ne peuvent quant à eux bénéficier d'une rente qu'en l'absence de tout autre ayant droit.

1.1. Le conjoint

La notion de conjoint vise non seulement les personnes mariées, mais également les cohabitants légaux.

En revanche, les cohabitants de fait, c'est-à-dire les personnes qui vivent ensemble sans être mariées ni avoir conclu une déclaration de cohabitation légale, ne peuvent pas bénéficier d'une rente.

Si le mariage a été célébré avant l'accident du travail, le conjoint survivant a droit à une rente, pour autant qu'il ne soit ni divorcé ni séparé de corps au moment de l'accident.

Lorsque le mariage a été conclu après l'accident, le droit à la rente existe uniquement si l'une des conditions suivantes est remplie :

- le mariage a duré au moins un an ;
- un enfant est issu de cette union ;
- au moment du décès, un enfant est à la charge de l'un des époux et ouvre le droit aux allocations familiales.

39. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, *M.B.*, 24 avril 1971, art.12 à 17.

En revanche, une simple séparation de fait n'a aucune incidence sur le droit à la rente.

Le conjoint survivant bénéficie d'une rente annuelle correspondant à 30 % de la rémunération de base de la victime.

Contrairement aux autres ayants droit, il peut demander que jusqu'à un tiers de cette rente lui soit versé sous forme de capital.

Cette demande doit être introduite devant le tribunal du travail. Le juge vérifiera notamment si cette conversion est dans l'intérêt du demandeur. Il est donc important d'expliquer précisément l'utilisation qui sera faite de cette somme.

1.2. Les enfants et enfants adoptés

Tous les enfants ne peuvent pas bénéficier d'une rente. Celle-ci est réservée aux enfants de la victime, aux enfants de son conjoint ou de son cohabitant légal ainsi qu'aux enfants nés ou conçus au moment du décès. Les enfants adoptés peuvent également bénéficier d'une rente, à condition que l'adoption ait été prononcée avant le décès ou qu'une procédure d'adoption ait déjà été engagée.

Contrairement à la rente du conjoint survivant, la rente des enfants est limitée dans le temps. Elle est versée tant que l'enfant peut bénéficier des allocations familiales et, à minima, jusqu'à l'âge de 18 ans. Cette limite ne s'applique toutefois pas aux enfants présentant une incapacité d'au moins 66 %.

En ce qui concerne le montant de la rente, il dépend de la situation familiale. Lorsqu'un enfant perd un seul de ses parents, il bénéficie d'une rente correspondant à 15 % de la rémunération de base de la victime. Ce pourcentage est accordé à chaque enfant, dans la limite d'un plafond global de 45 %. Lorsqu'un enfant est orphelin de père et de mère, la rente est portée à 20 % de la rémunération de base par enfant, sans que le total puisse dépasser 60 %.

1.3. Les ascendants

Les ascendants (parents, grands-parents, etc.) peuvent également bénéficier d'une rente, mais uniquement si la victime ne laisse aucun enfant bénéficiaire. Ils doivent en outre démontrer qu'ils dépendaient financièrement de la victime au moment de l'accident. Cette dépendance est présumée lorsqu'ils vivaient sous le même toit que la victime. À défaut, ils devront prouver qu'ils bénéficiaient directement de sa rémunération.

En principe, la rente n'est versée que jusqu'au moment où la victime aurait atteint l'âge de 25 ans. Cette limite disparaît toutefois lorsque les ascendants démontrent que la victime constituait leur principale source de revenus.

Les parents de la victime bénéficient d'une rente correspondant à 20 % de la rémunération de base lorsqu'il n'existe ni conjoint survivant ni enfant bénéficiaire, ou de 15 % lorsqu'il existe un conjoint survivant mais aucun enfant bénéficiaire.

Les autres ascendants, tels que les grands-parents, ne peuvent bénéficier d'une rente que si les parents de la victime sont eux-mêmes décédés. Dans ce cas, ils bénéficient d'une

rente de 15 % chacun lorsqu'il n'existe ni conjoint survivant ni enfant bénéficiaire, ou de 10 % chacun lorsqu'il existe un conjoint survivant mais aucun enfant bénéficiaire.

1.4. Les petits-enfants

Les petits-enfants peuvent également bénéficier d'une rente dans certaines situations. Ils doivent démontrer qu'ils bénéficiaient directement de la rémunération de la victime, cette condition étant présumée remplie lorsqu'ils vivaient sous le même toit que celle-ci. Comme pour les enfants, la rente est versée aussi longtemps que le bénéficiaire ouvre le droit aux allocations familiales et, à minima, jusqu'à l'âge de 18 ans. Cette limite ne s'applique toutefois pas aux petits-enfants présentant une incapacité d'au moins 66 %.

Les petits-enfants ne peuvent bénéficier d'une rente que lorsque la victime ne laisse pas d'enfant bénéficiaire. Dans ce cas, la rente s'élève à 15 % de la rémunération de base lorsque le petit-enfant est orphelin d'un seul parent et à 20 % lorsqu'il est orphelin de ses deux parents.

1.5. Les frères et sœurs

Les frères et sœurs constituent la dernière catégorie d'ayants droit.

Ils ne peuvent bénéficier d'une rente que lorsqu'aucun autre ayant droit ne peut y prétendre.

Comme les ascendants et les petits-enfants, ils doivent démontrer qu'ils dépendaient financièrement de la victime. Cette dépendance est présumée lorsqu'ils vivaient sous le même toit que celle-ci.

La rente est versée aussi longtemps que le bénéficiaire ouvre le droit aux allocations familiales et, à minima, jusqu'à l'âge de 18 ans.

Chaque frère ou sœur peut bénéficier d'une rente correspondant à 15 % de la rémunération de base de la victime.

Toutefois, le total des rentes ne peut jamais dépasser 45 % de cette rémunération. Par exemple, si la victime laisse quatre frères et sœurs remplissant les conditions, le montant total restera limité à 45 % et sera réparti entre eux.

❷ L'allocation de décès

Dans certaines situations, les proches de la victime ne peuvent pas bénéficier d'une rente de survivant, mais peuvent prétendre à une allocation de décès. Ces deux prestations sont en effet exclusives l'une de l'autre : lorsqu'une allocation de décès est accordée, aucune rente n'est due.

L'allocation de décès est une indemnité forfaitaire qui peut être octroyée lorsque la victime décède des suites d'un accident du travail ou d'un accident sur le chemin du travail après l'expiration du délai de révision. Pour rappel, le délai de révision est la période de trois ans qui suit la reconnaissance de l'incapacité permanente et durant laquelle le degré de cette incapacité peut encore être revu si l'état de santé de la victime évolue.

Pour ouvrir le droit à cette allocation, il faut que l'accident ait entraîné une incapacité permanente de travail et que le décès soit la conséquence de cet accident.



Rappel de quelques conseils

Même lorsque l'accident paraît évident ou qu'il s'est produit en présence de plusieurs témoins, il est important de prendre certaines précautions afin de préserver ses droits lors de la déclaration d'accident.

Signalez l'accident à votre employeur le plus rapidement possible

Si possible, privilégiez un moyen de communication qui vous permettra de conserver une preuve de votre déclaration (mail, courrier recommandé, message écrit, etc.).

Consultez un médecin sans attendre

Faites établir un certificat médical en précisant au médecin que les blessures sont liées à un accident du travail. Certains travailleurs attendent plusieurs jours avant de consulter, en espérant que les douleurs disparaitront. Toutefois, un délai entre l'accident et la constatation médicale peut rendre plus difficile la démonstration du lien entre les lésions et l'évènement accidentel. Une fois ce certificat à votre disposition, envoyez-le à votre employeur.

Identifiez les éventuels témoins

Si des personnes ont assisté à l'accident, notez leurs coordonnées et communiquez-les rapidement à votre employeur. Si elles acceptent de rédiger une attestation relatant les faits, cela peut constituer un élément de preuve supplémentaire.

Décrivez précisément les circonstances de l'accident

Expliquez dans la déclaration d'accident le plus clairement possible où l'accident s'est produit, à quel moment il est survenu et comment il s'est déroulé. Ces informations sont essentielles, car la reconnaissance d'un accident du travail suppose qu'il soit possible d'identifier un événement précis, situé dans le temps et dans l'espace, à l'origine de la lésion.

Conservez tous les documents utiles

Certificats médicaux, échanges de mails, attestations de témoins ou tout autre document en lien avec l'accident pouvant s'avérer utiles.

Même lorsqu'un accident semble incontestable, il est toujours préférable de constituer un dossier complet dès le départ. Cette vigilance permet souvent d'éviter des difficultés par la suite et de faciliter la reconnaissance de vos droits.

Contactez votre mutuelle

Lorsqu'un accident du travail survient et entraine une incapacité de travail, informez-en votre mutuelle. Si l'incapacité se prolonge et que l'assureur tarde à reconnaitre l'accident du travail, ou refuse de le reconnaitre, la mutuelle pourra vérifier si vous remplissez les conditions pour bénéficier d'indemnités de la mutuelle, ce qui vous permettra de ne pas rester sans revenus.

Conclusion

Le régime belge des accidents du travail poursuit un objectif fondamental : garantir aux travailleurs victimes d'un risque professionnel une indemnisation sans qu'ils aient à démontrer une faute de leur employeur. Ce mécanisme constitue une protection importante, puisqu'il permet, en principe, une prise en charge rapide des conséquences d'un accident survenu dans le cadre du travail ou sur le chemin du travail.

Cette protection n'est toutefois pas exempte de limites. La réparation accordée ne couvre pas toujours l'ensemble des préjudices réellement subis. Certaines conséquences de l'accident, qu'elles soient humaines, professionnelles ou économiques, peuvent ainsi demeurer partiellement ou totalement sans compensation. De plus, le principe d'immunité civile de l'employeur, qui constitue l'un des fondements historiques du système, continue d'alimenter les débats quant à son incidence sur la prévention des risques professionnels et sur la responsabilisation des différents acteurs.

À ces limites s'ajoutent les difficultés auxquelles les victimes peuvent être confrontées dans la pratique. La reconnaissance d'un accident du travail n'est pas toujours acquise d'emblée. Lorsque les circonstances de l'accident sont contestées ou que les séquelles font l'objet d'un désaccord, les procédures peuvent devenir longues, techniques et éprouvantes. Dans certains dossiers, les victimes doivent faire face à des refus de reconnaissance ou à des interprétations particulièrement restrictives de la législation, ce qui les conduit parfois à engager des procédures judiciaires afin de faire valoir leurs droits. Il arrive d'ailleurs que certains assureurs défendent une lecture très stricte des conditions légales et continuent, dans certains contentieux, à soutenir des positions déjà écartées par la jurisprudence, avec pour conséquence de prolonger les litiges et de retarder l'indemnisation de certaines victimes.

Ces constats ne remettent pas en cause les fondements du système belge des accidents du travail, qui repose sur un équilibre historique entre les intérêts des travailleurs, des employeurs et des assureurs. Ils invitent toutefois à rester attentif à la manière dont ce système est appliqué dans la pratique. Si les assureurs ont pour mission d'indemniser les victimes lorsque les conditions légales sont réunies, ils sont également chargés d'en vérifier le respect. Il en résulte parfois une forme de méfiance réciproque : les victimes redoutent de ne pas voir leurs droits pleinement reconnus, tandis que les assureurs veillent à ne pas indemniser au-delà de ce que prévoit la loi. Il est, par conséquent, essentiel que les travailleurs conservent, dès la survenance de l'accident, l'ensemble des éléments susceptibles d'établir les circonstances de celui-ci, l'évolution de leur état de santé et les conséquences qui en découlent. Une protection juridique n'atteint pleinement son objectif que si les personnes auxquelles elle est destinée disposent également des moyens de faire valoir effectivement leurs droits.

Dans cette perspective, l'information joue un rôle essentiel. Connaître les démarches à accomplir, comprendre les règles applicables, conserver systématiquement les preuves utiles et savoir à quel moment solliciter un accompagnement médical ou juridique permet aux victimes de mieux préserver et défendre leurs droits. Plus largement, une bonne compréhension du fonctionnement du régime des accidents du travail contribue à renforcer l'effectivité de la protection que le législateur a entendu garantir aux travailleurs confrontés à un risque professionnel.

L'objet social de l'Atelier des Droits sociaux

L'association a pour but la promotion de la citoyenneté active pour tous. Elle vise à la suppression des exclusions en matière économique, juridique et politique, notamment sur le plan du travail, de l'habitat, de la santé, de la sécurité sociale, de l'aide sociale et de l'aide juridique. Elle accorde une attention particulière aux personnes qui rencontrent des difficultés à exercer la plénitude des droits nécessaires pour participer pleinement à la vie sociale, ainsi qu'à la sauvegarde et au développement des mécanismes de solidarité sociale.

Dans cette perspective, elle a pour objectifs l'élaboration et la mise en œuvre des moyens permettant à tous les citoyens de connaître leurs droits, de les faire valoir et de s'organiser collectivement pour les défendre ou les promouvoir, notamment par l'information la plus large, l'aide juridique, des formations adaptées et l'appui aux initiatives d'organisation collective. Dans la même perspective, l'association a également pour objectif l'information et la sensibilisation des instances politiques, économiques et sociales sur les situations d'exclusion des droits sociaux.

L'Atelier des Droits Sociaux met à disposition des associations, et du public, des outils pédagogiques et une documentation générale sur les droits sociaux dans une optique de :

- Promotion des droits sociaux
- Lutte contre les mécanismes d'exclusion sociale
- Démocratisation de la culture juridique

L'asbl est reconnue comme organisation générale d'éducation permanente par la Fédération Wallonie-Bruxelles et comme association œuvrant à l'insertion par le logement par la Région de Bruxelles-Capitale.
Elle est soutenue comme initiative Santé par la Commission communautaire française.
Elle est agréée comme service juridique de 1ère ligne par la FWB.