

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

VI<sup>e</sup> CHAMBRE

A R R Ê T

n° 237.391 du 16 février 2017

A.214.186/VI-20.308

En cause : **l'union professionnelle des entreprises d'assurances  
ASSURALIA,**

ayant élu domicile chez  
M<sup>es</sup> Pierre DE BANDT et  
Raluca GHERGHINARU, avocats,  
avenue de l'Yser 19  
1040 Bruxelles,

contre :

**l'Etat belge**, représenté par la Ministre des Affaires sociales et  
de la Santé publique,

ayant élu domicile chez  
M<sup>es</sup> Pierre SLEGERS et  
Bruno FONTEYN, avocats,  
place Eugène Flagey 18  
1050 Bruxelles.

---

*I. Objet de la requête*

Par une requête introduite le 7 novembre 2014, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances, ASSURALIA, poursuit l'annulation, d'une part de l'arrêté royal du 17 juillet 2014 modifiant l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail, et, d'autre part, de l'arrêté royal du 17 juillet 2014 modifiant l'arrêté royal du 5 mars 2006 fixant la procédure d'intervention en conciliation du médecin du Fonds des accidents du travail, publiés au Moniteur belge du 11 septembre 2014.

A la lecture de la requête, il apparaît que la requérante demande plus précisément:

- d'une part, d'annuler les articles 2, 3 et 4 du premier arrêté royal attaqué en ce qu'ils modifient la procédure d'entérinement des accords-indemnités afin de conférer aux

médecins des mutualités le pouvoir de donner leur accord sur les éléments du rapport de consolidation lorsque le taux d'invalidité permanente est égal ou supérieur à 10 pourcent et d'annuler les articles 1<sup>er</sup>, 2, 3, 4 et 5 du deuxième arrêté royal attaqué, en ce qu'ils instaurent une procédure de conciliation obligatoire auprès du Fond des accidents du travail, chaque fois que les médecins des mutualités et les médecins des assureurs accidents du travail, ne parviennent pas à un accord quant aux éléments du rapport de consolidation,

- d'autre part d'annuler l'article 1<sup>er</sup> du premier arrêté attaqué, en ce qu'il impose aux entreprises d'assurances accidents de travail d'indiquer dans le rapport de consolidation un certain nombre de mentions supplémentaires.

## *II. Procédure*

Des avis prescrits par l'article 3<sup>quater</sup> de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'État, ont été publiés au Moniteur belge du 5 décembre 2014.

Le dossier administratif a été déposé.

Les mémoires en réponse et en réplique ont été régulièrement échangés.

M<sup>me</sup> Elisabeth WILLEMART, auditeur au Conseil d'État, a rédigé un rapport sur la base de l'article 12 du règlement général de procédure.

Le rapport a été notifié aux parties.

Les parties ont déposé un dernier mémoire.

Par une ordonnance du 6 septembre 2016, l'affaire a été fixée à l'audience du 12 octobre 2016 à 10 heures.

Les droits visés à l'article 70 de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'État ont été acquittés.

M. Jacques JAUMOTTE, président de chambre, a exposé son rapport.

M<sup>e</sup> Raluca GHERGHINARU, avocat, comparaisant pour la partie requérante et M<sup>e</sup> Pierre SLEGERS, avocat, comparaisant pour la partie adverse, ont

été entendus en leurs observations.

M<sup>me</sup> Elisabeth WILLEMART, auditeur, a été entendue en son avis conforme au présent arrêt.

Il est fait application des dispositions relatives à l'emploi des langues, inscrites au titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973.

### *III. Exposé des faits et du contexte légal utiles à l'examen du recours*

#### *III.1. Le contexte légal exposé par les parties*

Dans sa requête introductive d'instance, la requérante présente comme suit le contexte factuel et légal dans lequel interviennent les arrêtés attaqués :

" A. Brève description de la procédure actuelle d'entérinement des accords par le FAT prévue dans la législation sur les accidents du travail.

[...] Les accidents qui se produisent sur le lieu de travail ou sur le chemin du travail doivent être déclarés à l'entreprise d'assurances (ci-après "l'assureur AT «ou» l'entreprise d'assurances AT"). L'assureur AT déterminera ensuite s'il s'agit d'un accident du travail ou d'un accident sur le chemin du travail au sens de la loi sur les accidents du travail du 10 avril 1971 <sup>[...]</sup> (ci-après la «LAT»).

[...] Lorsque l'accident a été la cause d'une incapacité temporaire de travail, l'assureur AT paie à la victime une indemnité journalière équivalant (i) à 90 % de la rémunération quotidienne moyenne lorsque l'incapacité est totale <sup>[...]</sup> ou (ii) à la différence entre la rémunération avant l'accident et celle que la victime gagne depuis sa remise au travail lorsque l'incapacité est partielle <sup>[...]</sup>. Le cas échéant, l'assureur AT paie également à la victime les frais médicaux, les frais pharmaceutiques, les frais hospitaliers, le coût des prothèses et les éventuels frais de déplacement causés par l'accident.

[...] Pendant la période d'incapacité temporaire (totale ou partielle) de travail, l'assureur AT est le seul à indemniser la victime pour les dommages résultant de l'accident du travail.

[...] Si les lésions de la victime n'évoluent plus, le médecin-conseil de l'assureur AT constate la consolidation. La jurisprudence définit la consolidation comme «le moment où la guérison est complète, ou la date de décès, ou le moment où les lésions de la victime se sont stabilisées, de sorte que, normalement, aucune intervention médicale ou autre ne pourra influencer sur la récupération de la capacité de travail. La fixation de la date de consolidation est principalement une question médicale, mais les conséquences de la consolidation se situent au niveau juridique» <sup>[...]</sup>.

[...] Lorsque la consolidation est constatée, le médecin-conseil de l'assureur AT fixe le taux d'incapacité permanente de travail (ci-après «le taux d'IPT»). Ce taux tient compte des lésions de la victime, mais également de son âge, de sa qualification professionnelle, de sa possibilité d'adaptation et de recyclage professionnel, etc. [voir l'annexe 1<sup>ère</sup> (projet d'accord indemnité) de l'AR du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail (...)]. Ensuite, l'assureur AT établit un projet d'accord qu'[il] envoie à la victime ou à son ayant droit pour accord.

[...] L'article 65 de la LAT prévoit à cet égard que:

«Les parties sont tenues de soumettre, pour entérinement, au Fonds des accidents du travail les accords concernant les indemnités dues en raison de l'accident du travail, suivant les modalités et dans les conditions fixées par le Roi.

L'accord ne sortit ses effets qu'après entérinement par le Fonds des accidents du travail. À peine de nullité, ces accords sont motivés et mentionnent la rémunération de base, la nature des lésions, le taux d'incapacité de travail et la date de consolidation. Le Roi établit un modèle d'accord.

Les entreprises d'assurances soumettent au Fonds toutes les données concernant le règlement de l'accident.

Le Fonds des accidents du travail ne procède à l'entérinement de l'accord qu'après avoir constaté que l'accident a été réglé conformément aux dispositions de la loi. Le Fonds des accidents du travail adresse une copie de l'accord entériné à chacune des parties ou, le cas échéant, à leur représentant.

Si le Fonds estime qu'un des éléments repris dans l'accord soumis n'a pas été fixé conformément à la loi, il refuse d'entériner l'accord et communique son point de vue motivé aux parties. Dans ce cas, le litige est porté devant le tribunal du travail par la partie la plus diligente qui informe le tribunal du point de vue du Fonds. Le Fonds peut être appelé à la cause» [...].

[...] L'AR du 10 décembre 1987 précité décrit en détail les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail (ci-après le «FAT»).

[...] Postérieurement à l'envoi du projet d'accord à la victime, sur simple demande de cette dernière, de son médecin traitant ou d'un autre médecin consulté par elle, le rapport de consolidation et les conclusions des rapports d'examens pratiqués par les médecins spécialistes sont envoyés au médecin de la victime [Article 3, deuxième alinéa, de l'AR du 10 décembre 1987, avant sa modification par le premier AR attaqué].

[...] Le rapport de consolidation comporte une description:

- a) des antécédents socio-économiques de la victime;
- b) de l'état préexistant éventuel;
- c) des lésions initiales;
- d) de l'évolution de ces lésions;
- e) des lésions permanentes avec mention à titre indicatif des articles correspondants du Barème officiel belge des Invalidités, approuvé par l'arrêté du Régent du 12 février 1946;
- f) la fixation de l'incapacité de travail temporaire et permanente;
- g) des appareils de prothèse et d'orthopédie accordés à titre temporaire et à titre définitif;
- h) de la date de consolidation;
- i) des éléments pris en considération pour la fixation de l'allocation supplémentaire pour l'assistance régulière d'une autre personne [Article 3, deuxième alinéa, de l'AR du 10 décembre 1987, avant sa modification par le premier AR attaqué].

[...] Si la victime ou l'ayant droit sont d'accord avec les éléments repris dans le projet d'accord, ils renvoient à l'entreprise d'assurances un exemplaire signé de l'accord. La victime y joint une déclaration du médecin qu'elle a consulté d'où il ressort qu'il approuve ou non la description des lésions ou les éléments repris dans le rapport de consolidation [Article 4 de l'AR du 10 décembre 1987, avant sa modification par le premier AR attaqué].

[...] Dès que l'entreprise d'assurances reçoit l'accord signé par la victime ou par l'ayant droit, elle l'envoie, ensemble avec les autres documents requis, au FAT [Article 5 de l'AR du 10 décembre 1987, avant sa modification par le premier AR attaqué].

## B. Le rôle du FAT dans l'entérinement des accords-indemnités.

[...] Le FAT est une institution publique de sécurité sociale qui a été créé le 10 novembre 1967. Il est le fruit de la fusion de la Caisse de prévoyance et de

secours, du Fonds de garantie, de la Commission des accidents du travail, du Service national de prothèse et de l'Œuvre nationale des orphelins des victimes du travail.

[...] Le FAT a, entre autres, comme mission "d'entériner l'accord entre parties concernant les indemnités dues en raison de l'accident du travail" [...]. Dans le cadre de sa mission d'entérinement des accords-indemnités, le FAT est "gardien de l'application de la loi sur les accidents du travail et de l'intérêt de la victime" [...].

[...] L'AR du 10 décembre 1987 prévoit que, dès que le FAT reçoit l'accord signé par la victime, il informe la victime de la réception de l'accord en lui demandant de lui faire connaître, dans un délai d'un mois, les éléments susceptibles d'influencer l'examen concernant le règlement de l'accident conformément aux dispositions de la LAT [Article 6 de l'AR du 10 décembre 1987, [...]]

Afin de pouvoir constater si l'accident a été réglé conformément à la loi, le FAT procède à toute enquête qu'il estime nécessaire, en ce compris un examen médical de la victime [Article 7 de l'AR du 10 décembre 1987, [...]]

[...] Dans l'hypothèse où le FAT considère qu'un ou plusieurs éléments de l'accord manquent ou sont susceptibles de modifications, il en informe les parties et les invite, le cas échéant, à présenter un nouvel accord [Article 8 de l'AR du 10 décembre 1987, [...]]

[...] Le FAT doit rendre sa décision dans un délai de trois mois qui suit la réception du dossier complet de l'entreprise d'assurances. Lorsqu'il dispose de l'ensemble des informations et des documents dont il a besoin pour prendre sa décision, le FAT entérine l'accord ou en refuse l'entérinement. Si le FAT entérine l'accord, il en informe les parties par lettre recommandée et y mentionne la date d'entérinement de l'accord. Si, au contraire, le FAT refuse d'entériner l'accord, il communique son point de vue motivé aux parties par lettre recommandée [Article 9 de l'AR du 10 décembre 1987, [...]]

[...] Dans la pratique, cela signifie que si, par exemple, l'examen médical de la victime réalisé par le FAT ou d'autres éléments font apparaître que les données médicales retenues par les parties (libellé des séquelles, taux d'incapacité de travail, date de consolidation etc.) ne sont pas conformes à la réalité, le FAT donne dans un premier temps un avis motivé, en invitant les parties à revoir les termes de l'accord [...]. Si l'assureur AT et la victime ne soumettent pas un accord conforme à la suite de l'avis du FAT, ce dernier prendra une décision de refus d'entérinement de l'accord qui pourra être contestée devant le tribunal du travail par la partie la plus diligente [...].

[...] Si le FAT entérine l'accord-indemnité, l'assureur AT paie à la victime, à partir de la date de consolidation, une allocation annuelle calculée sur la base de la rémunération de base et du taux d'IPT [...]. Après l'expiration du délai de révision (trois ans à partir de la date de l'entérinement), le taux d'incapacité devient définitif et l'allocation annuelle sera remplacée par une rente viagère [...].

### C. Règle du droit à la différence prévue à l'article 136, paragraphe 2, de la loi AMI

[...] L'article 136, paragraphe 2, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités [...] (ci-après la "loi AMI") prévoit que:

«Les prestations prévues par la présente loi coordonnée sont refusées lorsque le dommage découlant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès est effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun. Toutefois, lorsque les sommes accordées en vertu de cette législation ou du droit commun sont inférieures aux prestations de l'assurance, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de l'assurance».

[...] Cette disposition énonce l'interdiction de cumuler la réparation du même dommage par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et par une autre législation, tel[le] notamment la législation sur les accidents du travail. Elle prévoit ensuite la règle du droit à la différence entre la réparation par l'autre législation et la

réparation éventuelle due par l'assurance soins de santé et indemnités.

[...] Les indemnités d'invalidité accordées par la mutualité réparent, à titre de dommage, la perte de la capacité de gain visée à l'article 100 de la loi AMI [...], c'est-à-dire la perte de la capacité de gain «à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail [...] en raison de la cessation de toute activité provoquée par un début ou une aggravation de lésions ou troubles fonctionnels» [...].

[...] Les indemnités d'incapacité de travail accordées par l'assureur AT en cas d'accident du travail réparent également une réduction de la capacité de gain [...]. Ces indemnités couvrent, dans un premier temps, une réduction de capacité de gain temporaire, et dans un second temps, après la date de la consolidation, une réduction de capacité de gain considérée comme permanente, en liaison avec les lésions ou troubles fonctionnels qui ont pour origine l'accident du travail [...].

[...] Dans le cadre du secteur des accidents du travail, la règle du droit à la différence trouvera à s'appliquer lorsque l'assuré social, en incapacité de travail au sens de l'assurance soins de santé et indemnités, bénéficie d'une allocation ou d'une rente due à la suite d'un accident du travail et que son incapacité est considérée par le médecin-conseil de l'organisme assureur en lien de causalité avec l'accident du travail [...].

[...] Plus précisément, cela signifie que, lorsque la réparation accordée par la législation sur les accidents du travail est inférieure aux prestations de l'assurance soins de santé et indemnités, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de l'assurance soins de santé et indemnité, à savoir des mutualités [...].

[...] Il en résulte que, plus l'assureur AT indemnise la victime de l'accident du travail, moins la mutualité doit intervenir. Les mutualités ont dès lors un intérêt financier direct à influencer à la hausse les indemnités payées par l'assureur AT".

Dans son mémoire en réponse, la partie adverse, après avoir évoqué les conventions de l'Organisation Internationale du Travail n° 17 sur la réparation des accidents du travail, n° 155 sur la sécurité et la santé des travailleurs et n° 187 sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, insiste, pour sa part, sur le rattachement de l'assurance accidents du travail aux mécanismes de sécurité sociale.

La partie adverse décrit ensuite dans les termes suivants, le cadre légal et réglementaire dans lequel interviennent les arrêtés attaqués :

" [...] La réglementation de base des accidents du travail se trouve dans la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, exécutée notamment par l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail, et [dans] la réglementation sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle que reprise dans la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette réglementation est le fruit d'une évolution sociétale, sociale et législative.

La législation sur la réparation des dommages résultant des accidents du travail date, dans notre pays, de 1903.

Comme l'indiquent les travaux parlementaires de la loi du 10 avril 1971:

«La loi du 24 décembre 1903 a substitué à la notion de 'faute' celle de 'risque professionnel' [...].».

Ce faisant, la législation relative aux accidents du travail s'inscrit dans un régime de sécurité sociale. Il s'agit, en effet, d'«assumer solidairement» [...] un risque défini et d'éviter au travailleur le fardeau de devoir «établir [sur le fondement des articles 1382 et 1383 du Code civil] qu'une faute de l'employeur était à l'origine de l'accident du travail» [...].

Cette solidarité se matérialise, en particulier, par le fait que la réalisation du risque emporte automatiquement l'intervention de l'assureur (qualifié «assureur-loi»), ou, à défaut d'assureur, du Fonds des accidents du travail. Ce sera seulement ensuite, et le cas échéant, que l'assureur ou le FAT - et lui seul - pourra se retourner contre un tiers.

Les travaux préparatoires de la loi du 10 avril 1971 énoncent à cet égard:

«L'action ouverte à l'assureur et au Fonds des accidents du travail [...] est une action subrogatoire et non une action fondée sur l'article 1382 du Code civil (Cass., 15 avril 1940, Pas., I, 123). Il en résulte qu'elle n'est en principe recevable que dans la mesure où l'assureur ou le Fonds a effectivement liquidé des sommes à la victime ou à ses ayants droit.

L'employeur qui, dans le régime d'assurance obligatoire inauguré par la présente loi, ne pourra plus être amené à verser lui-même les indemnités légales, ne pourra davantage invoquer l'action subrogatoire pour attirer la personne responsable devant les tribunaux» [...].

[...] Comme l'a récemment rappelé la Cour Constitutionnelle, «L'objectif de la loi sur les accidents du travail est d'assurer une protection du revenu du travailleur contre un risque professionnel censé se réaliser même lorsqu'un accident survient par la faute de ce travailleur ou d'un compagnon de travail, ainsi que de préserver la paix sociale et les relations de travail dans les entreprises en excluant la multiplication des procès en responsabilité. La protection du travailleur va jusqu'à immuniser celui-ci contre sa propre responsabilité en cas d'accident de travail causé par sa faute. Le forfait couvre en outre le dommage de ceux dont le législateur estime qu'ils dépendent normalement du revenu de la victime d'un accident mortel. La réparation forfaitaire sera, dans certains cas, plus importante que ce que la victime aurait pu obtenir en intentant une action de droit commun contre l'auteur de la faute qui a causé l'accident et, dans certains cas, moins importante. Le financement du système forfaitaire est assuré par les employeurs, qui sont obligés de souscrire une assurance en matière d'accidents du travail et de supporter le coût des primes. Le souci de ne pas alourdir la charge financière qui en résulte par une éventuelle obligation de réparer issue du droit commun a conduit le législateur à restreindre le champ des hypothèses susceptibles d'engager la responsabilité civile de l'employeur» [C.C., arrêt n° 121/2014 du 19 septembre 2014, considérant B.4].

[...] Ce régime de sécurité sociale s'inscrit dans le cadre plus large de la prise en charge, par la collectivité, des coûts liés à la santé, dont le siège se trouve dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après «loi AMI»).

Cette loi forme, en effet, le socle de base, commun, de tout régime de sécurité sociale portant sur la santé. C'est en ce sens que l'article 136 de la loi dispose en son paragraphe 2 [lire: paragraphe 2, alinéas 1<sup>er</sup> à 3]:

«Les prestations prévues par la présente loi coordonnée sont refusées lorsque le dommage découlant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès est effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun. Toutefois, lorsque les sommes accordées en vertu de cette législation ou du droit commun sont inférieures aux prestations de l'assurance, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de l'assurance.

Pour l'application du présent paragraphe, le montant des prestations accordé par l'autre législation est le montant brut diminué du montant des cotisations de sécurité sociale prélevées sur ces prestations.

Les prestations sont octroyées, dans les conditions déterminées par le Roi, en attendant que le dommage soit effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun».

En vertu, notamment, du principe de tiers-payant applicable notamment pour les soins hospitaliers, les organismes assureurs (ci-après «OA» [ou «mutualités»]) interviendront en effet en première ligne en cas de soins de santé à accorder à une personne victime d'un accident, notamment d'un accident du travail.

Ce rôle-pivot accordé aux organismes assureurs justifie que ceux-ci soient, dès lors, subrogés dans les droits du bénéficiaire, comme le précise la suite de ce paragraphe 2 qui dispose à cet égard [il s'agit donc de l'alinéa 4 de ce paragraphe 2]: «L'organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire; cette subrogation vaut, à concurrence du montant des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun et qui réparent partiellement ou totalement le dommage visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>».

[...] En vue de garantir l'effectivité de ce régime, le législateur a d'emblée prévu des mesures spécifiques pour la mise en œuvre de cette subrogation en vertu desquelles les conventions conclues entre la victime (ou ses ayants-droit) et le débiteur de la réparation ne peuvent être opposées aux OA.

Plus encore, le législateur a veillé - et il n'a pas attendu les dispositions querellées à cette fin - à permettre une participation rapide des OA à la discussion sur l'indemnisation des victimes dont le dommage est réparé en vertu d'un autre régime [sans le préciser dans son mémoire en réponse, la partie adverse reproduit cette fois les alinéas 5 à 10 du même paragraphe 2]:

«La convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire n'est pas opposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier.

Le débiteur de la réparation avertit l'organisme assureur de son intention d'indemniser le bénéficiaire, il transmet à l'organisme assureur, si celui-ci n'y est partie, une copie des accords ou décisions de justice intervenues. Les compagnies d'assurances-responsabilités civile sont assimilées au débiteur de la réparation.

Si le débiteur de la réparation omet d'informer l'organisme assureur conformément à l'alinéa précédent, il ne peut opposer à celui-ci les paiements effectués en faveur du bénéficiaire, en cas de double paiement, ces paiements resteront définitivement acquis au bénéficiaire.

L'organisme assureur possède un droit propre de poursuite en remboursement des prestations accordées contre le Fonds commun de garantie visé à l'article 49 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, dans les cas visés à l'article 50 de cette même loi.

Le dommage, dans le sens de cette disposition, n'est pas censé être couvert complètement dans la mesure où les prestations découlant d'une maladie, de lésions ou de troubles fonctionnels dépassent le montant du dédommagement octroyé.

Les prestations prévues par la présente loi peuvent dans ce cas être récupérées chez celui qui est initialement redevable du dédommagement ou son assureur, qu'il y ait eu transaction ou pas».

Ce faisant, le législateur a veillé à mettre en place et conserver un système de protection sociale des travailleurs, assurés sociaux.

[...] De même, le législateur a également tenu, au travers de l'article 136, § 2, cité, à garantir également la protection du travailleur «dans le temps».

Comme on peut le lire dans l'étude de Madame Perrine MAISETTI, reprise en pièce (...) de la partie requérante:

«L'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 contient plusieurs principes.

Cette disposition énonce, en son premier alinéa, l'interdiction de cumuler la réparation du même dommage par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et par une autre législation dont notamment la législation sur les accidents du travail. Elle prévoit ensuite la règle du droit à la différence entre la réparation par l'autre législation et la réparation par l'assurance soins de santé et indemnités. Ainsi, lorsque la réparation accordée par la législation sur les accidents du travail est inférieure aux prestations de l'assurance soins de santé et indemnités, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de l'assurance soins de santé et indemnités.

Le principe du refus des prestations est toutefois tempéré par l'obligation de l'organisme assureur de réparer le dommage dans l'attente qu'il soit indemnisé par l'autre législation.

Lorsque l'organisme assureur est intervenu provisionnellement et que le dommage est effectivement pris en charge par l'autre législation, les prestations accordées doivent être récupérées. En vue d'assurer cette récupération, l'article 136, §2, alinéa 4, organise le recours subrogatoire de l'organisme assureur vis-à-vis du débiteur de la réparation»<sup>[...]</sup>

En l'occurrence, la procédure en conciliation querellée dans le présent contentieux ne vise que les hypothèses où le taux d'incapacité permanente de travail proposé s'élève à 10 % ou plus. Ces hypothèses concernent des cas pour lesquels la victime a bel et bien reçu des soins de santé à charge de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, pour lesquels donc l'action subrogatoire est ouverte.

[...] Enfin, il importe de garder à l'esprit que les OA sont légalement tenus d'agir, non seulement en tant que «bras financier» de la sécurité sociale, mais également en tant que représentants de leurs membres".

Dans son mémoire en réplique la requérante objecte que les conventions de l'organisation internationale du travail, en abrégé OIT, n'ont pas d'effet direct en Belgique, qu'une partie des conventions de l'OIT citées par la partie adverse n'ont pas été ratifiées par la Belgique et qu'en tout état de cause, "ces conventions internationales prévoient des principes généraux de protection sociale dans le domaine du travail qui ne sont pas directement pertinents pour la présente procédure et [...] ne peuvent en aucun cas justifier les modifications apportées par les deux AR attaqués ou imposer des obligations aux assureurs AT".

La requérante conteste, par ailleurs, la portée donnée par la partie adverse à l'article 136 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité et fait, à cet égard, valoir ce qui suit :

" [...] Au vu de l'argumentation développée (à tort) par la partie adverse, la partie requérante tient également à apporter des précisions quant à la portée de l'article 136, paragraphe 2, de [la loi AMI], ainsi qu'au rôle des organismes assureurs (ci-après dénommés également les «mutualités») dans le cadre de la mise en œuvre de cette disposition.

[...] L'article 136, paragraphe 2, de la loi AMI énonce, en son premier alinéa [...], l'interdiction de cumuler la réparation du même dommage par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après également le «régime AMI») et par une autre législation dont notamment la législation sur les accidents du travail. Cette disposition prévoit ensuite la règle du droit à la différence entre la réparation par l'autre législation et la réparation par l'assurance soins de santé et indemnités. Ainsi qu'il a été souligné de manière détaillée dans la requête en annulation (...), plus l'assureur AT indemnise la victime de l'accident du travail, moins la mutualité doit intervenir. Les mutualités ont dès lors un intérêt financier direct à influencer à la hausse les indemnités payées par l'assureur AT.

[...] L'article 136, paragraphe 2, de la loi AMI prévoit ensuite que les prestations sont octroyées par les mutualités en attendant que le dommage soit effectivement réparé en vertu de l'autre législation (alinéa 3) et que la mutualité est «subrogé[e] de plein droit au bénéficiaire; cette subrogation vaut, à concurrence du montant des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun et qui réparent partiellement ou totalement le dommage visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>» (alinéa 4).

[...] Ainsi qu'il a été souligné par la Cour de cassation, cette action subrogatoire prévue à l'article 136, paragraphe 2, alinéa 4, de la loi AMI permet, d'une part, de garantir à l'assuré social le droit aux prestations de l'assurance soins de santé et

indemnités en attendant que le dommage soit effectivement réparé par l'assureur AT et, d'autre part, de ne pas faire supporter ce dommage par la collectivité [...].  
[...] Contrairement à ce que prétend la partie adverse [...], le droit de subrogation des mutualités prévu à l'article 136, paragraphe 2, alinéa 4, de la loi AMI n'a pas pour effet de transformer les mutualités en une sorte de «bras financier» ou de «socle de base» de la sécurité sociale.

[...] Le droit de subrogation, lequel constitue une technique juridique classique appliquée pour toute situation d'assurance de dommage, est justifié par le rôle de régime provisionnel du régime AMI. Il ne saurait toutefois être entendu en dehors de ce cadre. En particulier, le champ d'application de l'article 136, paragraphe 2, alinéa 4, de la loi AMI ne saurait être élargi afin de permettre aux mutualités d'intervenir dans la procédure d'entérinement des accords-indemnités en matière d'assurance du travail et de donner leur accord sur les éléments du rapport de consolidation (...). En matière d'assurance du travail, le seul «socle de base» est l'assureur AT, sous le contrôle du FAT.

[...] L'article 136, paragraphe 2, alinéa 4, de la loi AMI ne saurait non plus être interprété comme conférant aux mutualités un rôle de «représentants» des victimes des accidents du travail, comme le prétend la partie adverse [...]. Les seuls représentants de la victime d'un accident du travail sont son médecin traitant, éventuellement son syndicat et, *in fine*, le FAT.

[...] Enfin, l'obligation d'information prévue à l'article 136, paragraphe 2, alinéa 6, de la loi AMI [...] qui impose au «débitéur de la réparation» d'avertir la mutualité de son intention d'indemniser le bénéficiaire et de lui transmettre, si celle-ci n'y est partie, une copie des accords ou décisions de justice intervenus, n'a pas pour effet de «permettre une participation rapide des mutualités à la discussion sur l'indemnisation des victimes dont le dommage est réparé en vertu d'un autre régime» [...], comme le prétend la partie adverse. Ainsi qu'il ressort des travaux parlementaires de la loi du 6 août 1993 portant des dispositions sociales et diverses [...], l'objectif de cette obligation d'information est de permettre aux mutualités, dans l'exercice de l'action subrogatoire, de dépister les accidents indemnisés en vertu d'une autre législation et d'éviter ainsi les doubles paiements.

[...] La requérante rappelle qu'en tout état de cause, les assureurs AT exécutent leur obligation d'information à l'égard des mutualités en vertu de l'article 63 de la loi [du 10 avril] 1971.

[...] La requérante rappelle également qu'il existe à l'heure actuelle un système performant d'échange d'informations par flux électroniques du secteur AT vers celui des mutualités [...] et du secteur des mutualités vers celui du secteur AT [...] qui fonctionne très bien. L'obligation d'information en vertu de l'article 136, paragraphe 2, alinéa 6, de la loi AMI ne peut dès lors pas justifier une immixtion des mutualités dans la fixation du taux d'incapacité permanente de travail".

Enfin, toujours dans son mémoire en réplique, la requérante précise que, si la matière des assurances accidents du travail peut être considérée comme une branche de la sécurité sociale, elle n'en demeure pas moins une activité économique à part entière. En effet:

" [...] S'il est vrai que la matière des assurances AT peut être considérée comme une branche de la sécurité sociale [Voir notamment en ce sens l'arrêt de la Cour constitutionnelle n° 18/2000 du 9 février 2000], la Cour de justice de l'Union européenne (ci-après la «Cour de justice») a dit pour droit dans l'arrêt Commission/Belgique du 18 mai 2000 [...] (C-206/98) que l'assurance AT, telle qu'elle est pratiquée en Belgique, relève du domaine d'application de la troisième directive assurance non-vie [...] et, plus généralement, des principes de libre prestation de services et de liberté d'établissement consacrés par le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne [...] (ci-après le «TFUE»).

[...] Il en résulte que, d'une part, la matière des accidents du travail procède d'un double système, à savoir un système d'assurance et un système de sécurité sociale et, d'autre part, qu'elle est pratiquée en Belgique par des entreprises d'assurances privées, à leurs propres risques et, partant, constitue une activité économique à part entière. Si cette activité économique requiert certes une modalisation particulière afin de répondre aux besoins de sécurité sociale, elle ne peut toutefois avoir lieu que dans le respect des règles du TFUE et en particulier des règles relatives à la libre prestation de services et à la liberté d'établissement".

Dans son dernier mémoire déposé à la suite du rapport de M<sup>me</sup> l'Auditeur concluant à l'annulation des deux arrêtés attaqués, la partie adverse tient à préciser ce qui suit :

" Les actes attaqués participent à la mise en œuvre de l'article 65 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (ci-après la «Loi AT»). Cet article pose les principes applicables pour la détermination de l'incapacité de travail après consolidation, soit lorsqu'elle devient permanente [...].

Un accident du travail, en effet, donnera le cas échéant lieu à une première (période d') incapacité (temporaire) qui sera totale ou partielle. Pendant cette première période, le travailleur, victime d'un accident, se trouve dans une situation évolutive où son état l'empêche en tout ou en partie d'exercer son travail (ou un travail adapté).

L'indemnisation de l'incapacité temporaire est fondée sur le préjudice économique réel (réparation de la perte de rémunération effective résultant de l'accident) tandis que l'indemnisation de l'incapacité permanente, qui peut être cumulée avec les revenus du travail, est fondée sur une approche forfaitaire (réparation de la perte de capacité de gain). A cette approche différente fait écho une appréciation différente de l'incapacité:

- Le régime d'indemnisation de l'incapacité temporaire vise, non pas à compenser la perte ou la réduction de la valeur économique de la victime sur le marché du travail en général, mais la perte (réelle et effective) de salaire que celle-ci supporte parce qu'elle ne peut exercer son propre emploi. Dès lors, l'incapacité temporaire de travail est déterminée d'après les possibilités de travail de la victime dans sa profession initiale ou dans celle qui lui est provisoirement offerte [Cass. 9 mai 1969, Arr. Cass. 1969, 871; Cass. 6 février 1958, Pas. 1958, I, 619] (art. 23, quatrième et cinquième alinéas, de la loi sur les accidents du travail).
- Le régime d'indemnisation de l'incapacité permanente repose quant à lui sur la perte ou la réduction du potentiel économique de la victime. Cette situation est évaluée, non pas par rapport à l'occupation initiale de l'employé, mais par rapport à toutes les professions auxquelles le travailleur peut avoir accès, compte tenu de son âge, sa compétence, ses possibilités d'adaptation et de reconversion, c'est-à-dire au regard de la position concurrentielle de l'employé sur le marché général du travail. La perte de salaire réelle ou l'absence de celui-ci ne jouent pas de rôle.

Ce n'est que lorsque la (première période d') incapacité aura pris fin que sa situation sera consolidée, soit parce que le travailleur est complètement guéri, soit parce que ses lésions n'évoluent plus et qu'il lui reste une incapacité permanente.

La consolidation se définit comme le moment où l'existence et le degré d'incapacité prennent un caractère de permanence, c'est-à-dire le moment où les médecins considèrent qu'en raison de l'évolution de la science, le cas n'est plus susceptible d'évolution [...].

Comme cela a été exposé ci-dessus [...], la date de consolidation n'est donc pas liée à la date de reprise du travail mais à la permanence des lésions.

Il s'agit d'une notion essentiellement médicale qui correspond à la stabilisation de

l'état de santé du patient. Elle est fixée à la date à partir de laquelle l'état de la victime n'est plus susceptible d'amélioration sensible, et à laquelle le taux d'incapacité permanente peut être fixé, c'est à dire :

- soit la date de la guérison complète;
- soit la date du décès;
- soit la date à partir de laquelle ces séquelles n'évoluent plus ou si faiblement que, selon toute vraisemblance, il n'y a plus d'amélioration ou de détérioration significative à prévoir en ce qui concerne la capacité résiduelle concurrentielle de la victime sur le marché général du travail [...].

La différence entre un préjudice temporaire et permanent est liée à ce que visent ces notions mêmes :

- le temporaire est par hypothèse lié au présent — on répare une réalité tangible et certaine;
- le permanent est nécessairement orienté sur l'avenir — on répare donc une probabilité, (la perte d') une chance vers l'avenir.

Pour déterminer cette guérison ou cette incapacité permanente, l'assureur AT et la victime devront être d'accord (ou porter l'affaire en justice). C'est cette procédure qui est visée par l'article 65 de la Loi AT.

[...] Pendant la première période d'incapacité consécutive à l'accident du travail — la période d'incapacité temporaire — et en vue de la consolidation (sous forme de guérison ou de fixation d'un taux d'incapacité permanente), la victime bénéficiera des soins requis qui seront remboursés par son Organisme assureur.

Cet organisme sera alors, en vertu de l'article 136, §2, de la Loi AMI, subrogé dans les droits de cette victime et pourra se tourner vers l'assureur AT en vue d'obtenir le remboursement des frais occasionnés.

Lorsque, ensuite, l'incapacité devient permanente, c'est que l'état de santé de la victime [...] le justifie. Celle-ci a dès lors nécessairement des lésions persistantes d'une gravité suffisante. La victime a donc, par essence, un état de santé altéré de sorte qu'elle subira, par hypothèse et nécessairement, une prise en charge médicale. En vertu de l'article 136 de la Loi AMI, l'organisme assureur (ci-après «OA») est alors appelé à payer les frais dans l'attente du remboursement par l'assureur-loi. La consolidation avec une incapacité permanente implique donc que l'OA sera appelé à faire des avances et sera donc impacté par cette incapacité permanente.

[...] La matière des incapacités de travail et, plus particulièrement, des indemnités pour incapacité est également régie par la Loi AMI qui organise un régime d'assurance indemnités (art. 78 et s.). L'article 87 de la Loi AMI dispose à cet égard :

«Sans préjudice des dispositions de l'article 97, le titulaire visé à l'article 86, § 1<sup>er</sup>, en état d'incapacité de travail telle qu'elle est définie à l'article 100, reçoit pour chaque jour ouvrable de la période d'un an prenant cours à la date de début de son incapacité de travail ou pour chaque jour de cette même période assimilé à un jour ouvrable par un règlement du Comité de gestion du Service des indemnités, une indemnité dite 'indemnité incapacité primaire', qui ne peut être inférieure à 55 p.c. de la rémunération perdue [...]».

Cette indemnité est payée à l'intervention des organismes assureurs (ou «mutualités»). Conformément à l'article 88 de la Loi AMI, «Le Comité de gestion du Service des indemnités fixe les règles et les délais suivant lesquels le titulaire avise le médecin-conseil de son organisme assureur de toute incapacité de travail». C'est alors ce médecin-conseil qui constate l'incapacité primaire [Voir article 90 de la Loi AMI].

L'article 100 de la Loi AMI prévoit qu'est reconnu incapable de travailler «le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de

sa formation professionnelle».

Une fois que l'assurance indemnités intervient — et au titre d'incitant à une reprise progressive du travail — ce même article 100 prévoit cependant que le travailleur peut continuer à bénéficier de cette indemnité pour autant qu'il ne reprenne son travail que partiellement [Voir article 100, § 2, de la Loi AMI].

[...] Ce régime indemnité, pourtant, se caractérise par des règles relatives au cumul des indemnités. Comme le décrit Jean-François FUNCK par référence à l'article 136 de la Loi AMI, «les prestations de l'assurance 'soins de santé' et de l'assurance 'indemnités' ne peuvent être cumulées avec celles qui sont accordées sur la base d'une autre législation» [J-F FUNCK, Droit de la sécurité sociale, 2<sup>ième</sup> édition, Bruxelles, Larcier, 2014, p. 348]. L'auteur relève pourtant que «afin de permettre une indemnisation rapide, des prestations sont accordées par l'organisme assureur dans le cadre de l'assurance "soins de santé", ou de l'assurance "indemnités" en attendant l'indemnisation opérée en vertu d'une autre législation» [*Ibidem*. Cette règle découle aussi de l'article 136, § 2, de la Loi AMI. En ce sens, Cass., 15 mars 2010, Pas., 2010/3, p. 881].

Pour cette raison, un régime spécifique de subrogation de l'organisme assureur est prévu spécifiquement pour le régime des indemnités [Voir article 103, § 3, de la Loi AMI] en plus du régime général de subrogation organisé par l'article 136 de la Loi AMI.

En raison de l'interdiction de cumul et afin de rendre l'action subrogatoire effective, l'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 «portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994», dispose que:

«§ 1. L'octroi des prestations prévu à l'article 136, § 2, de la loi coordonnée est subordonné aux conditions que celui qui, pour lui-même ou pour les personnes à sa charge, fait appel aux prestations de l'assurance, mette son organisme assureur dans la possibilité d'exercer le droit visé à cet article et l'informe:

1° de ce que le dommage qui motive cet appel est susceptible d'être couvert par le droit commun ou par une autre législation belge ou étrangère;

2° de tous les éléments ou circonstances de nature à établir si le dommage doit être réparé en vertu du droit commun ou d'une autre législation, y compris les informations ou actes judiciaires dont lui-même ou les personnes à sa charge seraient l'objet à propos du dommage;

3° de toute action ou autre procédure engagée en vue d'obtenir, pour lui-même ou pour les personnes à sa charge, la réparation du dommage en vertu du droit commun ou d'une autre législation» [...].

Dans cette même optique, l'article 136, § 2, 5<sup>ième</sup> alinéa, pose une condition de base qui découle de l'existence d'une telle action subrogatoire :

«La convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire n'est pas opposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier».

Comme le précise la Cour de Cassation, cette règle ne souffre pas d'exceptions [...].

L'article 136, § 2, 6<sup>ième</sup> alinéa, impose une obligation corollaire aux entreprises d'assurances et dispose :

«Le débiteur de la réparation avertit l'organisme assureur de son intention d'indemniser le bénéficiaire, il transmet à l'organisme assureur, si celui-ci n'y est partie, une copie des accords ou décisions de justice intervenues. Les compagnies d'assurances-responsabilités civile sont assimilées au débiteur de la réparation».

La Cour de Cassation a précisé à cet égard que:

«Suivant l'article 136, § 2, alinéa 6, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités précitée, le débiteur de la réparation avertit l'organisme assureur de son intention d'indemniser le bénéficiaire. Aux termes de l'article 136, § 2, alinéa 7, de la même loi, si le débiteur de la réparation omet d'informer l'organisme assureur conformément à l'alinéa précédent, il ne peut opposer à celui-ci les paiements effectués en faveur du bénéficiaire; en cas de double paiement, ces paiements resteront définitivement acquis au bénéficiaire. En outre, conformément à l'article 170, e, de la même loi, l'infraction à l'obligation d'avertir précitée est pénalement réprimée». Elle poursuit en cassant le jugement rendu en

appel qui avait débouté l'organisme assureur de sa demande fondée sur l'article 1382 du Code civil, reprochant à l'assureur de ne l'avoir pas informé de son intention d'indemniser la victime".

La requérante réagit, pour sa part, comme suit dans son dernier mémoire, et ce en réponse au dernier mémoire de la partie adverse :

" [...] La partie adverse soutient, à plusieurs reprises, que la législation AMI constitue une sorte de «filet de sécurité» pour les victimes des accidents du travail et que les mutualités représentent des acteurs de première ligne pour l'indemnisation de ces derniers après la survenance de l'accident [...].  
[...] Ces allégations sont inexactes ou, à tout le moins, manquent de nuance.  
[...] Ainsi, c'est de manière erronée, ou à tout le moins incomplète, que la partie adverse soutient au point 4 de son mémoire que «[pendant la période d'incapacité consécutive à l'accident du travail — la période d'incapacité temporaire — et en vue de la consolidation [...], la victime bénéficiera des soins requis qui seront remboursés par son Organisme assureur».  
[...] Lorsqu'un accident du travail est déclaré, plusieurs cas se présentent. Dans un premier cas, l'accident du travail est accepté et pris en charge par l'assureur AT. Dans un deuxième cas, l'assureur AT émet des réserves sur l'accident du travail et refuse de le prendre en charge directement. Le premier cas représente la règle, tandis que le deuxième cas représente une minorité.  
[...] Dans le premier cas (accident du travail accepté par l'assureur AT), les organismes assureurs (ci-après «les OA» ou «les mutualités») n'interviennent pas. Le travailleur, victime de l'accident du travail, s'adresse directement à l'assureur AT pour obtenir le remboursement des frais médicaux et le paiement des indemnités (pour compenser l'incapacité de travail). Il dispose, d'ailleurs, d'un droit d'action directe qui est prévu à l'article 73 de la LAT [...].  
[...] Dans le deuxième cas (accident du travail sur lequel l'assureur AT émet des réserves), la victime a la possibilité de demander l'intervention de sa mutualité qui doit intervenir (au moins provisoirement) en attendant que le dommage soit effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge ou étrangère (voir l'article 136, § 2, 3<sup>ème</sup> alinéa, de la loi AMI [...]). Si, par après, l'accident est accepté comme étant un accident du travail et, dès lors, pris en charge par l'assureur AT, la mutualité peut récupérer ses débours auprès de ce dernier (voir l'article 136, § 2, 4<sup>ème</sup> alinéa, de la loi AMI). Si l'accident est définitivement refusé par l'assureur AT, ne peut être pris en charge par une autre législation et répond aux conditions d'acceptation de la loi AMI (articles 32, 100 et 136, § 1<sup>er</sup>, de la loi AMI), la mutualité prend à ce moment-là le cas en charge en application de la loi AMI [...]. Les mutualités ne sont donc pas des acteurs de première ligne pour l'indemnisation des victimes des accidents du travail, comme le soutient la partie adverse.  
[...] En pratique il peut arriver que, malgré le fait que l'accident du travail soit accepté par l'assureur AT, les victimes s'adressent également à leurs mutualités. Ces dernières, bien qu'elles soient informées de chaque accident du travail accepté et pris en charge par les assureurs AT par le biais des flux électroniques (EVA/LEA), interviennent parfois quand même dans l'indemnisation des victimes. Dans ces cas isolés, la subrogation de l'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi AMI s'applique également et la mutualité récupère auprès de l'assureur AT la totalité de ce qu'elle a payé à la victime.  
[...] Il est, dès lors, inexact de soutenir que les OA prennent en charge le remboursement des soins prodigués aux victimes d'accidents du travail pendant la période d'incapacité temporaire de travail.  
[...] Ensuite, la partie adverse soutient à plusieurs reprises que, lorsque l'incapacité devient permanente et qu'il y a une consolidation avec une incapacité permanente de plus de 10%, l'OA sera appelé à faire des avances (sur frais médicaux) et sera donc impacté par cette incapacité permanente». Elle en conclut que «les OA sont

donc directement affectés par un accord de consolidation qui reconnaît une incapacité temporaire» [...].

[...] Ces allégations sont inexactes.

[...] Contrairement à ce que soutient la partie adverse, dans la grande majorité des cas, il n'y a pas (ou très peu) de frais médicaux après la consolidation. En tout état de cause, l'ensemble des frais médicaux qui sont en lien avec l'accident du travail sont remboursés par l'assureur AT, et cela sans limite dans le temps. Il s'ensuit que les OA ne doivent, en principe, pas intervenir pour avancer les frais médicaux liés aux accidents du travail après la consolidation (voir également les points [...] et s. ci-dessus).

[...] Il faut également préciser que, en ce qui concerne les frais médicaux liés aux accidents du travail, la règle du droit à la différence prévue à l'article 136, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi AMI ne joue pas. En effet, pour les soins médicaux en lien causal avec l'AT, l'intervention de l'assureur AT sera toujours supérieure à l'intervention de l'OA dans la mesure où l'assureur AT intervient sur base des tarifs de l'INAMI, y inclus le ticket modérateur (différence entre le montant du barème et le montant de l'intervention de l'OA). Partant, la règle du droit à la différence n'est d'application qu'en ce qui concerne les indemnités pour incapacité de travail (voir points [...] et s. de la requête en annulation).

[...] Enfin, la partie requérante tient à souligner que le droit de subrogation, lequel constitue une technique juridique classique appliquée pour toute situation d'assurance de dommage, est justifié par le rôle de régime provisionnel du régime AMI. Il ne saurait toutefois être entendu en dehors de ce cadre. En particulier, le champ d'application de l'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi AMI ne saurait être élargi afin de permettre aux mutualités d'intervenir dans la procédure d'entérinement des accords-indemnités en matière d'assurance du travail et de donner leur accord sur les éléments du rapport de consolidation, comme le soutient la partie adverse au point [...] de son dernier mémoire. Ainsi qu'il a déjà été souligné dans le mémoire en réplique [...], en matière d'assurance Accidents du travail, le seul «socle de base», ou régime de première ligne, est l'assureur AT, sous le contrôle du FAT.".

### *III.2. Le processus d'élaboration des arrêtés attaqués*

La partie adverse explique, dans son mémoire en réponse, le processus qui a conduit à l'adoption des deux arrêtés attaqués. Ses explications, étayées par les pièces du dossier administratif, sont reproduites ci-dessous:

" [...] Depuis plusieurs années, un groupe de travail, intitulé «Synergie médicale» a été institué par le cabinet du secrétaire d'Etat COURARD et présidé par Monsieur DE COCK, administrateur général de l'INAMI, aux fins de rendre plus cohérentes les expertises médicales diligentées dans le cadre des différentes branches de la sécurité sociale. Ce groupe de travail constate qu'«un assuré social peut être confronté pour un même problème de santé, à de multiples experts médicaux dans les différents systèmes indemnitaires [...]. Or, tous ces systèmes se croisent à un carrefour commun : l'assurance maladie invalidité. Dans toutes les assurances sociales, l'évaluation médicale a le même objet : déterminer dans quelle mesure un problème de santé influence la capacité de travail de la personne. Historiquement cependant, chaque système d'assurance a développé, de manière empirique, ses méthodes d'évaluation, avec pour conséquence, des évaluations différentes pour un même problème de santé» [...].

[...] Ce groupe de travail, pour ce qui concerne précisément le secteur des accidents du travail, propose une modification de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des Accidents du travail. Cette adaptation contient deux volets : le premier concerne le

rapport de consolidation et le deuxième, la procédure.

- En ce qui concerne le rapport de consolidation, le groupe de travail propose, dans la perspective de promouvoir le retour au travail, d'y faire figurer les démarches entreprises visant à la réintégration socioprofessionnelle de la victime. Pour l'évaluation de l'incapacité permanente, l'obligation est ainsi prévue d'inclure la liste des professions encore accessibles sur base des «fiches professionnelles des services de placement professionnel et de formation professionnelle». L'objectif est d'informer correctement la victime des métiers qu'elle peut encore exercer.
- En ce qui concerne la procédure, il s'agit en particulier de prévoir une «collaboration avec le médecin-conseil de l'organisme assureur de la victime en cas d'incapacité permanente égale ou supérieure à 10%. Cette collaboration vise à éviter les conflits entre les deux branches d'assurance, à assurer à la victime un point de vue contradictoire permettant d'approcher au plus près la réalité de sa situation de handicap au travail qui résulte de son accident et de permettre au FAT [...] de disposer de l'avis de deux médecins spécialistes en médecine d'assurance et d'expertise médicale pour l'éclairer dans le processus d'entérinement ou en vue d'une conciliation»<sup>[...]</sup>.

[...] Les propositions ainsi édictées en groupe de travail sont soumises au comité de gestion du Fonds des accidents du travail. Le Comité de gestion les examine lors de sa séance du 21 janvier 2013<sup>[...]</sup>.

[...] Les réflexions entamées sont, au mois de novembre 2013, reprises dans la note de politique générale de la vice-première ministre, ministre des Affaires sociales et du secrétaire d'Etat aux affaires sociales, aux Familles, aux Personnes Handicapées, chargé des Risques professionnels. Cette note de politique générale est soumise à la Chambre des représentants le 4 novembre 2013 (Doc. parl, 53-3096/008<sup>[...]</sup>).

[...] Par courrier du 29 novembre 2013<sup>[...]</sup>, Monsieur le secrétaire d'État Philippe COURARD sollicite du Comité de gestion du Fonds des Accidents du travail un avis relatif aux propositions formulées par le groupe de travail.

[...] Cette demande est traitée en réunion du comité médico-technique du Fonds des accidents du travail du 5 décembre 2013 (Doc. CMT/4/13/73)<sup>[...]</sup>.

[...] Elle fait l'objet, ensuite, d'une note au comité de gestion, datée du 16 décembre 2013 et référencée CG/1/13/174<sup>[...]</sup>. Cette note sera discutée en séance du comité de gestion de ce même 16 décembre 2013.

[...] Suite à cette réunion, les membres ont demandé aux services de préparer un projet de réponse à l'attention du secrétaire d'État chargé des risques professionnels. Ceci fait l'objet de la note au comité de gestion référencée CG/1/14/3 du 20 janvier 2014, discutée en séance de ce même 20 janvier<sup>[...]</sup>.

[...] Les deux projets d'arrêtés royaux font ensuite l'objet d'un avis positif de l'inspecteur des finances, en date du 17 avril 2014<sup>[...]</sup>, et reçoivent, en date du 20 mai 2014, l'accord du Ministre du budget<sup>[...]</sup>.

[...] Ces deux projets d'arrêtés royaux ont ensuite été soumis à la section de législation du Conseil d'État qui a rendu son avis conjoint 56.413/1 et 56.414/1 en date du 23 juin 2014<sup>[...]</sup>.

### *III.3. Les arrêtés attaqués*

#### *A. Le premier arrêté attaqué*

Le premier arrêté attaqué, adopté le 17 juillet 2014, "modifie[e] l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail".

Avant sa modification par le premier arrêté attaqué, cet arrêté du 10 décembre 1987 se lisait comme suit :

- " Article 1<sup>er</sup>. Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par :
- 1° la loi : la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail;
  - 2° le Fonds : le Fonds des accidents du travail;
  - 3° l'entreprise d'assurances : l'entreprise d'assurances visée à l'article 49 de la loi.
- Art. 2. Le projet d'accord, établi suivant un des modèles joints en annexe au présent arrêté, est envoyé en deux exemplaires par l'entreprise d'assurances à la victime ou à l'ayant droit pour accord.
- A la demande de la victime, une copie lui est également envoyée :
- a) de la déclaration d'accident et du certificat médical de premier constat;
  - b) des relevés salariaux détaillés et du mode de calcul de la rémunération de base pour l'incapacité permanente, et le cas échéant pour l'incapacité temporaire de travail;
  - c) du règlement des indemnités d'incapacité temporaire de travail;
  - d) du dossier de prothèse.
- En cas d'accident mortel du travail, ne sont envoyés à l'ayant droit que les documents mentionnés aux points b) et c) ainsi que le calcul et le règlement des frais funéraires. L'entreprise d'assurances informe la victime ou l'ayant droit de la possibilité de réclamer les documents visés aux alinéas 2 et 3 et de demander la conciliation visée aux articles 64*bis* et 64*ter* de la loi.
- Art. 3. Sur simple demande de la victime, de son médecin traitant ou d'un autre médecin consulté par elle, le rapport de consolidation est envoyé à ce médecin.
- Le rapport de consolidation comporte une description :
- a) des antécédents socio-économiques de la victime;
  - b) de l'état préexistant éventuel;
  - c) des lésions initiales;
  - d) de l'évolution de ces lésions;
  - e) des lésions permanentes, avec mention à titre indicatif des articles correspondants du Barème officiel belge des Invalidités, approuvé par l'arrêté du Régent du 12 février 1946;
  - f) de la fixation de l'incapacité de travail temporaire et permanente;
  - g) des appareils de prothèse et d'orthopédie accordés à titre temporaire et à titre définitif;
  - h) de la date de consolidation;
  - i) des éléments pris en considération pour la fixation de l'allocation supplémentaire pour l'assistance régulière d'une autre personne.
- Au rapport de consolidation sont jointes les conclusions des rapports d'examens pratiqués par les médecins spécialistes.
- Art. 4. En cas d'accord sur les éléments repris dans le projet d'accord, la victime ou l'ayant droit renvoie à l'entreprise d'assurances un exemplaire signé.
- La victime y joint une déclaration du médecin qu'elle a consulté d'où il ressort qu'il approuve ou non la description des lésions ou les éléments repris dans le rapport de consolidation.
- La victime a droit, à charge de l'entreprise d'assurances, à l'indemnisation des frais occasionnés par cette consultation. Le tarif de remboursement de cette consultation correspond au tarif des honoraires tel qu'il résulte de l'application de la nomenclature des prestations de santé établie en exécution de la législation instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. Le remboursement sera effectué par l'entreprise d'assurances sur présentation, par la victime, de l'attestation du médecin consulté.
- Art. 5. L'entreprise d'assurances envoie l'accord signé par la victime ou par l'ayant droit au Fonds en y joignant les pièces de son dossier. En cas d'incapacité permanente de travail, il s'agit notamment :
- a) des documents mentionnés à l'article 2, alinéa 2;
  - b) du rapport de consolidation comportant la description visée à l'article 3, alinéa 2,

accompagné de la déclaration du médecin de la victime visée à l'article 4, alinéa 2. En cas d'accident mortel du travail, il s'agit notamment :

- a) des documents visés à l'article 2, alinéa 3;
- b) de la déclaration d'accident et du certificat médical de premier constat;
- c) des documents permettant de constater la qualité d'ayant droit.

Art. 6. Le Fonds informe la victime ou l'ayant droit de la réception de l'accord en lui demandant de lui faire connaître, dans un délai d'un mois, les éléments susceptibles d'influencer l'examen concernant le règlement de l'accident conformément aux dispositions de la loi.

Art. 7. Afin de pouvoir constater que l'accident a été réglé conformément aux dispositions de la loi, le Fonds procède à toute enquête qu'il estime nécessaire, dont le cas échéant, l'examen médical de la victime.

Art. 8. Si le Fonds est d'avis qu'un ou plusieurs éléments de l'accord manquent ou sont susceptibles de modifications, il en informe les parties et les invite le cas échéant à présenter un nouvel accord.

Dans ce cas, le délai visé à l'article 9 est suspendu à partir du jour de l'information jusqu'à la date à laquelle les parties communiquent leur point de vue au Fonds. Le délai de suspension visé à l'alinéa précédent peut s'élever au maximum à deux mois.

Art. 9. Le Fonds entérine l'accord ou en refuse l'entérinement dans un délai de trois mois qui suit la réception du dossier complet de l'entreprise d'assurances, visé à l'article 5.

Le Fonds informe les parties, par lettre recommandée, de l'entérinement en mentionnant la date à laquelle il a eu lieu. Cette date constitue la date de prise de cours du délai visé à l'article 72 de la loi.

Si le Fonds refuse d'entériner l'accord, il communique son point de vue motivé aux parties par lettre recommandée.

Art. 10. Lorsque les parties concluent un accord en révision des indemnités au cours du délai visé à l'article 72 de la loi, la procédure décrite dans les articles 2 à 9 s'applique également. Les documents transmis au cours de la procédure d'entérinement ne sont pas présentés une seconde fois. Le rapport médical en révision, qui remplace le rapport de consolidation reprend la description visée à l'article 3, alinéa 2 pour autant qu'une modification de l'état de la victime soit constatée.

Art. 11. La procédure d'entérinement des accords ou le refus d'entérinement pour les cas d'application visés aux articles 20*bis*, 58, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>, et 59*quinquies*, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi, s'effectue également conformément à la procédure décrite aux articles 2 à 10.

Toutefois, la décision d'entérinement ou de refus est prise après avis du Comité médico-technique institué auprès du Fonds par l'arrêté royal du 21 décembre 1971 portant exécution de certaines dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Art. 12. En ce qui concerne les accidents survenus à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1988, les dispositions de l'article 65 de la loi s'appliquent également aux accords intervenus entre parties à la suite d'une demande d'allocation d'aggravation ou de décès ou d'octroi d'une prothèse ayant une incidence sur l'allocation complémentaire pour l'aide d'une tierce personne.

L'entérinement ou le refus d'entérinement de ces accords par le Fonds s'effectue suivant la procédure décrite aux articles 2 à 10.

Toutefois, le comité médico-technique n'émet un avis qu'à la demande expresse des services du Fonds.

Art. 13. Les frais de la procédure d'entérinement sont à charge du Fonds, y compris les frais d'examen médical, les frais de déplacement et la perte de rémunération. Les frais de déplacement et la perte de rémunération sont indemnisés conformément aux articles 27 et 33 de la loi.

Art. 13*bis*. Toutes les notifications à la victime et aux ayants droit visées dans le présent arrêté se font à leur résidence principale, sauf dérogation à leur demande écrite.

Par résidence principale, il faut entendre la résidence principale au sens de l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques.

Art. 14. Les modèles d'accord figurant aux annexes I à IV, IX, X et XI du présent arrêté sont utilisés pour le règlement des accidents survenus à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1988. Les modèles d'accord figurant aux annexes V à VIII du présent arrêté sont utilisés pour le règlement des accidents survenus avant le 1<sup>er</sup> janvier 1988.

Art. 14bis. Lorsque la victime est guérie sans incapacité permanente de travail mais qu'elle a besoin d'appareils de prothèse et d'orthopédie, il y a lieu, dans les modèles d'accord qui figurent aux annexes I et V du présent arrêté :

a) de remplacer le point 4 par le texte suivant :

«4. La victime est guérie sans incapacité permanente de travail à partir du (date)»;

b) de supprimer les points 5 à 8 inclus.

Art. 15. L'arrêté royal du 3 juin 1985 établissant les modèles d'accord en matière d'accidents du travail, modifié par l'arrêté royal du 21 janvier 1987, est abrogé, sauf pour les cas visés à l'article 35 de l'arrêté royal n° 530 du 31 mars 1987 modifiant la législation sur les accidents du travail.

Art. 16. Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1988.

[...]"

Le premier arrêté attaqué se lit comme suit :

" [...]

Vu la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, l'article 65, remplacé par l'arrêté royal n° 530 du 31 mars 1987 et modifié par la loi du 10 août 2001;

Vu l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail;

Vu les avis du Comité de gestion du Fonds des accidents du travail des 16 décembre 2013 et 20 janvier 2014;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 25 avril 2014;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 20 mai 2014;

Vu l'avis 56.413/1 du Conseil d'Etat, donné le 23 juin 2014, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et du Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales, chargé des Risques professionnels,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1<sup>er</sup>. Dans l'article 3 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail, modifié par les arrêtés royaux des 13 août 1990 et 16 novembre 1990, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

«Le rapport de consolidation comporte une description :

a) des antécédents socio-économiques de la victime;

b) de l'état préexistant éventuel;

c) des lésions initiales;

d) de l'évolution de ces lésions;

e) des démarches proposées à la victime en vue de sa réadaptation professionnelle et son recyclage;

f) des lésions permanentes, avec mention facultative et à titre purement indicatif des articles correspondants du Barème officiel belge des Invalidités, approuvé par l'arrêté du Régent du 12 février 1946;

g) de la fixation de l'incapacité de travail temporaire;

h) de la fixation de l'incapacité de travail permanente avec, sur la base des fiches professionnelles des services de placement professionnel et de formation professionnelle, la liste non exhaustive des professions encore accessibles à la victime en fonction de sa formation et de son passé professionnel;

i) des appareils de prothèse et d'orthopédie accordés à titre temporaire et à titre

définitif;

j) de manière non exhaustive, des traitements médicaux et paramédicaux accordés après la consolidation à titre temporaire ou à titre définitif;

k) de la date de consolidation;

l) des éléments pris en considération pour la fixation de l'allocation supplémentaire pour l'assistance régulière d'une autre personne».

Art. 2. Dans le même arrêté, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 5 juin 2007, il est inséré un article *3bis*, rédigé comme suit :

«Art. *3bis*. Lorsque le taux d'incapacité permanente de travail proposé s'élève à 10 % ou plus, l'entreprise d'assurances envoie le rapport de consolidation au médecin-conseil de l'organisme assureur auquel la victime est affiliée. Dans un délai de trente jours calendrier, à compter de la réception dudit rapport, le médecin-conseil fait connaître par écrit son point de vue.

Si le médecin-conseil n'est pas d'accord, le médecin désigné par l'entreprise d'assurances invite dans un délai de trente jours, à compter de la date de réception de la réclamation, le médecin-conseil à une concertation commune. Ils rédigent un protocole de cette concertation.

Si les médecins ne parviennent pas à un accord, ils mentionnent dans le protocole les motivations de leur désaccord persistant. La partie la plus diligente demande au Fonds une conciliation telle que visée aux articles *64bis* et *64ter* de la loi.

Si le médecin-conseil ne réagit pas dans le délai prévu et si l'entreprise d'assurances dispose de la déclaration visée à l'article 4, alinéa 2, celle-ci peut introduire l'accord conformément à l'article 5».

Art. 3. Dans l'article 4 du même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 13 août 1990 et 10 novembre 2001, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

«Sauf dans les cas visés à l'article *3bis*, alinéas 1<sup>er</sup>, 2 et 3, la victime y joint une déclaration du médecin qu'elle a consulté d'où il ressort qu'il approuve ou non la description des lésions ou les éléments repris dans le rapport de consolidation».

Art. 4. L'article 5, alinéa 2, du même arrêté est complété par le c), rédigé comme suit :

«c) l'accord du médecin-conseil ou le protocole de concertation visés à l'article *3bis*».

Art. 5. Le présent arrêté entre en vigueur le [...]".

Selon la requérante, dont les dires ne sont à cet égard pas contestés par la partie adverse, le régime instauré par le premier arrêté attaqué peut être décrit en ces termes :

" [...] L'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué apporte des modifications quant aux éléments que doit comporter le rapport de consolidation établi par l'assureur AT lorsqu'il considère que les lésions de la victime se sont stabilisées. Plus précisément, cet article prévoit que le rapport de consolidation devra prévoir, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, outre les mentions imposées jusqu'alors par l'article 3 de l'AR du 10 décembre 1987, une description (i) des démarches proposées à la victime en vue de sa réadaptation professionnelle et de son recyclage (nouvel article 3, e), et (ii) de la fixation de l'incapacité de travail permanente avec, sur la base des fiches professionnelles des services de placement professionnel et de formation professionnelle, la liste non exhaustive des professions encore accessibles à la victime en fonction de sa formation et de son passé professionnel (nouvel article 3, h)).

[...] Ensuite, l'article 2 du premier AR attaqué insère un article *3bis* dans l'AR du 10 décembre 1987 ayant pour objet de modifier la procédure d'entérinement des accords-indemnités.

[...] Le premier alinéa de cet article prévoit que, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'assureur AT enverra systématiquement au médecin-conseil de la mutualité de la

victime le rapport de consolidation lorsque le taux d'IPT proposé s'élève à 10% ou plus. Cette disposition fait intervenir dans la procédure d'entérinement un tiers (le médecin de la mutualité) qui n'était, jusqu'à présent, pas impliqué dans la procédure.

[...] L'intervention du médecin de la mutualité dans la procédure d'entérinement a pour effet de modifier de manière fondamentale cette procédure et les délais y relatifs. En effet, après la réception du rapport de consolidation, le médecin de la mutualité devra faire connaître par écrit à l'assureur AT son point de vue sur le rapport de consolidation dans un délai de trente jours calendrier à compter de la réception de ce rapport [...].

[...] Si le médecin de la mutualité n'est pas d'accord avec le rapport de consolidation (s'il conteste, par exemple, la date de consolidation ou le taux d'incapacité de travail proposé par l'assureur), le médecin désigné par l'assureur AT invite dans un délai de trente jours, à compter de la date de réception de la réclamation, le médecin de la mutualité à une concertation commune. Ils rédigent un protocole de cette concertation.

[...] Si les médecins ne parviennent pas à un accord, ils doivent mentionner dans le protocole les motivations de leur désaccord persistant. Dans ce cas, la partie la plus diligente demandera au FAT une conciliation telle que visée aux articles 64*bis* et 64*ter* de la LAT. La conciliation est obligatoire.

[...] Dans l'hypothèse où le médecin de la mutualité ne réagit pas dans le délai prévu et si l'assureur AT dispose de la déclaration du médecin consulté par la victime dont il ressort qu'il approuve ou non la description des lésions ou les éléments repris dans le rapport de consolidation, l'assureur AT peut introduire l'accord pour entérinement auprès du FAT [...].

[...] Dans les cas où l'IPT est inférieure à 10%, la victime doit obligatoirement transmettre une déclaration d'un médecin qu'elle a consulté et dont il ressort que celui-ci approuve ou non la description des lésions ou les éléments repris dans le rapport de consolidation. Pour les cas d'IPT supérieure à 10%, cette déclaration n'est pas obligatoire, la victime peut se contenter de l'avis du conseiller médical de sa mutualité.

[...] L'article 4 du premier AR attaqué prévoit ensuite que l'assureur AT doit envoyer au FAT en vue de l'entérinement de l'accord l'ensemble des documents requis jusqu'à présent, ainsi que l'accord du médecin de la mutualité ou le protocole de concertation conclu entre le médecin de l'assureur AT et le médecin de la mutualité.

[...] Ainsi qu'il sera souligné ci-dessous, les objectifs poursuivis par le pouvoir exécutif par ces modifications semblent être de deux ordres. D'une part, il s'agit de mettre en place une synergie entre les médecins des différentes branches de la sécurité sociale. D'autre part, le pouvoir exécutif semble vouloir éviter, par ces modifications, un «glissement» de l'indemnisation des victimes des accidents du travail vers l'assurance soins de santé et indemnités [...].

L'article 65 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, qui constitue le fondement légal du premier arrêté attaqué, dispose :

" Art. 65. Les parties sont tenues de soumettre, pour entérinement, au Fonds des accidents du travail les accords concernant les indemnités dues en raison de l'accident du travail, suivant les modalités et dans les conditions fixées par le Roi. L'accord ne sortit ses effets qu'après entérinement par le Fonds des accidents du travail.

A peine de nullité, ces accords sont motivés et mentionnent la rémunération de base, la nature des lésions, le taux d'incapacité de travail et la date de consolidation. Le Roi établit un modèle d'accord.

Les entreprises d'assurances soumettent au Fonds toutes les données concernant le règlement de l'accident.

Le Fonds des accidents du travail ne procède à l'entérinement de l'accord qu'après avoir constaté que l'accident a été réglé conformément aux dispositions de la loi. Le Fonds des accidents du travail adresse une copie de l'accord entériné à chacune des parties ou, le cas échéant, à leur représentant. Si le Fonds estime qu'un des éléments repris dans l'accord soumis n'a pas été fixé conformément à la loi, il refuse d'entériner l'accord et communique son point de vue motivé aux parties. Dans ce cas, le litige est porté devant le tribunal du travail par la partie la plus diligente qui informe le tribunal du point de vue du Fonds. Le Fonds peut être appelé à la cause".

## *B.2. Le second arrêté attaqué*

Le second arrêté attaqué, également adopté le 17 juillet 2014, modifie "l'arrêté royal du 5 mars 2006 fixant la procédure d'intervention en conciliation du médecin du Fonds des accidents du travail".

Avant sa modification par le second arrêté attaqué, cet arrêté du 5 mars 2006 se lisait comme il suit :

[...]

" Article 1<sup>er</sup>. La conciliation visée aux articles 64*bis* et 64*ter* de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail peut être demandée lorsque le taux d'incapacité permanente de travail proposé par l'entreprise d'assurances ou exigé par la victime est de 25 % au moins.

Art. 2. La demande de conciliation est introduite par écrit au Fonds des accidents du travail, dénommé ci-après le Fonds, et sur la base d'un rapport médical.

Le Fonds des accidents du travail informe les deux parties de la réception de la demande.

Si la demande est faite par l'entreprise d'assurances ou si la victime a adressé sa demande à l'entreprise d'assurances, l'entreprise d'assurances transmet au Fonds, conjointement avec la demande, un dossier médical complet comprenant une copie des documents visés à l'article 2, alinéa 2, a et d, et à l'article 3 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail, ainsi qu'une copie des rapports intermédiaires de suivi médical. Elle communique également le nom du médecin-conseil qui les représentera.

Si la victime a adressé sa demande au Fonds, l'entreprise d'assurances transmet au Fonds, dans les trente jours à compter de la date de l'accusé de réception, le dossier médical tel que spécifié à l'alinéa précédent.

L'entreprise d'assurances envoie au médecin choisi par la victime une copie des documents visés à l'article 2, alinéa 2, a et d, et à l'article 3 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail, si cela n'a pas encore été fait sur base des dispositions susmentionnées.

Art. 3. Si le Fonds estime ne pas pouvoir accéder à la demande, il en informe les deux parties.

Art. 4. Dans le mois qui suit la réception du dossier complet, le médecin conciliateur invite les parties à une séance.

Les séances ont lieu dans le cabinet du médecin-conseil de l'entreprise d'assurances, à moins que la victime ou le médecin qu'elle a consulté ne demande qu'il en soit autrement ou à moins que le médecin conciliateur n'estime nécessaire un examen au lieu de résidence de la victime ou au Fonds.

La victime peut se faire assister ou représenter par un médecin.

Si elle n'est pas assistée ou représentée par un médecin, la victime communique le

nom d'un médecin auquel les documents médicaux peuvent être transmis. Par documents médicaux, on entend les documents visés dans l'article 2, alinéa 5, les documents mis à disposition pendant les séances, les résultats des examens ou consultations complémentaires et les rapports du médecin conciliateur.

Le médecin conciliateur entend les parties, détermine les points sur lesquels les avis sont différents et facilite leur conciliation. Il collecte toutes les informations utiles.

Les parties mettent à la disposition du médecin conciliateur toutes les pièces nécessaires et lui font toutes réquisitions utiles.

Si une des parties est absente à deux reprises à une séance sans motif valable ou si elle refuse la conciliation, le Fonds met un terme à la conciliation.

Art. 5. Les deux parties et le médecin conciliateur se prononcent de concert sur la nécessité d'examens complémentaires ou sur la consultation de médecins spécialistes. En cas de désaccord, c'est le médecin conciliateur qui prend la décision dans l'intérêt d'une appréciation correcte.

Les frais relatifs aux examens et consultations visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont à la charge de l'entreprise d'assurances.

Art. 6. Au terme des activités, le médecin conciliateur rédige un projet de rapport où il expose le déroulement des opérations d'expertise, notamment en y indiquant les dates des séances et l'identité des personnes présentes, le résultat de l'anamnèse contradictoire et des examens cliniques, les remarques des parties et les pièces remises, ainsi que où figurent les différentes rubriques que doit comporter le rapport de consolidation visé à l'article 3 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail.

Dans les deux mois qui suivent la dernière séance, le médecin conciliateur transmet le projet de rapport en première lecture au médecin-conseil de l'entreprise d'assurances et au médecin de la victime visé à l'article 4, alinéa 3.

Art. 7. Dans les trente jours qui suivent la réception du projet de rapport, chaque partie fait savoir si elle marque son accord sur la proposition du médecin conciliateur, en faisant part de ses remarques éventuelles, lesquelles sont jointes au rapport final.

Dès réception de la réaction des parties, le médecin conciliateur se prononce sur la nécessité d'une séance supplémentaire.

Le médecin conciliateur rédige un rapport final où il consigne l'accord ou la contestation des parties et sa propre opinion.

Le Fonds transmet le rapport final sous pli recommandé aux médecins visés à l'article 6, alinéa 2, dans les trente jours qui suivent la réception des réactions des parties ou la séance visée à l'alinéa 2.

[...]

Le second arrêté attaqué se lit comme suit :

- " Vu la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, l'article 64*bis*, inséré par la loi du 25 janvier 1999 et modifié par la loi du 10 août 2001, et l'article 64*ter*, inséré par la loi du 25 janvier 1999;  
Vu l'arrêté royal du 5 mars 2006 fixant la procédure d'intervention en conciliation du médecin du Fonds des accidents du travail;  
Vu les avis du Comité de gestion du Fonds des accidents du travail des 16 décembre 2013 et 20 janvier 2014;  
Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 25 avril 2014;  
Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 20 mai 2014;  
Vu l'avis 56.414/1 du Conseil d'Etat, donné le 23 juin 2014, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;  
Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et du Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales, chargé des Risques professionnels,  
Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1<sup>er</sup>. L'article 1<sup>er</sup>, alinéa unique, de l'arrêté royal du 5 mars 2006 fixant la procédure d'intervention en conciliation du médecin du Fonds des accidents du travail est complété par la phrase suivante :

«Elle est demandée dans les cas visés à l'article 3*bis* de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail».

Art. 2. A l'article 2 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 2, le mot «deux» est abrogé;

2° dans l'alinéa 3, les mots, «s'il s'agit d'un cas visé à l'article 3*bis* de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail» sont insérés entre les mots «Si la demande est faite par l'entreprise d'assurances «et les mots» ou si la victime a adressé sa demande à l'entreprise d'assurances».

Art. 3. Dans l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, le mot «deux» est abrogé.

Art. 4. Dans l'article 5, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté, le mot «deux» est abrogé.

Art. 5. Dans l'article 6, alinéa 2, du même arrêté, les mots «, au médecin-conseil de l'organisme assureur auquel la victime est affiliée» sont insérés entre les mots «au médecin-conseil de l'entreprise d'assurances» et les mots «et au médecin de la victime visé à l'article 4, alinéa 3».

Art.6. Le présent arrêté entre en vigueur le [...]".

La partie requérante décrit, en ces termes et sans être contestée à cet égard par la partie adverse, le régime instauré par le deuxième arrêté attaqué :

" [...] La modification de l'AR du 5 mars 2006 par le deuxième AR attaqué découle de l'introduction de l'article 3*bis* dans l'AR du 10 décembre 1987 par le premier AR attaqué, et plus spécifiquement du recours obligatoire à la conciliation des médecins du FAT lorsque le médecin de l'assureur AT et le médecin de la mutualité ne parviennent pas à un accord.

[...] Dans l'état actuel du droit, une possibilité de conciliation entre l'assureur AT et la victime est déjà prévue par la LAT. En effet, en vertu des articles 64*bis* et 64*ter* de la LAT, les médecins du FAT peuvent intervenir au titre de conciliateurs à la demande de la victime ou de l'entreprise d'assurances lorsqu'il y a un désaccord quant au taux d'IPT ou quant à la fixation de la date de consolidation, lorsque le taux d'IPT proposé par l'assureur AT ou exigé par la victime est de 25% au moins. Si la proposition du médecin conciliateur n'est pas acceptée par la victime ou par l'assureur AT, le litige peut être porté par la partie la plus diligente devant le tribunal du travail. La procédure d'intervention en conciliation du médecin du FAT est décrite en détail dans l'AR du 5 mars 2006.

[...] Ainsi qu'il ressort du libellé du deuxième AR attaqué, celui-ci a pour objet d'adapter le texte de l'AR du 5 mars 2006 à la suite de l'intervention du médecin de la mutualité dans la procédure d'entérinement des accords-indemnité. Lorsque le médecin de l'assureur AT et le médecin de la mutualité ne parviennent pas à un accord, le recours à la procédure de conciliation du FAT est désormais obligatoire".

Les articles 64*bis* et 64*ter* de la loi du 10 avril 1971, précitée, qui constituent le fondement légal du second arrêté attaqué, disposent :

" Art. 64*bis*. Les médecins visés à l'article 87, alinéa 3, peuvent intervenir au titre de conciliateurs à la demande de la victime ou de l'entreprise d'assurances lors de la fixation du taux d'incapacité permanente de travail, dans les cas et conditions fixés par le Roi. Ils en dressent un rapport.

Si la proposition du médecin-conciliateur n'est pas acceptée par la victime ou par l'entreprise d'assurances, le litige est porté par la partie la plus diligente devant le

Tribunal du travail. Le rapport visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est déposé dans ce cas par l'entreprise d'assurances au greffe de la juridiction compétente.

Art. 64<sup>ter</sup>. La conciliation visée à l'article 64<sup>bis</sup> peut dans les mêmes conditions porter également sur la fixation de la date à partir de laquelle l'incapacité de travail présente un caractère de permanence".

### III.4.. L'avis du Conseil d'État sur les projets d'arrêtés

La partie adverse dépose, dans le dossier administratif, l'avis 56.413/1-56.414/1 donné par la section de législation du Conseil d'État le 23 juin 2014 sur les projets d'arrêtés qui lui ont été soumis. Les observations générales formulées par la section de législation et qui présentent un intérêt dans le cadre de l'examen du présent recours se lisent comme il suit:

#### " PORTÉE ET FONDEMENT JURIDIQUE

[...]

3. Le projet d'arrêté royal soumis pour avis sous le numéro 56.413/1 a pour objet de modifier et de compléter la procédure et les conditions d'entérinement par le Fonds des accidents du travail des accords concernant les indemnités dues en raison de l'accident du travail. À cette fin, l'arrêté royal du 10 décembre 1987 «fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par [le] Fonds des accidents du travail» est modifié.

Le projet trouve en principe son fondement juridique dans l'article 65, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail. Cette disposition habilite le Roi à fixer les modalités et les conditions selon lesquelles les parties sont tenues de soumettre, pour entérinement, au Fonds des accidents du travail, les accords concernant les indemnités dues en raison de l'accident du travail.

4. Le projet d'arrêté royal soumis pour avis sous le numéro 56.414/1 vise à apporter des modifications dans la procédure d'intervention en conciliation du médecin du Fonds des accidents du travail par la fixation du taux d'incapacité permanente de travail. À cette fin, l'arrêté royal du 5 mars 2006 «fixant la procédure d'intervention en conciliation du médecin du Fonds des accidents du travail» est modifié.

Ce projet trouve en principe son fondement juridique dans les articles 64<sup>bis</sup> et 64<sup>ter</sup> de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail. Ces dispositions habilite le Roi à déterminer les cas et les conditions dans lesquels les médecins du Fonds interviennent au titre de conciliateurs.

5.1. L'article 3/1 en projet (lire : article 3<sup>bis</sup>) de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 oblige l'entreprise d'assurances à envoyer dans certains cas le rapport de consolidation au médecin-conseil de l'organisme assureur de la victime. Si le médecin de l'entreprise d'assurances et le médecin-conseil ne parviennent pas à un accord, ils rédigent un protocole de désaccord. L'article 3<sup>bis</sup>, alinéa 3, deuxième phrase, en projet, dispose ensuite que «la partie la plus diligente demande au Fonds une conciliation telle que visée aux articles 64<sup>bis</sup> et 64<sup>ter</sup> de la loi».

L'arrêté royal du 5 mars 2006 adapte la procédure d'intervention en conciliation afin de tenir compte de la nouvelle procédure prévue par l'article 3<sup>bis</sup>, en projet, de l'arrêté royal du 10 décembre 1987, ainsi que du rôle et de la participation du médecin-conseil de l'organisme assureur.

5.2. L'article 64<sup>bis</sup> de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail dispose que les médecins du Fonds peuvent intervenir au titre de conciliateurs «à la demande de la victime ou de l'entreprise d'assurances».

En l'absence d'accord entre le médecin-conseil et le médecin de l'entreprise d'assurances, la procédure de conciliation ne peut donc en principe [à moins qu'il ne soit admis que, déjà à ce stade de la procédure, l'organisme assureur soit subrogé

dans les droits et les obligations de la victime, conformément à l'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : loi AMI) ] pas être engagée par l'organisme assureur de la victime ni par le médecin-conseil de cet organisme.

Dans la mesure où l'article 3bis, alinéa 3, deuxième phrase, en projet, de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 autorise le médecin-conseil à demander une conciliation, la disposition en projet paraît contraire à l'article 64bis de la loi sur les accidents du travail.

5.3. Eu égard à l'habilitation au Roi inscrite à l'article 64bis de la loi sur les accidents du travail, le projet modifiant l'arrêté royal du 5 mars 2006 peut en tout cas prévoir d'associer le médecin-conseil à la procédure de conciliation (plus particulièrement dans le cas visé à l'article 3bis en projet de l'arrêté royal du 10 décembre 1987). Cette intervention ne peut toutefois aller jusqu'à rendre applicable la règle énoncée à l'article 64bis, alinéa 2, de la loi sur les accidents du travail en cas de désaccord du médecin-conseil avec le projet de rapport du médecin conciliateur (voir l'article 7 de l'arrêté royal du 5 mars 2006 combiné avec l'article 6, alinéa 2, en projet, du même arrêté [à moins qu'il ne soit admis que la subrogation puisse s'appliquer conformément, à l'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi AMI]. En effet, l'article 64bis, alinéa 2, prévoit seulement que la partie la plus diligente peut saisir le tribunal du travail lorsque la proposition du médecin conciliateur n'est pas acceptée par la victime ou par l'entreprise d'assurances".

### *III.5. Le report de la date d'entrée en vigueur des arrêtés attaqués*

Comme l'indique la requérante dans son mémoire en réplique, la date d'entrée en vigueur des arrêtés attaqués a été reportée au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Elle explique, à cet égard que :

- " [...] Par un courrier du 12 décembre 2014 adressé au Président du Comité de gestion du Fonds des accidents du travail (le «FAT») [...] le Ministre des affaires sociales et de la Santé publique a fait part de son intention de reporter au 1<sup>er</sup> janvier 2016 la date d'entrée en vigueur des deux AR attaqués. Le Ministre justifie ce report par le fait de «laisser aux partenaires sociaux la possibilité d'examiner cette problématique dans le cadre plus général des discussions qui vont avoir lieu concernant le Collège National de Médecine d'Assurance sociale en matière d'incapacité de travail».
- [...] Le Comité de gestion du FAT a approuvé la proposition de report de l'entrée en vigueur des AR attaqués dans le cadre de la séance du 18 décembre 2014.
- [...] Il ressort, en effet, du procès-verbal de cette séance [...] que «les services sont quant à eux convaincus qu'un tel report s'avère nécessaire, voire indispensable». Cette décision du Comité de gestion se justifie notamment par le fait qu'un certain nombre de questions se posent encore quant à la faisabilité et à l'exécution pratique de plusieurs modifications prévues par les AR attaqués et que «beaucoup de choses doivent encore être décidées et mises en place»".

Deux arrêtés royaux ont en effet été adoptés, le 30 avril 2015, pour reporter, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'entrée en vigueur des arrêtés attaqués.

Par la suite, deux nouveaux arrêtés royaux ont été adoptés, le 26 mai 2016, lesquels reportent cette fois l'entrée en vigueur des arrêtés attaqués au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

#### *IV. Premier moyen, première branche*

##### *IV.1. Thèses des parties*

###### *A. Requête*

A l'appui de la première branche du premier moyen de la requête, la requérante invoque, à l'encontre des articles 2 à 4 du premier arrêté attaqué et des articles 1<sup>er</sup> à 5 du second arrêté attaqué, un excès de pouvoir du Roi ainsi qu'une violation de l'article 108 de la Constitution en ce que, en modifiant la procédure d'entérinement des accords-indemnités pour les cas où le taux d'incapacité permanente de travail proposé s'élève à dix pourcent ou plus afin d'accorder aux médecins des mutualités le pouvoir de donner leur accord sur les éléments du rapport de consolidation et afin de prévoir une procédure de conciliation obligatoire auprès du Fonds des accidents du travail en cas de désaccord entre le médecin de l'assureur accidents du travail et le médecin de la mutualité, la partie adverse a commis un excès de pouvoir et a enfreint l'article 108 de la Constitution.

La requérante développe cette première branche comme suit:

###### " Principes

[...] Les deux AR attaqués sont pris au titre du pouvoir réglementaire dérivé ordinaire consacré à l'article 108 de la Constitution.

[...] En effet, l'article 108 de la Constitution prévoit que : «le Roi fait les règlements et arrêtés nécessaires pour l'exécution des lois, sans pouvoir jamais ni suspendre les lois elles-mêmes, ni dispenser de leur exécution». L'article 108 est l'expression du pouvoir réglementaire d'exécution de la loi, ce pouvoir supposant l'existence d'une loi à exécuter [...].

[...] Ainsi qu'il a été souligné par la doctrine, une exigence fondamentale est exprimée par l'article 108 de la Constitution: l'arrêté royal doit être une mesure d'exécution fidèle de la loi [...].

[...] Dans le cadre de son pouvoir réglementaire dérivé ordinaire, «le Roi a non seulement le pouvoir mais également le devoir de procurer pleine application et effectivité à la loi c'est-à-dire de dégager de son principe et de son économie générale les conséquences qui en dérivent naturellement d'après l'esprit qui a présidé à sa conception et les fins qu'elle poursuit; que s'il ne peut ajouter à la loi ou en retrancher pas plus qu'il ne peut en modifier la portée, il Lui appartient d'en assurer la pleine et entière exécution» [...].

[...] Il s'ensuit que dans le cadre de la mise en œuvre de son pouvoir réglementaire d'exécution, le Roi doit tenir compte des motifs et des objectifs de la loi, ainsi que de son économie générale.

[...] Il ressort de la jurisprudence récente du Conseil d'État que les pouvoirs du Roi dans le cadre de la mise en œuvre de son pouvoir réglementaire d'exécution sont, en règle générale, interprétés de manière restrictive [...].

[...] A titre d'exemple, le Conseil d'État a dit pour droit dans une affaire opposant la

requérante à l'Etat belge (arrêt n° 204.191) que, en adoptant l'arrêté royal du 8 mai 2007 relatif à la différenciation des primes en matière d'accidents du travail qui, en raison de l'incertitude qui l'affecte, compromet gravement la sécurité juridique et s'avère inappliqué et inapplicable, le Roi n'a pas assuré comme Il le devait et en avait le pouvoir l'exécution correcte, pleine et entière de l'article 49<sup>quater</sup> de la LAT et Il a, ainsi, pour partie, excédé les limites de son pouvoir d'exécution [...].

En l'espèce, violation de ces principes

[...] Ainsi qu'il ressort de son préambule, le premier AR attaqué a été pris en exécution de l'article 65 de la LAT. Cet article prévoit que : «[...]» [...].

[...] Le deuxième AR attaqué, quant à lui, a été pris en exécution des articles 64<sup>bis</sup> et 64<sup>ter</sup> de la LAT. L'article 64<sup>bis</sup> de la LAT prévoit que : «[...]» [...].

[...] L'article 64<sup>ter</sup> de la LAT précise ensuite que : «[...]» [...].

[...] L'habilitation donnée au Roi par ces dispositions de la LAT ne saurait être interprétée comme ayant permis au Roi de faire intervenir dans la procédure d'entérinement des accords-indemnités un organisme qui était jusqu'à présent complètement étranger à cette procédure (la mutualité) en lui donnant le pouvoir de donner son accord sur les éléments du rapport de consolidation chaque fois que le taux d'IPT proposé s'élève à 10% ou plus.

[...] En effet, ni l'article 65 de la LAT, ni les articles 64<sup>bis</sup> et 64<sup>ter</sup> de la LAT ne font mention d'une quelconque intervention des mutualités dans la procédure d'entérinement ou d'une conciliation obligatoire auprès du FAT lorsque les médecins des entreprises d'assurances AT et les médecins des mutualités ne sont pas d'accord sur les éléments du rapport de consolidation. Cela est d'ailleurs logique dans la mesure où le législateur a toujours envisagé l'accord comme étant un accord entre deux parties, à savoir la victime et l'entreprise d'assurances AT. Ainsi qu'il ressort d'ailleurs clairement des articles 64<sup>bis</sup> et 65 de la LAT, ce sont les seules «parties» qui sont reconnues par le législateur.

[...] En outre, le Roi ne saurait fixer les modalités et les conditions de la procédure d'entérinement en prenant des mesures qui portent atteinte à l'autonomie des assureurs AT et qui touchent au cœur même de l'activité de ces derniers. A l'heure actuelle, les assureurs AT évaluent le risque de la survenance d'un accident du travail et, dès lors, de l'indemnisation de la victime, sur base d'un certain nombre de critères objectifs et connus à l'avance. Les primes sont, en conséquence, calculées sur base de ces mêmes critères. En cas d'accident, l'indemnisation des victimes par les assureurs AT se fait sous le contrôle strict du FAT. En accordant aux mutualités le pouvoir de contester, de manière discrétionnaire, les éléments du rapport de consolidation, tels que le taux d'IPT et la date de consolidation, les assureurs AT perdent la maîtrise de l'évaluation des risques et de l'indemnisation de la victime. Il est manifeste que cela porte atteinte à l'autonomie et au cœur même des activités des entreprises d'assurances.

[...] Cela porte également atteinte au rôle central et essentiel qui a été conféré au FAT dans le cadre du contrôle de l'application de la législation sur les accidents du travail. En effet, le FAT a des pouvoirs de contrôle très étendus afin d'assurer une correcte application par les entreprises d'assurances de la LAT et de la loi du 3 juillet 1967 sur la prévention et la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public [voir articles 87 et suiv. de la LAT] . Le FAT a également des pouvoirs étendus de contrôle dans le cadre de la procédure d'entérinement des accords-indemnités et peut, par exemple, procéder, de sa propre initiative, à des enquêtes ou ordonner un examen supplémentaire de la victime [voir l'article 7 de l'AR du 10 décembre 1987, avant sa modification par le premier AR attaqué]. En donnant à la mutualité le pouvoir de contrôler le rapport de consolidation établi par l'assureur AT (et [en] lui donnant le pouvoir de le contester), le pouvoir exécutif porte atteinte aux principes essentiels posés par le législateur quant au déroulement de la procédure et quant aux compétences du FAT. En particulier, en prévoyant l'intervention d'un second organisme de

contrôle, il méconnaît qu'un organisme public est déjà chargé par le législateur de la tâche de contrôler et, le cas échéant, de rejeter l'accord de consolidation présenté par les parties.

[...] Le Roi n'aurait pas non plus pu déduire du «principe» ou de «l'économie générale» de la LAT que l'intention du législateur était d'associer les mutualités à la procédure d'entérinement des accords-indemnités dans le secteur des accidents du travail. En effet, aucune disposition de la LAT ou des travaux préparatoires de la LAT ne prévoit l'intervention des mutualités dans la procédure d'entérinement des accords-indemnités.

[...] Le choix délibéré du législateur de tenir à l'écart les mutualités de la procédure d'entérinement des accords-indemnités s'explique notamment par le fait que, en application de l'article 136, paragraphe 2, de la loi AMI, les mutualités ont un intérêt financier direct à influencer à la hausse les indemnités payées par les entreprises d'assurances AT. En d'autres termes, l'intervention des mutualités dans la procédure d'entérinement des accords conduit à un conflit d'intérêts manifeste, comme le démontrera la requérante ci-dessous [...].

[...] Il convient dès lors de constater que les deux AR attaqués ont pour effet de donner une portée aux articles 64bis, 64ter et 65 de la LAT qui n'est pas celle censée ressortir des dispositions et de l'économie générale de la LAT. En modifiant la procédure d'entérinement des accords-indemnités en vue d'y faire intervenir un tiers (le médecin de la mutualité) qui était jusqu'à présent complètement étranger à la procédure et qui, en outre, ne bénéficie pas des garanties d'impartialité requises, et d'organiser une procédure de conciliation obligatoire auprès du FAT en cas de désaccord entre ce médecin et celui de l'entreprise d'assurances AT sur les éléments du rapport de consolidation, le Roi a excédé les limites de son pouvoir d'exécution.

[...] La partie adverse ne saurait pas non plus se fonder sur l'article 136, paragraphe 2, de la loi AMI précité pour justifier l'intervention des mutualités dans la procédure d'entérinement dans la mesure où cet article relève de la législation soins de santé et indemnités, et non de la législation sur les accidents du travail qui est une législation spéciale, de sorte qu'elle ne peut pas imposer des obligations aux assureurs AT.

[...] En ce qui concerne le recours obligatoire à la procédure de conciliation du FAT prévue aux articles 1<sup>er</sup> à 5 du deuxième AR, force est de constater qu'il est contraire à la délégation prévue à l'article 64bis LAT dès lors que cette disposition énonce que c'est uniquement à la demande des parties que cette concertation peut avoir lieu («peuvent intervenir au titre de conciliateurs à la demande de la victime ou de l'entreprise d'assurances») [...]. Cette précision exclut le recours obligatoire à une telle procédure. En outre, force est de constater que, contrairement à ce que semble indiquer le deuxième AR («la partie la plus diligente»), le législateur a prévu que la conciliation pouvait uniquement être demandée par la victime ou l'entreprise d'assurances. Il n'appartenait donc pas au Roi d'étendre cette possibilité aux mutualités.

[...] Au vu des développements qui précèdent, il y a lieu de conclure au caractère fondé du premier moyen, en ce qu'il est fondé, en une première branche, sur un excès de pouvoir et, en particulier, sur une violation de l'article 108 de la Constitution".

### *B. Mémoire en réponse*

La partie adverse conclut à l'absence de tout fondement de la première branche du premier moyen, et ce sur la base de l'argumentaire suivant:

" [...] La thèse de la partie requérante repose sur le postulat de départ que les OA seraient par nature étrangers à la relation entre la victime d'un accident du travail et

l'assureur-loi. Ce postulat est inexact.

[...] Comme cela a été rappelé dans la description du cadre réglementaire, l'intervention des OA dans la relation entre victime d'un accident du travail et responsable de son indemnisation est présente de longue date. L'article 136, § 2, de la loi AMI dispose en effet très explicitement:

«[...] L'organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire; cette subrogation vaut, à concurrence du montant des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun et qui réparent partiellement ou totalement le dommage visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

La convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire n'est pas opposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier. [...]».

Cette disposition pose le principe selon lequel les organismes assureurs, non seulement, sont subrogés dans les droits de leurs membres mais, en outre, ne peuvent se voir opposer les conventions conclues entre ces membres et les débiteurs d'une réparation.

[...] C'est dans cette optique qu'elle se complète comme suit :

«Le débiteur de la réparation avertit l'organisme assureur de son intention d'indemniser le bénéficiaire, il transmet à l'organisme assureur, si celui-ci n'y est partie, une copie des accords ou décisions de justice intervenues. Les compagnies d'assurances-responsabilités civile sont assimilées au débiteur de la réparation.

Si le débiteur de la réparation omet d'informer l'organisme assureur conformément à l'alinéa précédent, il ne peut opposer à celui-ci les paiements effectués en faveur du bénéficiaire, en cas de double paiement, ces paiements resteront définitivement acquis au bénéficiaire.

L'organisme assureur possède un droit propre de poursuite en remboursement des prestations accordées contre le Fonds commun de garantie visé à l'article 49 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, dans les cas visés à l'article 50 de cette même loi.

Le dommage, dans le sens de cette disposition, n'est pas censé être couvert complètement dans la mesure où les prestations découlant d'une maladie, de lésions ou de troubles fonctionnels dépassent le montant du dédommagement octroyé.

Les prestations prévues par la présente loi peuvent dans ce cas être récupérées chez celui qui est initialement redevable du dédommagement ou son assureur, qu'il y ait eu transaction ou pas».

La loi pose donc, outre le principe de la subrogation et celui de la non-opposabilité des conventions conclues avec les assurés sociaux, la règle selon laquelle le débiteur d'une réparation est tenu d'informer l'organisme assureur de la victime préalablement à la mise en œuvre d'une telle convention.

Cette obligation se trouve confirmée et détaillée par l'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui dispose comme suit :

«§ 1<sup>er</sup>. L'octroi des prestations prévu à l'article 136, § 2, de la loi coordonnée est subordonné aux conditions que celui qui, pour lui-même ou pour les personnes à sa charge, fait appel aux prestations de l'assurance, mette son organisme assureur dans la possibilité d'exercer le droit visé à cet article et l'informe:

1° de ce que le dommage qui motive cet appel est susceptible d'être couvert par le droit commun ou par une autre législation belge ou étrangère;

2° de tous les éléments ou circonstances de nature à établir si le dommage doit être réparé en vertu du droit commun ou d'une autre législation, y compris les informations ou actes judiciaires dont lui-même ou les personnes à sa charge seraient l'objet à propos du dommage;

3° de toute action ou autre procédure engagée en vue d'obtenir, pour lui-même ou pour les personnes à sa charge, la réparation du dommage en vertu du droit commun ou d'une autre législation.

§ 2. L'information visée au § 1<sup>er</sup>, 1°, peut être donnée au moyen du document visé à l'article 88 de la loi coordonnée, lorsque l'appel aux prestations porte notamment

sur l'octroi de l'indemnité d'incapacité de travail.

L'information visée au § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, peut être donnée au moyen du formulaire que l'organisme assureur fournit au titulaire aussitôt qu'il a reçu de celui-ci l'information visée au § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>.

Le modèle de ce formulaire est établi par le Service du contrôle administratif".

[...] Le régime de sécurité sociale belge repose sur une spécialisation des régimes, avec cependant des «filets de sécurité» comme, notamment, la législation Maladie-Invalidité. Celle-ci est destinée à intervenir, précisément, par défaut en matière de soins de santé et indemnités liées à l'état de santé.

La subrogation visée à l'article 136 de la loi AMI vise précisément à rendre ce régime praticable. L'intervention des OA et la nécessité d'obtenir leur accord pour pouvoir leur opposer une convention d'indemnisation dans un autre régime vise à s'assurer de la pérennité du régime.

En pratique, cependant, il arrive que l'échange d'information qui doit permettre une indemnisation efficace et tenable des assurés sociaux, ne soit pas suffisant.

[...] Les actes attaqués s'inscrivent dans cette logique et visent à une plus grande efficacité du régime : plutôt que d'attendre une éventuelle contestation «ex post», le Roi prévoit désormais que les organismes qui, en tout état de cause, devront se parler et s'accorder, se parlent et s'accordent en amont d'une éventuelle contestation.

L'article 65 de la LAT dispose : "[...]".

[...] Cette disposition pose donc une obligation dans le chef des parties à une convention portant sur l'indemnisation d'un accident du travail : la soumettre pour entérinement au FAT. Le Législateur a précisé, à cet égard, que les modalités de cet accord devraient être déterminées par le Roi.

En l'espèce, le Roi a effectivement exécuté cette obligation qui Lui incombe. Il a précisé que cet accord devrait préalablement réunir l'assentiment du médecin-conseil de l'organisme assureur de la victime.

Il ne fait pas de doute que ce faisant, le Roi a déterminé des modalités à respecter pour pouvoir faire entériner l'accord par le Fonds des accidents du travail.

La section de législation du Conseil d'Etat ne s'y est d'ailleurs pas trompée dans son avis rendu sur le projet de ce qui est devenu l'arrêté attaqué.

[...] La question subséquente est celle de savoir si, en fixant ces modalités, le Roi n'a pas créé une obligation contraire à la loi.

A cet égard, l'intervention (du médecin-conseil) de l'OA n'est nullement interdite par quelque texte que ce soit, ni même par une prétendue intention délibérée du législateur. Elle n'est pas non plus contraire à une disposition qui se trouverait implicitement contenue dans la législation, en particulier la législation AT.

La section de législation du Conseil d'Etat le constate d'ailleurs expressément. Elle écrit : «[...] Sur le fondement de la délégation au Roi mentionnée de l'article 64bis de la LAT, l'implication du médecin-conseil dans la procédure en conciliation peut dans tous les cas être prévue, dans le projet de modification de l'arrêté royal du 5 mars 2006 (en particulier dans l'hypothèse visée dans le projet d'article 3bis de l'arrêté royal du 10 décembre 1987».

Comme il ressort en effet de l'article 136, § 2, de la loi AMI, l'OA est subrogé dans les droits de son affilié. Plus encore, comme le précise l'alinéa 5 du paragraphe 2 de l'article 136 de la loi AMI, «La convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire n'est pas opposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier». L'OA étant subrogé dans les droits de la victime, il dispose d'un droit d'action contre l'assureur. Dès lors donc que l'accord de l'OA est nécessaire pour que la convention intervenue entre l'assureur et la victime lui soit opposable, l'intervention de l'OA à un stade plus précoce de la procédure ne procède, en réalité, que de la plus élémentaire saine gestion.

La mesure, ainsi adoptée dans l'arrêté attaqué, n'est donc ni illégale ni déraisonnable. Au contraire, elle est nécessaire à permettre une résolution rapide et effective de la situation de la victime d'un accident du travail.

[...] En ce sens d'ailleurs, l'implication de l'assurance maladie-invalidité procède d'une obligation qui incombe à l'Etat belge en tant que pays membre de l'OIT en

application de la Convention n° 155 sur la sécurité et la santé des travailleurs et notamment celle (contenue à l'article 4) de mettre en œuvre «une politique nationale cohérente en matière de sécurité, de santé des travailleurs» et celle (contenue à l'article 15) d'«adopter des dispositions conformes aux conditions et à la pratique nationales, visant à assurer la coordination nécessaire entre les diverses autorités et les divers organismes chargés de donner effet aux parties II et III de la convention»<sup>[...]</sup>. La concertation déjà prévue dans la réglementation est rendue simplement plus effective et plus efficace en prévenant les causes de contradiction et de contestation de l'avis de l'assureur.

[...] La conciliation prévue par l'arrêté attaqué procède de cette même démarche.

Elle n'est d'ailleurs pas contredite par la section de législation du Conseil d'Etat.

Il convient en effet tout d'abord de noter que si ce n'est pas le médecin-conseil qui sollicite la conciliation, et si ce n'est pas le médecin-conseil qui conteste l'entérinement devant le tribunal du travail, l'on n'aperçoit pas où pourrait être l'excès de pouvoir, particulièrement si l'on a égard aux finalités de la mesure querellée, soit une économie d'échelle: ne pas multiplier les procédures, notamment également à l'avantage de l'assurance AT (et compte tenu du fait que l'assurance AT participe d'un régime de sécurité sociale).

La section de législation du Conseil d'Etat n'envisage l'excès de pouvoir que dans la perspective où le médecin-conseil de la mutuelle demande lui-même la concertation au sens des articles 64*bis* et 64*ter*. En l'occurrence, le texte mentionne que la partie la plus diligente introduit cette demande. La partie la plus diligente, au sens des articles 64*bis* et 64*ter* ne peut être que soit l'entreprise d'assurance, soit le patient (le cas échéant conseillé par un médecin de son choix).

Compte tenu, en outre, de la réalité - et comme relevé par le Conseil d'Etat lui-même dans l'avis rendu sur le projet de ce qui est devenu l'acte attaqué- la conciliation s'inscrit en réalité dans la subrogation légale de l'OA dans les droits de son affilié.

En effet, la mesure querellée se situe au moment de la discussion sur l'incapacité permanente, pour autant que celle-ci dépasse 10% d'incapacité.

Ceci implique nécessairement une intervention de l'assurance maladie-invalidité. Il ne fait aucun doute qu'à tout le moins des soins de santé auront été prodigués à la victime préalablement à cette discussion. L'organisme assureur est donc, à ce stade, subrogé dans les droits de son affilié.

[...] Plus encore, l'article 136, § 2, de la loi AMI pose comme obligation à l'assureur AT d'«averti[r] l'organisme assureur de son intention d'indemniser le bénéficiaire». Or, précisément, le projet d'accord participe de cela. En effet, l'indemnisation du bénéficiaire procède de l'acceptation par celui-ci de cette proposition d'accord. En soumettant cette proposition à l'OA, l'assureur ne fait que remplir son obligation légale - telle que décrite à l'article 136, § 2, de la loi AMI - d'avertir l'OA de son intention d'indemniser la victime.

Dans la mesure donc où l'OA doit marquer son accord sur la convention d'indemnisation, dans la mesure où tel est bien l'objet de la proposition d'accord et du rapport de consolidation qui la sous-tend, et dans la mesure où l'OA est subrogé dans les droits de la victime, il est de bonne économie procédurale et de saine gestion de permettre à l'OA de saisir le FAT d'une demande de conciliation. Plus encore, ceci est de droit, compte tenu de ce que, à ce stade de la procédure, l'OA est nécessairement déjà subrogé dans les droits de son affilié.

[...] La partie requérante soutient encore en vain que «le Roi ne saurait fixer des modalités et les conditions de la procédure d'entérinement en prenant des mesures qui portent atteinte à l'autonomie des assureurs AT et qui touchent au cœur même de l'activité de ces derniers». Comme exposé ci-dessus, les assureurs AT ne disposent pas, compte tenu du texte de l'article 136, § 2, de la loi AMI, d'une autonomie pleine et entière dans la détermination des éléments du rapport de consolidation, tels que le taux d'IPT et la date de consolidation. Au contraire, à défaut d'accord de l'OA, la loi prévoit expressément que la convention qui découle de ce rapport ne sera pas opposable à l'OA qui, rappelons-le, dispose d'une action subrogatoire à l'égard de l'assureur.

Il s'agit donc là manifestement d'un élément qui manque en droit et procède d'une simple pétition de principe.

Plus encore, les éléments du rapport de consolidation sont évidemment contestables, indépendamment de la nature de celui qui la conteste, singulièrement d'ailleurs par la victime, le cas échéant accompagnée de son médecin-conseil désigné de son choix. Cela ne porte bien évidemment pas atteinte à la liberté de la société d'assurance de fixer ses primes sur le fondement d'une analyse des risques, qui est supposée se fonder bien entendu sur la survenance de ces derniers et leur incidence, plutôt que sur la probabilité de voir la consolidation contestée.

[...] Il est également inexact de prétendre que les actes attaqués porteraient atteinte «au rôle central et essentiel qui a été conféré au FAT dans le cadre du contrôle de l'application de la législation sur les accidents du travail».

La partie requérante se méprend manifestement sur le rôle du médecin-conseil de la mutualité dans la procédure de conciliation, et sur les objectifs poursuivis par pareille implication.

Le médecin-conseil ne reçoit aucune mission de «contrôle» comme le constate, du reste, la section de législation du Conseil d'Etat. En outre, c'est précisément au FAT qu'il appartient encore - et toujours - de rechercher une conciliation en cas de désaccord. Tout au plus l'acte attaqué réduit-il le risque de contestation des décisions du FAT, puisque l'OA interviendra désormais en fait (comme il eut dû pouvoir le faire en droit déjà) antérieurement à l'intervention du FAT. Si le rôle du FAT devait évoluer, ce serait dans la confirmation et le renforcement de ses fonctions.

[...] C'est de même en vain et sans aucun fondement, que la partie requérante soutient que les dispositions querellées au moyen méconnaîtraient «le choix délibéré du législateur de tenir à l'écart les mutualités de la procédure d'entérinement des accords-indemnités».

Nulle part n'apparaît cette prétendue volonté du Législateur, qui n'est pas même attestée sur le fondement d'une quelconque référence aux travaux préparatoires. Au contraire, en réalité, le Législateur a expressément prévu que les OA interviendraient dans les procédures de détermination des dommages indemnifiables, puisque les conventions qui traitent de cela sont de nul effet [Elles sont, en effet, «inopposables» à l'OA, qui est par ailleurs subrogé dans les droits de son affilié. Il s'ensuit qu'à défaut d'accord, l'OA ne sera pas tenu par cette convention et pourra donc agir comme si elle n'existait pas] si elles n'ont pas été obtenues avec l'accord des OA.

La prétendue volonté délibérée du législateur d'écarter les OA, contredite par l'article 136 de la loi AMI, est également contredite par Assuralia lui-même. La partie requérante soutient en effet, à la fois que le législateur aurait délibérément entendu "écarter" les OA, et soutient, dans le même temps, que la mutualité dispose déjà aujourd'hui de l'arsenal législatif suffisant pour contester le taux d'incapacité de travail proposé par l'entreprise d'assurance AT, et ce, d'une part au moyen de l'article 136, paragraphe 2, alinéa 4, de la loi AMI et, d'autre part, via l'article 63, paragraphe 2, alinéa 4, de la LAT. L'implication de l'OA est de fait et de droit.

Au demeurant, le plan de synergie médicale, qui prévoit effectivement pareille intervention du médecin-conseil de la mutualité, est repris dans la note de politique générale [...], avalisée par la chambre des représentants (absence de motion de défiance).

[...] Il ressort de ce qui précède qu'en réalité l'acte attaqué ne pose pas de contraintes de fond nouvelles aux assureurs AT :

- comme par le passé ils sont tenus de faire connaître préalablement leur intention d'indemnisation aux OA - la mesure attaquée a pour seul effet de rendre le contournement de cette obligation impossible;
- comme par le passé ils sont tenus d'obtenir l'accord de l'OA afin que celui-ci soit tenu par cet accord - la mesure attaquée accroît en réalité la sécurité juridique pour l'assureur;
- comme par le passé, les OA peuvent agir aux côtés et à la place de leur affilié compte tenu de la subrogation légale dont ils bénéficient- la mesure attaquée

exprime cette réalité de manière précise.

Il s'ensuit que l'acte attaqué est bel et bien une mesure qui exécute l'article 65 de la loi AT.

[...] Plus encore, il apparaît à la lecture de ceci que l'acte attaqué ne pose pas de contraintes -et *a fortiori* pas de contraintes nouvelles - à la libre prestation de services.

Si une contrainte devait être identifiée, elle serait purement formelle et nullement disproportionnée à l'objectif poursuivi.

En effet, comme cela a également été rappelé, il appartient à l'Etat belge, État membre de l'OIT, de mettre en œuvre «une politique nationale cohérente en matière de sécurité, de santé des travailleurs» et d'«adopter des dispositions conformes aux conditions et à la pratique nationales, visant à assurer la coordination nécessaire entre les diverses autorités et les divers organismes chargés de donner effet aux parties II et III de la convention» [...].

En mettant en place un mécanisme qui doit permettre l'effectivité d'une mesure préalablement existante et obligatoire pour les assureurs AT, le Roi n'a pas porté atteinte - et *a fortiori* pas de manière disproportionnée - à la libre prestations de services reconnue par les dispositions visées au moyen".

La partie adverse considère, en conséquence, que la première branche du premier moyen est dépourvue de tout fondement.

### *C. Mémoire en réplique*

La requérante fait valoir que la thèse développée par la partie adverse ne répond pas et ne résiste pas à l'analyse présentée par la requérante dans sa requête en annulation à laquelle il est renvoyé.

Quant aux conventions de l'Organisation Internationale du Travail auxquelles se réfère, à diverses reprises, la partie adverse, la requérante observe qu'il ressort d'une jurisprudence constante du Conseil d'État que les conventions de l'Organisation Internationale du Travail n'ont pas d'effet direct en Belgique, en ce sens qu'elles ne possèdent pas de caractère normatif à l'égard des individus et ne créent dès lors pas de droits subjectifs ou d'obligations dans leur chef. En d'autres termes, ces conventions ne font qu'imposer des obligations aux parties (les États membres) qui les ont ratifiées. En tout état de cause, une partie des conventions ainsi citées par la partie adverse n'ont pas été ratifiées par la Belgique, notamment la convention n° 187 sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail de 2006, et, pour le surplus, ces conventions se limitent à prévoir des principes généraux de protection sociale dans le domaine du travail, lesquels ne sont pas directement pertinents pour la présente procédure et ne peuvent en aucun cas justifier les modifications apportées par les deux arrêtés royaux attaqués ou imposer des obligations aux assureurs accidents du travail.

La requérante tient également à rappeler que, contrairement à ce que prétend la partie adverse, le droit de subrogation des mutualités prévu à l'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité n'a pas pour effet de transformer les mutualités en une sorte de "bras financier" ou de "socle de base" de la sécurité sociale. Ce droit ne saurait, en particulier, pas être élargi en dehors de son cadre, afin de permettre aux mutualités d'intervenir dans la procédure d'entérinement des accords-indemnités en matière d'assurance du travail et de donner leur accord sur les éléments du rapport de consolidation prévu par la loi sur les accidents de travail. Elle rappelle à cet égard qu'il existe à l'heure actuelle un système performant d'échange d'informations par flux électroniques dans les deux sens, avec cette conséquence que l'obligation d'information en vertu de l'article 136, § 2, alinéa 6, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ne peut dès lors pas justifier une immixtion des mutualités dans la fixation du taux d'incapacité permanente de travail des victimes des accidents du travail et de la date de consolidation des lésions subies par celles-ci en raison de l'accident du travail.

La requérante déclare par ailleurs encore vouloir formuler les observations suivantes à titre:

" 3.1) Observations liminaires

[...] Assuralia prend acte du fait que la partie adverse ne répond pas à l'argument invoqué dans la requête en annulation selon lequel les médecins-conseils des mutualités ne sauraient donner leur accord sur les éléments du rapport de consolidation lorsque le taux d'IPT proposé par l'assureur AT est égal ou supérieur à 10% dans la mesure où les mutualités ont un intérêt financier direct à influencer à la hausse les indemnités payées par l'assureur AT [...] (deuxième branche du premier moyen). L'absence de réponse de la partie adverse sur ce point est pour le moins étonnant. Cela est d'autant plus interpellant que ce risque manifeste de conflits d'intérêts dans le chef des médecins des mutualités est suffisamment établi et constitue, en lui seul, un motif d'annulation des AR attaqués (voir *infra*, [...]).

[...] La partie requérante prend également acte du fait que la partie adverse ne répond pas non plus à l'argument selon lequel la partie adverse n'a pas respecté le principe de diligence qui s'imposait à elle dans la mesure où le Roi n'a pas pris tous les renseignements utiles et n'a pas consulté les personnes directement intéressées, et notamment les entreprises d'assurances AT, et n'a pas tenu compte des critiques très nombreuses et fondées qui ont été émises au sein des différents comités du FAT [...] (deuxième branche du premier moyen).

[...] Par ailleurs, la requérante constate que la partie adverse ne produit aucun document (études, rapports, statistiques, etc.) qui démontrerait que le système actuel d'indemnisation des victimes des accidents du travail et la procédure d'entérinement des accords-indemnités seraient inefficaces et nécessiteraient une révision telle que celle prévue par les AR attaqués.

3.2) Première branche : [...]

[...] Tout d'abord, Assuralia tient à préciser que sa position ne repose pas sur le postulat selon lequel les mutualités seraient par nature étrangères à la relation entre la victime d'un accident du travail et l'assureur AT, comme le prétend à tort la partie adverse. Assuralia soutient uniquement que les modifications apportées par

les deux AR doivent trouver leur fondement juridique dans un article de la LAT, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

a) Les deux AR attaqués ne sauraient trouver leur fondement dans l'article 136, paragraphe 2, de la loi AMI

[...] Selon la partie adverse, les modifications apportées par les deux AR s'inscriraient dans la logique de l'article 136, paragraphe 2, de la loi AMI. En particulier, la partie adverse fait valoir que, dans la mesure où cette disposition prévoit (i) un droit de subrogation pour la mutualité, (ii) une non-opposabilité de la convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire à la mutualité sans son accord et (iii) une obligation d'information dans le chef des assureurs AT, elle peut également servir de fondement juridique pour justifier la modification de la procédure d'entérinement des accords-indemnités afin d'y faire intervenir les médecins des mutualités.

[...] Cette argumentation ne saurait être suivie.

[...] Tout d'abord, force est de constater que, ainsi qu'il ressort de leurs préambules respectifs, le premier AR attaqué a été pris en exécution de l'article 65 de la LAT et le deuxième AR attaqué a été pris en exécution des articles 64bis et 64ter de la LAT. Aucun de ces AR n'a dès lors été pris en exécution de l'article 136, paragraphe 2, de la loi AMI.

[...] Cet article ne peut donc pas constituer une base légale pour les mesures prévues par les deux AR attaqués. Cette conclusion s'impose d'autant plus que la procédure d'entérinement des accords-indemnités qui est prévue par la législation spéciale relative aux accidents du travail, et notamment par l'article 65 de la LAT, ne peut pas être modifiée sur base d'une disposition relevant de la législation générale relative au régime AMI, à savoir l'article 136, paragraphe 2, de la loi AMI.

[...] Il est également inexact d'affirmer que les actes attaqués pourraient «s'inscrire dans la logique de l'article 136, paragraphe 2, de la loi AMI», comme le prétend la partie adverse. Ainsi qu'il a été souligné ci-dessus [...], l'article 136, paragraphe 2, alinéa 4, de la loi AMI a une portée limitée qui n'inclut en aucun cas les mesures prévues par les AR attaqués.

[...] Ainsi, le droit de subrogation de la mutualité ne peut être invoqué pour justifier l'intervention *a priori* des médecins-conseils des mutualités dans la procédure d'entérinement des accords-indemnités. Ce droit de subrogation a pour seul objectif d'assurer que, lorsque la mutualité est intervenue à la place du débiteur de l'indemnisation (l'assureur AT, par exemple), elle pourra récupérer directement auprès du débiteur les prestations qu'elle a payées et que des doubles paiements seront ainsi évités. En outre, ce droit de subrogation ne naît qu'à partir du moment où la mutualité a effectivement payé les prestations de l'assurance soins de santé et indemnités à son assuré social. C'est ce paiement qui déclenche le mécanisme de la subrogation [Voir l'étude de l'INAMI, «L'assurance soins de santé et indemnités et les accidents du travail», B.I. 2009/1, page 13 (...)]. Si aucun paiement n'a été effectué, la mutualité ne bénéficie pas d'un droit de subrogation.

b) Les deux AR attaqués ne sauraient trouver leur fondement dans les articles 64bis, 64ter et 65 de la LAT

[...] Contrairement à ce que soutient la partie adverse dans son mémoire en réponse, ni l'article 65 de la LAT, ni aucune autre disposition de cette loi ne font mention d'une quelconque intervention des mutualités dans la procédure d'entérinement des accords-indemnités. Les arrêtés royaux qui peuvent être pris sur base de l'article 65 de la LAT sont des arrêtés d'exécution, c'est-à-dire des arrêtés déterminant les modalités et les conditions du déroulement de la procédure d'entérinement (comme, par exemple, les modèles à utiliser pour l'accord, les documents à envoyer en vue de l'entérinement, les délais etc.). Or, ainsi qu'il a été démontré dans la requête en annulation [...], le fait de faire intervenir dans la procédure d'entérinement les médecins-conseils des mutualités alors que ceux-ci

étaient jusqu'alors complètement étrangers à cette procédure et que, en outre, il y a un risque de conflit d'intérêts manifeste dans le chef des organismes auxquels ils appartiennent, dépasse incontestablement le cadre des simples modalités d'exécution.

[...] Par ailleurs, la partie adverse ne démontre et ne saurait démontrer que les articles 64*bis* et 64*ter* de la LAT pourraient constituer une base légale valable pour justifier le recours obligatoire à la procédure de conciliation auprès du FAT [Voir articles 1<sup>er</sup> à 5 du deuxième AR attaqué]. Contrairement à ce que semble suggérer la partie adverse, l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat confirme la thèse de la requérante sur ce point. En effet, la section de législation constate que, en vertu de l'article 64*bis* LAT, c'est uniquement à la demande de la victime et de l'entreprise d'assurance que la conciliation peut avoir lieu. Il n'appartient donc pas au Roi d'étendre cette possibilité aux médecins des mutualités. A plus forte raison, il résulte nécessairement de ces constatations que l'article 64*ter* de la LAT ne saurait constituer le fondement des dispositions attaquées.

c) Les deux AR attaqués portent atteinte au cœur même de l'activité des assureurs AT et au rôle central du FAT dans le cadre de la procédure d'entérinement des accords-indemnités

[...] Tout d'abord, Assuralia tient à souligner que contrairement à ce que fait valoir la partie adverse, elle n'a jamais soutenu que les assureurs AT disposeraient d'une autonomie pleine et entière dans la détermination des éléments du rapport de consolidation. Elle ne conteste pas que l'exercice de cette autonomie puisse se faire sous le contrôle du FAT conformément à la législation relative aux accidents de travail et l'approbation du médecin traitant de la victime. La requérante conteste, en revanche, que des organismes qui ont un intérêt direct à ce que l'indemnisation payée par les assureurs AT soit la plus élevée possible (comme c'est le cas des mutualités) puissent donner leur accord sur des éléments tels que le taux d'IPT et la date de consolidation qui ont une influence directe sur le montant de l'indemnisation payée par les assureurs AT et que, en outre, on met à la charge du régime AT le coût de la procédure de contestation - émise par la mutualité - d'un accord obtenu entre la victime, son médecin traitant et l'assureur AT.

[...] Ensuite, il y a lieu de constater que c'est à tort que la partie adverse affirme que, en vertu des AR attaqués, le médecin-conseil de la mutualité ne reçoit aucune mission de contrôle, que le FAT reste le seul organisme ayant le pouvoir de contrôler les accords-indemnités et que l'intervention du médecin-conseil de la mutualité a, en réalité, pour objectif de contribuer à une synergie médicale [...].

[...] En donnant son «point de vue» sur le rapport de consolidation lorsque le taux d'IPT est de 10% ou plus, le médecin-conseil de la mutualité exerce, en réalité, un contrôle sur le rapport de consolidation. En effet, le pouvoir accordé au médecin-conseil de la mutualité est particulièrement large: il peut contester le rapport, faire des observations, proposer une autre date de consolidation ou un autre taux d'IPT, etc. La partie requérante constate également que la partie adverse reste en défaut de démontrer en quoi l'intervention d'un second organisme de contrôle dans le cadre de la procédure d'entérinement des accords-indemnités serait nécessaire et souhaitable.

[...] Ainsi qu'il a été démontré en détail dans la requête en annulation [...], la prétendue création de synergies médicales ne constitue pas une justification valable pour l'intervention des médecins-conseils des mutualités dans la procédure d'entérinement. Pour rappel, dans la situation actuelle (c'est-à-dire avant l'entrée en vigueur des AR attaqués), il y a déjà trois médecins qui interviennent dans la procédure d'entérinement des accords-indemnités : le médecin de l'assureur AT, le médecin traitant de la victime et le médecin du FAT. Il n'y a aucune plus-value à y ajouter un quatrième médecin. Cette conclusion s'impose d'autant plus que le médecin de la mutualité n'a pas plus de compétences ou d'expertise que les trois autres médecins. En outre, il n'a pas suivi la victime pendant la période d'incapacité temporaire de travail.

[...] Au vu des développements qui précèdent ainsi que de ceux exposés dans la requête en annulation, il y a lieu de conclure au caractère fondé du premier moyen, en ce qu'il est fondé, en une première branche, sur un excès de pouvoir et, en particulier, sur une violation de l'article 108 de la Constitution".

#### *D. Dernier mémoire de la partie adverse*

A la suite du rapport de Madame l'auditeur concluant au caractère fondé de la première branche du premier moyen de la requête, la partie adverse maintient dans son dernier mémoire que les deux arrêtés royaux attaqués reposent bien sur un fondement légal admissible.

La partie adverse tient tout d'abord à formuler les précisions contextuelles suivantes quant au contexte juridique à la lumière duquel la légalité des deux arrêtés attaqués doit être examinées:

" [...] Les actes attaqués participent à la mise en œuvre de l'article 65 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (ci-après la «Loi AT»). Cet article pose les principes applicables pour la détermination de l'incapacité de travail après consolidation, soit lorsqu'elle devient permanente [...].

Un accident du travail, en effet, donnera le cas échéant lieu à une première (période d') incapacité (temporaire) qui sera totale ou partielle. Pendant cette première période, le travailleur, victime d'un accident, se trouve dans une situation évolutive où son état l'empêche en tout ou en partie d'exercer son travail (ou un travail adapté).

L'indemnisation de l'incapacité temporaire est fondée sur le préjudice économique réel (réparation de la perte de rémunération effective résultant de l'accident) tandis que l'indemnisation de l'incapacité permanente, qui peut être cumulée avec les revenus du travail, est fondée sur une approche forfaitaire (réparation de la perte de capacité de gain). A cette approche différente fait écho une appréciation différente de l'incapacité:

- le régime d'indemnisation de l'incapacité temporaire vise, non pas à compenser la perte ou la réduction de la valeur économique de la victime sur le marché du travail en général, mais la perte (réelle et effective) de salaire que celle-ci supporte parce qu'elle ne peut exercer son propre emploi. Dès lors, l'incapacité temporaire de travail est déterminée d'après les possibilités de travail de la victime dans sa profession initiale ou dans celle qui lui est provisoirement offerte [...] (art. 23, quatrième et cinquième alinéas, de la loi sur les accidents du travail);
- le régime d'indemnisation de l'incapacité permanente repose quant à lui sur la perte ou la réduction du potentiel économique de la victime. Cette situation est évaluée, non pas par rapport à l'occupation initiale de l'employé, mais par rapport à toutes les professions auxquelles le travailleur peut avoir accès, compte tenu de son âge, sa compétence, ses possibilités d'adaptation et de reconversion, c'est-à-dire au regard de la position concurrentielle de l'employé sur le marché général du travail. La perte de salaire réelle ou l'absence de celui-ci ne jouent pas de rôle.

Ce n'est que lorsque la (première période d') incapacité aura pris fin que sa situation sera consolidée, soit parce que le travailleur est complètement guéri, soit parce que ses lésions n'évoluent plus et qu'il lui reste une incapacité permanente. La consolidation se définit comme le moment où l'existence et le degré d'incapacité prennent un caractère de permanence, c'est-à-dire le moment où les médecins considèrent qu'en raison de l'évolution de la science, le cas n'est plus

susceptible d'évolution [...]

Comme cela a été exposé ci-dessus [...], la date de consolidation n'est donc pas liée à la date de reprise du travail mais à la permanence des lésions.

Il s'agit d'une notion essentiellement médicale qui correspond à la stabilisation de l'état de santé du patient. Elle est fixée à la date à partir de laquelle l'état de la victime n'est plus susceptible d'amélioration sensible et à laquelle le taux d'incapacité permanente peut être fixé, c'est à dire :

- soit la date de la guérison complète;
- soit la date du décès;
- soit la date à partir de laquelle ces séquelles n'évoluent plus ou si faiblement que, selon toute vraisemblance, il n'y a plus d'amélioration ou de détérioration significative à prévoir en ce qui concerne la capacité résiduelle concurrentielle de la victime sur le marché général du travail [...].

La différence entre un préjudice temporaire et permanent est liée à ce que visent ces notions mêmes :

- le temporaire est par hypothèse lié au présent - on répare une réalité tangible et certaine;
- le permanent est nécessairement orienté sur l'avenir - on répare donc une probabilité, (la perte d') une chance vers l'avenir.

Pour déterminer cette guérison ou cette incapacité permanente, l'assureur AT et la victime devront être d'accord (ou porter l'affaire en justice). C'est cette procédure qui est visée par l'article 65 de la Loi AT.

[...] Pendant la première période d'incapacité consécutive à l'accident du travail - la période d'incapacité temporaire - et en vue de la consolidation (sous forme de guérison ou de fixation d'un taux d'incapacité permanente), la victime bénéficiera des soins requis qui seront remboursés par son Organisme assureur.

Cet organisme sera alors, en vertu de l'article 136, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après la «Loi AMI»), subrogé dans les droits de cette victime et pourra se tourner vers l'assureur AT en vue d'obtenir le remboursement des frais occasionnés.

Lorsque, ensuite, l'incapacité devient permanente, c'est que l'état de santé de la victime [...] le justifie. Celle-ci a dès lors nécessairement des lésions persistantes d'une gravité suffisante. La victime a donc, par essence, un état de santé altéré de sorte qu'[elle] subira, par hypothèse et nécessairement, une prise en charge médicale.

En vertu de l'article 136 de la Loi AMI, l'organisme assureur (ci-après «OA») est alors appelé à payer les frais dans l'attente du remboursement par l'assureur-loi. La consolidation avec une incapacité permanente implique donc que l'OA sera appelé à faire des avances et sera donc impacté par cette incapacité permanente.

[...] La matière des incapacités de travail et, plus particulièrement, des indemnités pour incapacité, est également régie par la Loi AMI qui organise un régime d'assurance indemnités (art. 78 et ss.). L'article 87 de la Loi AMI dispose à cet égard :

«Sans préjudice des dispositions de l'article 97, le titulaire visé à l'article 86, § 1<sup>er</sup>, en état d'incapacité de travail telle qu'elle est définie à l'article 100, reçoit pour chaque jour ouvrable de la période d'un an prenant cours à la date de début de son incapacité de travail ou pour chaque jour de cette même période assimilé à un jour ouvrable par un règlement du Comité de gestion du Service des indemnités, une indemnité dite "indemnité incapacité primaire", qui ne peut être inférieure à 55 p.c. de la rémunération perdue [...]».

Cette indemnité est payée à l'intervention des organismes assureurs. Conformément à l'article 88 de la Loi AMI, «Le Comité de gestion du Service des indemnités fixe les règles et les délais suivant lesquels le titulaire avise le médecin-conseil de son organisme assureur de toute incapacité de travail». C'est alors ce médecin-conseil qui constate l'incapacité primaire [Voir article 90 de la loi AMI].

L'article 100 de la Loi AMI prévoit qu'est reconnu incapable de travailler «le

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

Une fois que l'assurance indemnités intervient - et au titre d'incitant à une reprise progressive du travail - ce même article 100 prévoit cependant que le travailleur peut continuer à bénéficier de cette indemnité pour autant qu'il ne reprenne son travail que partiellement [Voir article 100, § 2, de la loi AMI].

[...] Ce régime indemnité, pourtant, se caractérise par des règles relatives au cumul des indemnités. Comme le décrit Jean-François FUNCK par référence à l'article 136 de la Loi AMI, «les prestations de l'assurance "soins de santé" et de l'assurance "indemnités" ne peuvent être cumulées avec celles qui sont accordées sur la base d'une autre législation» [...]. L'auteur relève pourtant que «afin de permettre une indemnisation rapide, des prestations sont accordées par l'organisme assureur dans le cadre de l'assurance "soins de santé" ou de l'assurance "indemnités" en attendant l'indemnisation opérée en vertu d'une autre législation» [(...) Cette règle découle aussi de l'article 136, § 2, de la loi AMI (...)].

Pour cette raison, un régime spécifique de subrogation de l'organisme assureur est prévu spécifiquement pour le régime des indemnités [voir l'article 103, § 3, de la loi AMI] en plus du régime général de subrogation organisé par l'article 136 de la Loi AMI.

En raison de l'interdiction de cumul et afin de rendre l'action subrogatoire effective, l'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dispose que:

«§ 1<sup>er</sup>. L'octroi des prestations prévu à l'article 136, § 2, de la loi coordonnée est subordonné aux conditions que celui qui, pour lui-même ou pour les personnes à sa charge, fait appel aux prestations de l'assurance [Il s'agit là de l'action subrogatoire des OA], mette son organisme assureur dans la possibilité d'exercer le droit visé à cet article et l'informe:

1° de ce que le dommage qui motive cet appel est susceptible d'être couvert par le droit commun ou par une autre législation belge ou étrangère;

2° de tous les éléments ou circonstances de nature à établir si le dommage doit être réparé en vertu du droit commun ou d'une autre législation, y compris les informations ou actes judiciaires dont lui-même ou les personnes à sa charge seraient l'objet à propos du dommage;

3° de toute action ou autre procédure engagée en vue d'obtenir, pour lui-même ou pour les personnes à sa charge, la réparation du dommage en vertu du droit commun ou d'une autre législation

[...]"[...]

Dans cette même optique, l'article 136, § 2, 5<sup>ème</sup> alinéa, pose une condition de base qui découle de l'existence d'une telle action subrogatoire :

«La convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire n'est pas opposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier».

Comme le précise la Cour de Cassation, cette règle ne souffre pas d'exceptions [Cass., 10 novembre 1981, Pas., 1982, I, p. 358; Cass., 19 octobre 1994, Pas., 1994, I, p. 839; Cass., 8 février 1999, in S. HOSTAUX, Jurisprudence de Cassation en soins de santé et indemnités — Répertoire 1994-2014, p138; Cass., 11 octobre 1999, J.T.T., 2000, p. 44].

L'article 136, § 2, 6<sup>ème</sup> alinéa, impose une obligation corollaire aux entreprises d'assurances et dispose :

«Le débiteur de la réparation avertit l'organisme assureur de son intention d'indemniser le bénéficiaire, il transmet à l'organisme assureur, si celui-ci n'y est partie, une copie des accords ou décisions de justice intervenues. Les compagnies

d'assurances-responsabilités civile sont assimilées au débiteur de la réparation.»  
La Cour de Cassation a précisé à cet égard que:  
«Suivant l'article 136, § 2, alinéa 6, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités précitée, le débiteur de la réparation avertit l'organisme assureur de son intention d'indemniser le bénéficiaire.  
Aux termes de l'article 136, § 2, alinéa 7, de la même loi, si le débiteur de la réparation omet d'informer l'organisme assureur conformément à l'alinéa précédent, il ne peut opposer à celui-ci les paiements effectués en faveur du bénéficiaire; en cas de double paiement, ces paiements resteront définitivement acquis au bénéficiaire.  
En outre, conformément à l'article 170, e, de la même loi, l'infraction à l'obligation d'avertir précitée est pénalement réprimée».  
Elle poursuit en cassant le jugement rendu en appel qui avait débouté l'organisme assureur de sa demande fondée sur l'article 1382 du Code civil, reprochant à l'assureur de ne l'avoir pas informé de son intention d'indemniser la victime".

La partie adverse fait ensuite à nouveau valoir les éléments suivants à l'appui de la légalité des arrêtés attaqués:

- " [...] Constatant la portée de l'article 65 de la Loi AT, la partie adverse soulève [...] que les actes attaqués visent à déterminer les conditions et modalités émises par le Roi pour faire entériner les accords intervenus, posant ensuite la question de savoir si, ce faisant, le Roi n'avait pas outrepassé ses compétences en imposant des obligations contraires à la loi.  
[...] Renvoyant à l'avis de la section de Législation de Votre Conseil qui précise ne pas exclure l'intervention du médecin-conseil dans la procédure d'élaboration des accords, la partie adverse constate que les actes attaqués ne sont pas déraisonnables, compte tenu du droit de subrogation dont disposent les OA.  
[...] La partie adverse précise alors que cela est aussi conforme à la convention n° 155 sur la sécurité et la santé des travailleurs de l'OIT. La partie adverse précise encore que les actes attaqués laissent aux seules parties visées par la Loi AT (l'assureur-loi et la victime) le droit de solliciter l'intervention du FAT.  
[...] La partie adverse précise enfin que nulle part la Loi AT n'a interdit aux OA d'intervenir dans le processus.  
[...]  
[...] Comme le reconnaît madame l'auditeur, les actes attaqués constituent des modalités d'exécution des articles 64bis, 64ter et 65 de la Loi AT et l'article 136, § 2, de la Loi AMI peut justifier certaines mesures de mise en œuvre. La difficulté soulevée par madame l'auditeur porte donc sur l'ampleur de l'intervention du Roi - celui-ci aurait adopté des mesures qui étendent les obligations légales et, de la sorte, excédé l'habilitation qui Lui est donnée.  
[...] Conformément à l'article 108 de la Constitution, «le Roi fait les règlements et arrêtés nécessaires pour l'exécution des lois, sans pouvoir jamais ni suspendre les lois elles-mêmes, ni dispenser de leur exécution [...]».  
Cette disposition permet au Roi d'adopter des règlements qui sont «nécessaires» à l'exécution des lois. Ce caractère de «nécessité» ne se confond pas avec leur caractère «indispensable». Cette disposition pose aussi une balise : en aucun cas le Roi ne peut ni suspendre les lois ni dispenser de leur exécution. Le Roi ne peut, en d'autres termes, défaire ce que le législateur a fait.  
La partie requérante déduit de ceci que le Roi ne pourrait que faire ce qui est indispensable à l'exécution des lois et qu'Il ne pourrait étendre les obligations posées par la loi.  
Cette affirmation est inexacte.  
Déjà les premiers commentaires relatifs à cet article précisaient le large pouvoir du Roi en matière d'exécution des lois. Ainsi, Urban posait en 1908 que:  
«Le pouvoir réglementaire royal est néanmoins en Belgique très étendu. Il ne

rappelle nullement les proclamations royales des rois anglais du XVII<sup>e</sup> siècle, devant uniquement servir à rappeler les citoyens au respect des lois, sans pouvoir rien y ajouter ou rien en retrancher, ni les Instructions détaillées élaborées par la Constitution elle-même pour l'exécution des principales lois organiques. Le texte de notre Constitution, comme celui de la Constitution de l'an VIII et celui de la Charte de 1814 et de la Charte de 1830, est assez large pour faire du pouvoir réglementaire royal une prérogative effective et considérable» [...].

Sur cette base, la Cour de Cassation a alors jugé de la portée de l'article 108 de la Constitution et, notamment, dans un arrêt Mertz, du 18 novembre 1924. La Cour y juge que:

«Attendu que si le pouvoir exécutif, dans l'accomplissement de la mission que lui confère l'article 67 de la constitution, ne peut étendre pas plus qu'il ne peut restreindre la portée de la loi, il lui appartient de dégager du principe de celle-ci et de son économie générale les conséquences qui a présidé à sa conception et les fins qu'elle poursuit » [...].

Depuis lors, la Cour de Cassation a poursuivi dans cette voie et juge que l'article 108 est respecté lorsque l'arrêté pris par le Roi s'inscrit dans l'esprit de la Loi qu'il exécute et poursuit l'objectif que celle-ci s'est assignée. Dans son arrêt du 12 décembre 1963, la Cour de Cassation a répété que: «Attendu que l'exercice de la fonction normative que l'article 67 de la Constitution attribue au Roi n'est pas subordonné à une autorisation expresse de la loi; que, si le pouvoir exécutif, dans l'accomplissement de la mission que lui confère cette disposition constitutionnelle, ne peut étendre ni restreindre la portée de la loi, il lui appartient de dégager du principe de celle-ci et de son économie générale les conséquences qui en dérivent naturellement d'après l'esprit qui a présidé à sa conception et les fins qu'elle poursuit [...].

Votre Conseil ne juge pas autrement [...]. Il pose, au contraire, le principe de la limitation de ce pouvoir de manière stricte : «la lecture des travaux préparatoires de la loi ne permet pas de conclure de manière certaine que le but et l'esprit du législateur étaient de faire procéder par le Roi à une répartition géographique nouvelle des établissements existants avec les conséquences juridiques qui s'y attacheraient dans un domaine touchant à une des libertés fondamentales, étant la liberté de commerce et d'industrie, liberté publique dont se déduit celle d'établissement».

Votre Conseil y fait le lien entre l'objectif posé par le Législateur et l'exercice que fait le Roi de son pouvoir. Votre Conseil y juge que le Roi a, en cette espèce, adopté une mesure attentatoire à une liberté fondamentale, sans que cela soit nécessaire à poursuivre l'objectif voulu par le Législateur.

Dans un arrêt subséquent dans la même matière, Votre Conseil rejettera même un recours au motif des pouvoirs implicites reconnus au Roi sur le seul fait des travaux préparatoires de la Loi que Celui-ci avait exécutée. Votre Conseil jugeait : «à supposer qu'à cet égard, le législateur a entendu confier implicitement au Roi le soin de prévoir une mesure transitoire organisant ce "gel" et d'autoriser les "établissements déjà existants" à continuer leur exploitation dans l'attente de l'obtention de la licence, l'article 19, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 22 décembre 2000 relatif au fonctionnement et à l'administration des établissements de jeux de hasard de classe II, aux modalités des demandes et à la forme de la licence de classe B ne saurait en aucun cas, sous peine de contrevenir à la loi, être interprété en ce sens que le nombre légal de 180 licences pourrait, fût-ce temporairement, être dépassé».

Conformément à cette jurisprudence établie, c'est au Roi qu'il appartient de déterminer ce qui est «nécessaire» à l'exécution des lois. Il dispose, à cet égard, d'un large pouvoir d'appréciation. Le professeur LEWALLE précise en ce sens que «l'exécution fidèle de la loi ne doit pas s'entendre comme l'application mécanique de ses prescriptions» [...].

[...] En l'espèce, le Législateur a autorisé le Roi à préciser les modalités et les conditions à respecter pour soumettre un accord au FAT.

Le législateur y prévoit que l'accord doit intervenir entre l'assureur-loi et la victime.

À l'inverse, il n'interdit pas que d'autres personnes interviennent à l'accord. Une telle intervention ne pourrait être interdite que pour autant qu'elle ne soit pas de nature à atteindre l'objectif que le Législateur s'est posé.

[...] À cet égard - et contrairement à ce que pose madame l'auditeur [...] - le fait pour les OA de donner un avis, fut-il contraignant, aux parties à l'accord n'a pas pour objet de faire de l'OA une partie à cet accord. En aucun cas les actes attaqués ne font-ils des OA des parties à l'accord entre la victime et l'assureur-loi.

Il en va de même des conventions conclues entre les pouvoirs locaux et des tiers, notamment en matière de marchés publics. Ainsi par exemple, le code wallon du logement prévoit en son article 164, § 1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>, que «Les décisions arrêtant les conditions des marchés publics de travaux, fournitures et services dont le montant est supérieur à celui fixé en application de l'article 17, § 2, 1<sup>o</sup>, a, de la loi du 24 décembre 1993 relative aux marchés publics et à certains marchés de travaux, de fournitures et de services, sont soumises à l'approbation de la Société wallonne du Logement». Pour autant, pourtant, la Société wallonne du logement ne devient pas partie aux conventions qui seront adoptées à l'issue du marché public.

Le fait d'émettre un avis - fut-il contraignant- n'a donc pas pour effet de faire de l'OA une partie à la convention entre la victime et l'assureur-loi.

[...] La lecture des actes attaqués confirme d'ailleurs qu'à aucun moment l'organisme assureur n'est considéré comme une partie à l'accord entre la victime et l'assureur-loi.

Au contraire, tout au plus pourrait-on interpréter le second acte attaqué comme qualifiant l'OA de partie à la (procédure de) conciliation mise en place en vertu de l'article 3*bis* de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail.

Cette interprétation, au surplus, ne ressort pas des termes des actes attaqués mais de l'interprétation de la volonté sous-jacente supposée du Roi. C'est en effet uniquement par l'abrogation du mot «deux» dans les articles 2, 3 et 5 de l'arrêté royal du 5 mars 2006 fixant la procédure d'intervention en conciliation du médecin du Fonds des accidents du travail, que cette interprétation pourrait être adoptée. Or, l'article 4 de l'arrêté - quant à lui non modifié - ne reprenait déjà pas antérieurement à la modification apportée par le second acte attaqué, la référence au nombre des parties. Le simple fait de ne plus dénombrer les parties ne peut donc suffire à qualifier implicitement les OA de parties au sens de cet arrêté.

Il s'ensuit que la qualification des OA comme parties à l'accord entre les victimes et l'assureur-loi procède de l'extension des parties à la conciliation qu'il organise aux parties à l'accord entre la victime et l'assureur-loi, après une interprétation qui vise à qualifier les OA de parties auxdites conciliations.

[...] Par ailleurs, l'article 1<sup>er</sup> du second acte attaqué pose bien la différence entre les demandes de conciliation sur la base de l'article 64*bis* et 64*ter* de la Loi AT et celles en vertu de l'article 3*bis* de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail.

À nouveau, ce n'est pas au motif qu'une procédure est rendue (également) applicable à une procédure différente que la première procédure est modifiée.

Cela n'énerve en rien le fait que le Législateur a prévu que si le FAT refuse d'entériner l'accord intervenu, la partie la plus diligente s'adresse au juge pour que celui-ci tranche. Il prévoit aussi qu'en cas de désaccord entre la victime et l'assureur-loi, ils peuvent tous deux faire appel à un conciliateur ou porter l'affaire devant le tribunal.

Cette disposition n'est pas modifiée par les actes attaqués.

Les actes attaqués se veulent des modalités et conditions requises pour qu'un accord puisse être soumis au FAT. La condition qui pose question est celle qui consiste à voir l'OA intervenir obligatoirement lorsque l'incapacité permanente projetée est supérieure à 10%.

[...] Il ne fait pas de doute qu'il s'agit là d'une condition pour que l'accord puisse être soumis au FAT.

[...] La première question qui se pose est alors de savoir si cette condition peut être

considérée comme une condition «nécessaire» à l'exécution de la loi.

La détermination de la nécessité de la mesure appartient au pouvoir d'appréciation du Roi. À cet égard, il importe de garder à l'esprit que la détermination de la politique de sécurité sociale et de protection des travailleurs est de manière constante reconnue comme un secteur dans lequel le Roi dispose d'un large pouvoir d'appréciation.

Lorsque le pouvoir exécutif dispose d'un large pouvoir d'appréciation, Votre Conseil recherche si dans l'exercice de ce pouvoir d'appréciation, l'autorité n'a pas adopté une mesure (manifestement) déraisonnable.

[...] En l'espèce, madame l'auditeur reconnaît que l'intervention des OA n'est pas exclue par les dispositions visées au moyen - ni par d'autres dispositions d'ailleurs. Comme exposé dans le mémoire en réponse et rappelé ci-dessus [...], les OA sont tenus d'intervenir dans l'attente de l'intervention d'un autre régime d'indemnisation. Les OA interviennent donc nécessairement comme «filet de sécurité». En outre, en cas de consolidation avec une incapacité permanente de plus de 10%, cela implique nécessairement que des lésions persistent. Il y aura donc nécessairement des soins de santé qui seront dus à la victime. Les OA sont donc directement affectés par un accord de consolidation qui reconnaît une incapacité permanente.

Cette intervention est vraisemblablement certaine lorsque l'incapacité atteint un degré de 10%. Ce taux, en effet, n'est pas déterminé au hasard. Il sert en effet de taux-pivot en matière d'évaluation de la gravité des accidents du travail. Il a été introduit dans la Loi AT en ses articles 24 et 27bis par l'arrêté royal n° 285 du 31 mars 1984 et l'arrêté royal n° 530 du 31 mars 1987. Dans son arrêt 40/1996, du 27 juin 1996, la Cour constitutionnelle a jugé que ce taux n'était pas discriminatoire ni disproportionné. La Cour y a jugé :

«8.4. Il n'appartient pas à la Cour d'apprécier si une mesure établie par la loi est opportune ou souhaitable. C'est au législateur, en effet, qu'il appartient de déterminer les mesures à prendre pour atteindre le but qu'il s'est fixé. Le contrôle de la Cour sur la conformité des articles litigieux de la loi du 10 avril 1971 ne peut porter que sur le caractère objectif de la distinction, l'adéquation des mesures au but recherché et l'existence d'un rapport raisonnable entre les moyens employés et l'objectif visé.

8.5.1. La double différence de traitement établie par les dispositions critiquées de la loi du 10 avril 1971 repose sur un critère objectif: le degré de l'incapacité entraînée par l'accident. Certes, la loi critiquée crée une inégalité qui peut, à première vue, sembler choquante lorsqu'elle apparaît entre des cas voisins; mais c'est la conséquence inévitable du choix que le législateur a fait de distinguer, dans un souci financier, selon la gravité des incapacités, un tel choix imposant la nécessité de tracer quelque part une limite.

8.5.2. Il convient toutefois d'examiner si les mesures sont dans un rapport raisonnable de proportionnalité avec le but poursuivi.

D'une part, les articles 24, alinéa 3, et 27bis de la loi du 10 avril 1971, introduits respectivement par l'arrêté royal n° 285 du 31 mars 1984 et l'arrêté royal n° 530 du 31 mars 1987, ont enlevé au Fonds des accidents du travail la charge de l'indexation des allocations et des rentes pour les incapacités permanentes survenues après le 1<sup>er</sup> janvier 1988. Avant cette date déjà, la charge de l'indexation avait été allégée en raison de la réduction des allocations relatives aux incapacités permanentes de moins de 10 p.c. D'autre part, les organismes assureurs, auxquels a été transférée la charge de payer l'indexation pour les accidents survenus après le 1<sup>er</sup> janvier 1988 et qui bénéficient en contrepartie des réductions opérées sur les incapacités permanentes de moins de 10 p.c., contribuent au financement du Fonds des accidents du travail, notamment par une cotisation sur les réserves mathématiques définitives pour les accidents antérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 1988 (article 59, 7°, de la loi du 10 avril 1971) et par le versement d'une cotisation prélevée sur le montant des primes qui peuvent être majorées de 20 p.c. (article 59, 2°, de la loi du 10 avril 1971)".

Il en ressort que le taux de 10 pourcents est effectivement un pivot qui n'est pas déraisonnable et qui permet d'évaluer une certaine gravité des incapacités résultant

d'accidents du travail.

Dès lors que les OA sont appelés à intervenir comme «filet de sécurité», un mécanisme complet et cohérent est mis en place par le Législateur et le Roi, dans lequel les actes attaqués s'inscrivent parfaitement. Ce mécanisme se décompose en une obligation d'intervention préalable de l'assurance indemnités, un droit corrélatif de subrogation dans son chef qui lui permet de faire valoir l'ensemble des moyens même propres à l'assuré social [Et notamment les causes qui vicieraient son consentement], un devoir d'information dans le chef dudit assuré ainsi que des intervenants qui indemnisent la victime, une inopposabilité des accords conclus entre la victime et un tiers, ...

Une intervention des OA spécifiquement dans la discussion relative à l'incapacité découlant de l'accident du travail est encore prévue à l'article 63 de la Loi AT dont il ressort, par ailleurs qu'il est possible de donner un rôle aux OA sans pour autant qu'ils soient partie aux accords entre assureur-loi et victime.

Les actes attaqués s'inscrivent dans cette démarche cohérente : le Roi a posé comme condition pour soumettre un accord au FAT que ledit accord ait été soumis aux OA et que ceux-ci aient pu faire valoir leur avis sur ce qui, nécessairement, entraînera des dépenses dans leur chef. [Ceci est d'autant moins déraisonnable que les OA ont légalement le rôle de défendre aussi leurs affiliés en matière de sécurité sociale]

Une telle démarche n'est pas déraisonnable et moins encore manifestement déraisonnable.

[...] La (seule) question qui se pose [...] encore est de savoir si cette condition est contraire à la loi. Ce n'est, en effet, que si elle était contraire à la loi qu'elle serait perçue comme une exécution par laquelle le Roi suspend la loi ou dispense de son exécution.

À cet égard, comme l'a relevé madame l'auditeur, rien ne s'oppose à ce que les OA soient associés dans le processus d'entérinement de l'accord entre la victime d'un accident du travail et l'assureur-loi".

### *E. Dernier mémoire de la requérante*

La requérante formule tout d'abord les observations générales qui suivent au sujet du dernier mémoire de la partie adverse:

" [...] La partie adverse soutient, à plusieurs reprises, que la législation AMI constitue une sorte de «filet de sécurité» pour les victimes des accidents du travail et que les mutualités représentent des acteurs de première ligne pour l'indemnisation de ces derniers après la survenance de l'accident [...].

[...] Ces allégations sont inexactes ou, à tout le moins, manquent de nuance.

[...] Ainsi, c'est de manière erronée, ou à tout le moins incomplète, que la partie adverse soutient au point 4 de son mémoire que « [pendant la période d'incapacité consécutive à l'accident du travail - la période d'incapacité temporaire - et en vue de la consolidation [...], la victime bénéficiera des soins requis qui seront remboursés par son Organisme assureur».

[...] Lorsqu'un accident du travail est déclaré, plusieurs cas se présentent. Dans un premier cas, l'accident du travail est accepté et pris en charge par l'assureur AT. Dans un deuxième cas, l'assureur AT émet des réserves sur l'accident du travail et refuse de le prendre en charge directement. Le premier cas représente la règle, tandis que le deuxième cas représente une minorité.

[...] Dans le premier cas (accident du travail accepté par l'assureur AT), les organismes assureurs (ci-après «les OA» ou «les mutualités») n'interviennent pas. Le travailleur, victime de l'accident du travail, s'adresse directement à l'assureur AT pour obtenir le remboursement des frais médicaux et le paiement des indemnités (pour compenser l'incapacité de travail). Il dispose, d'ailleurs, d'un droit

d'action directe qui est prévu à l'article 73 de la LAT [...].

[...] Dans le deuxième cas (accident du travail sur lequel l'assureur AT émet des réserves), la victime a la possibilité de demander l'intervention de sa mutualité qui doit intervenir (au moins provisoirement) en attendant que le dommage soit effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge ou étrangère (voir l'article 136, § 2, 3<sup>ème</sup> alinéa, de la loi AMI [...]). Si, par après, l'accident est accepté comme étant un accident du travail et, dès lors, pris en charge par l'assureur AT, la mutualité peut récupérer ses débours auprès de ce dernier (voir l'article 136, § 2, 4<sup>ème</sup> alinéa, de la loi AMI). Si l'accident est définitivement refusé par l'assureur AT, ne peut être pris en charge par une autre législation et répond aux conditions d'acceptation de la loi AMI (articles 32, 100 et 136, § 1<sup>er</sup>, de la loi AMI), la mutualité prend à ce moment-là le cas en charge en application de la loi AMI [...]. Les mutualités ne sont donc pas des acteurs de première ligne pour l'indemnisation des victimes des accidents du travail, comme le soutient la partie adverse.

[...] En pratique il peut arriver que, malgré le fait que l'accident du travail soit accepté par l'assureur AT, les victimes s'adressent également à leurs mutualités. Ces dernières, bien qu'elles soient informées de chaque accident du travail accepté et pris en charge par les assureurs AT par le biais des flux électroniques (EVA/LEA), interviennent parfois quand même dans l'indemnisation des victimes. Dans ces cas isolés, la subrogation de l'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi AMI s'applique également et la mutualité récupère auprès de l'assureur AT la totalité de ce qu'elle a payé à la victime.

[...] Il est, dès lors, inexact de soutenir que les OA prennent en charge le remboursement des soins prodigués aux victimes d'accidents du travail pendant la période d'incapacité temporaire de travail.

[...] Ensuite, la partie adverse soutient à plusieurs reprises que, lorsque l'incapacité devient permanente et qu'il y a une consolidation avec une incapacité permanente de plus de 10%, l'OA «sera appelé à faire des avances (sur frais médicaux) et sera donc impacté par cette incapacité permanente» [...]. Elle en conclut que «les OA sont donc directement affectés par un accord de consolidation qui reconnaît une incapacité temporaire» [...].

[...] Ces allégations sont inexactes.

[...] Contrairement à ce que soutient la partie adverse, dans la grande majorité des cas, il n'y a pas (ou très peu) de frais médicaux après la consolidation. En tout état de cause, l'ensemble des frais médicaux qui sont en lien avec l'accident du travail sont remboursés par l'assureur AT, et cela sans limite dans le temps. Il s'ensuit que les OA ne doivent, en principe, pas intervenir pour avancer les frais médicaux liés aux accidents du travail après la consolidation [...].

[...] Il faut également préciser que, en ce qui concerne les frais médicaux liés aux accidents du travail, la règle du droit à la différence prévue à l'article 136, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi AMI ne joue pas. En effet, pour les soins médicaux en lien causal avec l'AT, l'intervention de l'assureur AT sera toujours supérieure à l'intervention de l'OA dans la mesure où l'assureur AT intervient sur base des tarifs de l'INAMI, y inclus le ticket modérateur (différence entre le montant du barème et le montant de l'intervention de l'OA). Partant, la règle du droit à la différence n'est d'application qu'en ce qui concerne les indemnités pour incapacité de travail [...].

[...] Enfin, la partie requérante tient à souligner que le droit de subrogation, lequel constitue une technique juridique classique appliquée pour toute situation d'assurance de dommage, est justifié par le rôle de régime provisionnel du régime AMI. Il ne saurait toutefois être entendu en dehors de ce cadre. En particulier, le champ d'application de l'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi AMI ne saurait être élargi afin de permettre aux mutualités d'intervenir dans la procédure d'entérinement des accords-indemnités en matière d'assurance du travail et de donner leur accord sur les éléments du rapport de consolidation, comme le soutient la partie adverse au point [...] de son dernier mémoire. Ainsi qu'il a déjà été souligné dans le mémoire en réplique [...], en matière d'assurance Accidents du travail, le seul «socle de base», ou régime de première ligne, est l'assureur AT, sous le contrôle du FAT".

La requérante formule ensuite les observations suivantes au sujet des divers arguments qui ont été développés par la partie adverse dans son dernier mémoire:

" [...] Tout d'abord, la partie requérante partage l'avis de l'auditeur selon lequel ce n'est pas parce que la LAT n'exclut pas expressément d'«associer» la mutualité à la procédure d'entérinement des accords entre la victime et l'assureur AT que cela signifie, pour autant, que le Roi peut exercer les pouvoirs qui lui sont dévolus en vertu de l'article 108 de la Constitution afin d'ajouter une nouvelle partie à la procédure d'entérinement des accords qui, en plus, aura un droit de veto sur des éléments essentiels de ces accords.

[...] Contrairement à ce que soutient la partie adverse dans son dernier mémoire [...], dans le cadre de la nouvelle procédure mise en place par le premier acte attaqué, le médecin-conseil de la mutualité ne se contente pas de donner un simple «avis» ou «point de vue» sur les éléments du rapport de consolidation. Cet «avis»/«point de vue» a, en réalité, une valeur contraignante dans la mesure où le médecin-conseil de la mutualité peut bloquer la procédure d'entérinement des accords dans l'hypothèse où il n'est pas d'accord avec les différents éléments du rapport de consolidation. En effet, en cas de désaccord du médecin-conseil de la mutualité, l'assureur AT ne pourra pas introduire l'accord auprès du FAT. Dans ce cas, une procédure de conciliation obligatoire auprès du FAT sera mise en œuvre (voir l'article 2 du premier acte attaqué).

[...] En outre, les modifications apportées par le premier acte attaqué à la procédure d'entérinement des accords entre la victime de l'accident du travail et l'assureur AT n'ont pas uniquement pour effet d'ajouter à la procédure une nouvelle partie qui y était jusqu'alors complètement étrangère. Elles ont également pour effet de prolonger les délais applicables à cette procédure [...] et de multiplier les contraintes pesant sur les assureurs AT [...].

[...] Par ailleurs, le fait que le premier acte attaqué prévoit l'intervention du médecin-conseil de la mutualité uniquement lorsque le taux d'incapacité permanente est supérieur à 10% [...] n'est pas pertinent pour apprécier l'excès de pouvoir. Dans le cas d'espèce, ce qui est pertinent c'est que le Roi prévoit l'intervention de la mutualité dans la procédure d'entérinement.

[...] Il est également sans pertinence que, dans certains cas très isolés [...], les mutualités peuvent intervenir pour rembourser à la victime de l'accident du travail les frais relatifs aux soins de santé [...]. Cela ne saurait en aucun cas justifier l'intervention des mutualités dans la procédure d'entérinement des accords, ni toutes les modifications substantielles y afférentes.

[...] Il s'ensuit que, contrairement à ce que la partie adverse fait valoir dans son [dernier] mémoire, l'obligation d'obtenir l'accord préalable de la mutualité sur les éléments essentiels d'un accord auquel la loi ne prévoit pas qu'elle soit partie, ne constitue pas une simple «modalité» ou «condition» de la procédure d'entérinement des accords entre la victime et l'assureur AT.

[...] Par ailleurs, la partie requérante partage pleinement l'avis de l'auditeur en ce que les articles 64*bis* et 64*ter* de la LAT ne constituent pas davantage un fondement légal suffisant pour les articles 1<sup>er</sup> à 5 du second acte attaqué.

[...] Il est, d'ailleurs, à relever que la partie adverse admet désormais expressément dans son dernier mémoire [...] que le second acte attaqué peut être interprété en ce sens que les mutualités deviennent désormais des parties à la procédure de conciliation organisée devant le FAT.

[...] Or, ainsi que l'auditeur l'a, à juste titre, constaté dans son rapport [...], l'intervention d'une nouvelle partie à la procédure en conciliation auprès du FAT ainsi que l'ajout d'un cas de conciliation obligatoire supplémentaire (en cas de désaccord entre le médecin-conseil de l'entreprise d'assurances et le

médecin-conseil de l'organisme assureur) ne sauraient être considérés comme fondés sur les articles 64bis et 64ter de la LAT.

[...] A titre subsidiaire, à supposer que la sécurité sociale serait un secteur dans lequel le Roi dispose d'un large pouvoir d'appréciation, comme le soutient la partie adverse[...], et qu'uniquement une violation manifeste saurait être sanctionnée (*quod certe non*), force est de constater que, dans le cas d'espèce, le Roi a manifestement outrepassé les pouvoirs qui lui sont dévolus en vertu de l'article 108 de la Constitution. L'auditeur a, dès lors, à juste titre, constaté que les articles 2 à 5 du premier acte attaqué ne trouvent pas un fondement légal suffisant dans l'article 65 de la LAT et que les articles 1<sup>er</sup> à 5 du second acte attaqué ne trouvent pas un fondement légal suffisant dans les articles 64bis et 64ter de la LAT.

[...] Enfin, la partie requérante partage pleinement l'avis de l'auditeur en ce que ni l'article 136, § 2, de la loi AMI, ni le devoir d'information qui pèse sur l'assureur AT, d'une part, et sur la victime, d'autre part, à l'égard des mutualités ne sauraient constituer une base légale suffisante pour les actes attaqués, ni ne sauraient les justifier".

#### *F. Débats à l'audience*

La requérante renvoie à ses écrits de procédure et au rapport de Madame l'Auditeur tout en rappelant qu'en ajoutant une partie à la procédure d'entérinement des accords de consolidation permettant de fixer le taux de l'incapacité permanente de travail en cas d'accident du travail, le Roi a outrepassé la portée des diverses dispositions législatives applicables en la matière et n'a pu, par ailleurs, valablement se fonder sur le pouvoir général d'exécution des lois prévu par l'article 108 de la Constitution.

La partie adverse met pour sa part l'accent sur ce que le but poursuivi est bien d'assurer la cohérence d'ensemble du système de sécurité sociale, notamment en développant une approche commune de cette notion transversale que constitue la notion d'"incapacité (permanente) de travail", de manière à ce que cette notion reste la même qu'elle que ce soit la législation applicable (Loi sur les accidents du travail / Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités / Assurance chômage / ...). La partie adverse déclare à cet égard avoir voulu mettre un terme aux divergences de vue constatée dans l'application concrète de la loi sur les accidents du travail et de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment en raison du fait que les assureurs-loi accidents du travail poursuivent un but de lucre avec cette conséquence que les médecins-conseils de ces assureurs ne sont pas toujours impartiaux dans la procédure, car ayant tout intérêt à obtenir un taux d'incapacité permanente de travail le plus bas possible. La conséquence en est que les mutualités sont très souvent appelées à intervenir, car il arrive régulièrement que des taux d'incapacité supérieurs soient fixés dans le cadre de l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par rapport à ce qui a déjà été décidé dans le cadre de l'application de la loi sur les accidents du travail.

La partie adverse insiste également sur ce qu'il convient d'uniformiser la réglementation en mettant au centre la victime de l'accident du travail, avec pour objectif que les parties intéressées se parlent dès le début de la procédure; ce n'est pas interdit par les dispositions législatives pertinentes en la matière, la section de législation n'y a pas mis non plus un réel feu rouge, et tout cela apparaît bien à la fois légitime et légal, notamment au regard de l'article 108 de la Constitution.

Pour la requérante, on modifie fondamentalement par les deux arrêtés attaqués la philosophie qui prévaut dans la matière des accidents du travail en ajoutant à la procédure une nouvelle partie, alors que les trois acteurs-clés en cette matière ont toujours été, de par la volonté du législateur, la victime elle-même, assistée par son médecin, les assureurs-loi, qui sont de réels acteurs économiques au sens du droit de l'Union européenne, et le Fonds des accidents du travail. La partie adverse est donc allée au-delà de ce que permettent tant les dispositions législatives pertinentes en la matière que l'article 108 de la Constitution, alors qu'il est essentiel de bien distinguer, d'une part, les notions de "soins médicaux" et d'"indemnités d'incapacité" et, d'autre part, celles d'"incapacité temporaire de travail" et d'"incapacité permanente de travail", les rôles assumés par les assureurs-loi, d'une part, et par les mutualités, d'autre part, étant fondamentalement différents dans chacune des hypothèses à envisager en fonction de la double subdivision qui vient d'être faite.

#### *IV.2. Appréciation*

##### *A. Contexte juridique à prendre en compte*

Le préambule du premier arrêté royal attaqué n'invoque, au titre de fondement légal, que l'article 65 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, tel que "remplacé par l'arrêté royal n° 530 du 31 mars 1987 et modifié par la loi du 10 août 2001".

Cet article 65 dispose comme suit :

- " Les parties sont tenues de soumettre, pour entérinement, au Fonds des accidents du travail les accords concernant les indemnités dues en raison de l'accident du travail, suivant les modalités et dans les conditions fixées par le Roi.  
L'accord ne sortit ses effets qu'après entérinement par le Fonds des accidents du travail.  
A peine de nullité, ces accords sont motivés et mentionnent la rémunération de base, la nature des lésions, le taux d'incapacité de travail et la date de consolidation.  
Le Roi établit un modèle d'accord.  
Les entreprises d'assurances soumettent au Fonds toutes les données concernant le règlement de l'accident.

Le Fonds des accidents du travail ne procède à l'entérinement de l'accord qu'après avoir constaté que l'accident a été réglé conformément aux dispositions de la loi. Le Fonds des accidents du travail adresse une copie de l'accord entériné à chacune des parties ou, le cas échéant, à leur représentant. Si le Fonds estime qu'un des éléments repris dans l'accord soumis n'a pas été fixé conformément à la loi, il refuse d'entériner l'accord et communique son point de vue motivé aux parties. Dans ce cas, le litige est porté devant le tribunal du travail par la partie la plus diligente qui informe le tribunal du point de vue du Fonds. Le Fonds peut être appelé à la cause".

L'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail, que le premier arrêté royal attaqué modifie, invoque, pour sa part, au titre de fondement légal l'article 29 de l'arrêté royal n° 530 du 31 mars 1987 modifiant la législation sur les accidents du travail. Ce fondement juridique est en réalité l'article 65 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, lequel article a en effet été remplacé par l'article 29 de l'arrêté royal n° 530 du 31 mars 1987.

Le préambule du second arrêté royal attaqué invoque, à titre de fondement légal, les articles 64*bis*, "inséré par la loi du 25 janvier 1999 et modifié par la loi du 10 août 2001" et 64*ter*, "inséré par la loi du 25 janvier 1999", de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Ces deux articles disposent comme suit:

" Art. 64*bis*. Les médecins visés à l'article 87, alinéa 3, peuvent intervenir au titre de conciliateurs à la demande de la victime ou de l'entreprise d'assurances lors de la fixation du taux d'incapacité permanente de travail, dans les cas et conditions fixés par le Roi. Ils en dressent un rapport. Si la proposition du médecin-conciliateur n'est pas acceptée par la victime ou par l'entreprise d'assurances, le litige est porté par la partie la plus diligente devant le Tribunal du travail. Le rapport visé à l'alinéa 1<sup>er</sup> est déposé dans ce cas par l'entreprise d'assurances au greffe de la juridiction compétente.

Art. 64*ter*. La conciliation visée à l'article 64*bis* peut dans les mêmes conditions porter également sur la fixation de la date à partir de laquelle l'incapacité de travail présente un caractère de permanence".

Ces deux mêmes articles constituent par ailleurs également le fondement juridique de l'arrêté royal du 5 mars 2006 fixant la procédure d'intervention en conciliation du médecin du Fonds des accidents du travail, que le second arrêté royal attaqué modifie.

Compte tenu des divergences qui opposent les parties quant à la portée exacte de ces différentes dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, de même que quant au contexte juridique dans lequel il y a lieu de replacer

cette loi, dans son ensemble, le Conseil d'État retient comme pertinent le contexte suivant dans lequel cette loi a été adoptée et a, par la suite, évolué.

Il convient tout d'abord d'observer qu'à la suite de la loi du 16 août 2016 portant fusion du Fonds des accidents du travail et du Fonds des maladies professionnelles, entrée en vigueur le 5 septembre 2016, le Fonds des accidents du travail est devenu, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'Agence fédérale des risques professionnels, en abrégé Fedris (article 3 de la loi du 16 août 2016 précitée). En application de l'article 17 de cette même loi, chaque fois qu'une disposition légale ou réglementaire mentionne ou vise le Fonds des accidents du travail, il y a lieu de lire cette disposition comme mentionnant ou visant Fedris. Compte tenu de cette modification législative, il sera fait état dans la suite du présent arrêt de Fedris, en lieu et place du Fonds des accidents du travail, et ce même dans les citations de dispositions législatives ou réglementaires ou d'extraits des documents parlementaires.

Dans divers arrêts, la Cour constitutionnelle a décrit comme suit le passage de l'ancienne loi du 24 décembre 1903 sur la réparation des dommages résultant des accidents du travail à la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail:

" - [...] La loi du 24 décembre 1903 sur la réparation des dommages résultant des accidents du travail prévoyait la réparation forfaitaire du dommage résultant d'un accident du travail, le caractère forfaitaire de l'indemnité s'expliquant notamment par une réglementation de la responsabilité s'écartant du droit commun, basée non plus sur la notion de «faute», mais sur celle de «risque professionnel» et sur une répartition de ce risque entre l'employeur et la victime de l'accident du travail. D'une part, l'employeur était, même en l'absence de toute faute dans son chef, toujours rendu responsable du dommage résultant de l'accident du travail subi par la victime. Ainsi non seulement celle-ci était dispensée de la preuve, souvent très difficile à apporter, de la faute de l'employeur ou de son préposé et de l'existence d'un lien causal entre cette faute et le dommage subi, mais sa propre faute (non intentionnelle) ne faisait pas obstacle à la réparation, et n'entraînait pas sa responsabilité si cette faute causait un accident du travail à un tiers. D'autre part, la victime de l'accident du travail percevait une indemnité forfaitaire, qui ne l'indemnisait que partiellement pour le dommage subi.

[...]

Lors de l'élaboration de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, le système a été modifié par l'instauration de l'assurance obligatoire, en vertu de laquelle le travailleur ne s'adresse plus à l'employeur mais à «l'assureur-loi». C'est le préjudice du travailleur et non plus la responsabilité de l'employeur qui est assuré, de sorte que le système se rapproche d'un mécanisme d'assurances sociales" (C.C., arrêt n° 52/2001 du 18 avril 2001, B.2.1; C.C., arrêt n° 47/2002 du 13 mars 2002, B.2.1; C.C., arrêt n° 102/2004 du 9 juin 2004, B.1.1; C.C., arrêt n° 124/2004 du 7 juillet 2004, B.8.2; C.C., arrêt n° 7/2008 du 17 janvier 2008, B.3.1) (voir également C.C., arrêt n° 16/2004 du 29 janvier 2004, B.3)

- le financement du système forfaitaire est assuré par les employeurs qui sont obligés, depuis 1971, de souscrire une assurance en matière d'accidents du travail et de supporter le coût des primes (C.C., arrêt n° 52/2001 du 18 avril 2001, B.2.2;

C.C., arrêt n° 47/2002 du 13 mars 2002, B.2.2; C.C., arrêt n° 102/2004 du 9 juin 2004, B.1.2; C.C., arrêt n° 124/2004 du 7 juillet 2004, B.8.3; arrêt n° 88/2005 du 11 mai 2005, B.8.2; C.C., arrêt n° 7/2008 du 17 janvier 2008, B.3.2);

- " - [...] l'objectif du système d'indemnisation des accidents du travail consiste, d'une part, à assurer une protection du revenu du travailleur contre un risque professionnel censé se réaliser et, d'autre part, à préserver la paix sociale et les relations de travail dans les entreprises en excluant la multiplication des procès en responsabilité" (C.C., arrêt n° 124/2004 du 7 juillet 2004, B.10.3);
- " - Du reste, dans le système de la loi, l'assurance contre les accidents du travail ne couvre pas le risque de l'employeur, mais celui du travailleur, consécutif à un accident du travail. L'assurance contre les accidents du travail se transforme ainsi en une assurance que l'employeur est tenu de conclure au profit de ses travailleurs. La responsabilité de l'employeur ne joue plus aucun rôle (C.C., arrêt n° 7/2008 du 17 janvier 2008, B.7)".

Même s'il est donc vrai que la législation en matière d'accidents du travail ou survenus sur le chemin du travail, à savoir les accidents survenus dans le cours de l'exécution d'un contrat de travail et par le fait de cette exécution et qui entraîne au moins des frais médicaux, présente des rapports étroits avec la sécurité sociale en général et qu'il ressort tant des travaux préparatoires de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail que de la loi elle-même (article 1<sup>er</sup> de la loi) que l'intention du législateur a clairement été de calquer le champ d'application de cette loi sur celui du régime général de la sécurité sociale, il n'en reste pas moins qu'il est tout aussi clair que le législateur a également entendu faire de cette législation un domaine qui règle essentiellement les relations entre les employeurs et leurs organismes assureurs (les assureurs-loi accidents du travail), d'une part, et les travailleurs, d'autre part, le tout sous l'égide de Fedris, érigé sous la forme d'un établissement public doté de la personnalité civile. Le but a par ailleurs aussi clairement été de soumettre les litiges pouvant survenir à la suite d'un accident du travail à un régime de réparation spécifique qui déroge au droit commun de la responsabilité civile sur la base des articles 1382 et suivants du Code civil, tout en autorisant, en certaines circonstances, qu'une action en responsabilité civile puisse néanmoins être exercée par la victime ou par ses ayants droit contre l'employeur, contre ses mandataires ou préposés, ou contre toute autre personne qui serait responsable de l'accident, avec possibilité de subrogation de l'assureur-loi accidents du travail ou de Fedris dans les droits de la victime ou de ses ayants droit contre ce responsable. La spécificité du régime ainsi mis en place ressort également de ce que le choix est laissé à la victime ou ses ayants droits de recourir, lorsque cela est possible, à la procédure de droit commun, tout en veillant, d'une part, à ce que l'assureur-loi accidents du travail ou Fedris reste tenu du paiement des indemnités résultant de la loi, et ce sous le bénéfice de la subrogation légale qui leur est reconnue, et, d'autre part, à ce que la victime ou ses ayants droit ne puissent pas cumuler ces indemnités avec la réparation de droit commun (articles 45

et 47 de la loi du 10 avril 1971). Quant au mécanisme de subrogation prévu en faveur de l'assureur-loi accidents du travail ou, le cas échéant, de Fedris, il a été commenté comme suit lors des travaux parlementaires qui ont précédé l'adoption de la loi du 10 avril 1971: "Le Ministre souligne que cet article prévoit que l'assureur ou [Fedris] dispose d'une action subrogatoire à l'endroit du tiers responsable. Après qu'ils auront payé effectivement la victime (ou ses ayants droit), ils pourront donc exercer une action en répétition contre ce tiers. Cette action ne portera que sur les sommes déjà payées et sur le capital investi en vue du paiement futur de l'allocation ou de la rente" (Doc. parl., Sénat, 1970-1971, n° 215, p. 153).

Le législateur de 1971 a encore voulu aller plus loin dans la spécificité du régime ainsi mis en place, en instaurant dans le chef des employeurs un système d'assurance obligatoire contre les dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail et, à défaut, une affiliation d'office de l'employeur auprès de Fedris (articles 49 et 50 de la loi du 10 avril 1971), le Roi étant par ailleurs habilité à fixer les conditions auxquelles une entreprise d'assurance pourra être agréée en tant qu'assureur-loi accidents du travail (article 53 de la loi du 10 avril 1971). La règle est donc le recours à l'assureur-loi accidents du travail, l'exception devant en principe être la sollicitation de Fedris.

Dans le cadre du présent litige, l'une des dispositions-clés de la loi du 10 avril 1971 est l'article 24, alinéa 1<sup>er</sup> à l'origine, devenu 2 à la suite de la modification apportée par la loi du 24 décembre 2002, lequel traite du moment où une incapacité de travail est ou devient permanente et dispose comme suit: "Si l'incapacité est ou devient permanente, une allocation annuelle de 100 pourcent, calculée d'après la rémunération de base et le degré d'incapacité, remplace l'indemnité journalière à dater du jour où l'incapacité présente le caractère de la permanence; ce point de départ est constaté par la voie d'accord entre parties ou par une décision coulée en force de chose jugée". Les travaux parlementaires de la loi du 10 avril 1971 font à cet égard état de ce qui suit: " Il importe donc de déterminer ce moment avec le plus de précision possible. Aidées par les avis de leurs médecins, les parties s'efforcent normalement de fixer cette date de commun accord. Si elles n'y parviennent pas, elles doivent soumettre leur contestation aux tribunaux" (Doc. parl., Chambre, 1969-1970, n° 328, p. 17). A cette fin, la compétence du tribunal du travail est consacrée par l'article 579, 1° ou 3°, du Code judiciaire.

Cette disposition est également à mettre en relation avec l'article 65 de la loi du 10 avril 1971, lequel, dans sa version originale, disposait comme suit:

" Art. 65. Les parties sont tenues de soumettre, pour homologation, à la juridiction compétente les accords concernant les indemnités dues en raison de l'accident de

travail.

A peine de nullité, ces accords sont motivés et mentionnent la rémunération de base, la nature des lésions, le degré d'incapacité de travail et la date de la consolidation.

Le Roi établit un modèle d'accord.

Les assureurs doivent soumettre à la juridiction compétente toutes les données, y compris le mode de calcul de la rémunération de base.

L'expédition du procès-verbal d'homologation n'est revêtue de la formule exécutoire qu'après que la juridiction a constaté que l'accident a été réglé conformément aux dispositions de la loi".

Les travaux parlementaires de la loi du 10 avril 1971 font à cet égard état de ce qui suit:

- "Cet article reprend, moyennant quelques modifications de forme, les dispositions de l'article 26 des lois coordonnées. Le juge compétent ne peut se borner à constater qu'un accord entre parties existe, il doit encore vérifier si le règlement du dommage est conforme à la loi. Ceci implique notamment qu'il doit vérifier si la rémunération de base a été correctement calculée. Il peut donc faire comparaître les parties, leur communiquer des renseignements et ordonner des enquêtes. Même si les parties ont conclu un accord écrit avant l'homologation, le juge peut les faire revenir sur leur engagement" (Doc. parl., Chambre, 1969-1970, n° 328, p. 33)";
- "Cet article concerne l'homologation des accords. Tel qu'il est proposé dans le projet, il ne contient pas de nouvelles dispositions [si ce n'est que] le Gouvernement propose d'insérer entre le deuxième et le troisième alinéa le texte suivant: «Le Roi fixe un modèle d'accord. Les assureurs doivent soumettre à la juridiction compétente toutes les données, y compris le mode de calcul de la rémunération de base». – Justification écrite: «Afin de faciliter le contrôle que les tribunaux du travail doivent exercer sur l'observance de la loi par les assureurs et afin d'arriver à des projets d'accords uniformes, il est souhaitable que le Roi fixe un modèle d'accord où figureront les données nécessaires touchant l'identité et la profession de la victime, la nature des lésions, la rémunération de base, etc.» [...] Ce qui est important, d'après le Ministre, c'est que le juge dispose de tous les éléments qui lui permettent d'exercer le contrôle d'une manière efficace. Comme il ne suffit pas de connaître le montant de la rémunération, le mode de calcul de la rémunération de base doit lui être communiqué" (Doc. parl., Sénat, 1970-1971, n° 215, pp. 177-178).

L'accent peut également être mis sur ce que l'article 72 de la loi du 10 avril 1971 dispose que "La demande en révision des indemnités, fondée sur une modification de la perte de capacité de travail de la victime ou sur son décès dû aux circonstances de l'accident, peut être introduite dans les trois ans qui suivent la date de l'homologation de l'accord entre les parties ou de la décision [judiciaire coulée en force de chose jugée]".

Les travaux parlementaires de la loi du 10 avril 1971 font à cet égard état de ce qui suit: "Le délai de révision ne peut toutefois commencer à courir qu'à la date de l'homologation de l'accord entre les parties ou à la date de la décision [...] En fixant de cette manière le début du délai de révision, le Gouvernement veut que chacune des

parties puisse disposer d'un délai de révision qui soit véritablement de trois années. Or il est évident que les parties ne peuvent disposer de trois années, si le délai de révision commence à courir à partir de la date de l'accord, car celui-ci peut n'être homologué que plus tard [...] Il ne serait dès lors pas justifiable de prendre un accord incomplet comme point de départ du délai de révision, lequel est un délai préfixé" (Doc. parl., Sénat, 1969-1970, n° 328, p. 34).

Enfin, au sujet de l'article 73 de la loi du 10 avril 1971, qui ouvre à la victime ou à ses ayants droit qui ont supporté, à tort, les frais funéraires, les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation, un recours soit contre l'assureur-loi accidents du travail, soit contre Fedris si l'employeur n'a pas conclu un contrat d'assurance ou si l'assureur-loi accidents du travail est en défaut de s'acquitter de ses obligations, les travaux parlementaires de la loi du 10 avril 1971 précisent ce qui suit: "Bien que [Fedris] ne soit pas un assureur au sens de la présente loi [...], il doit faire face au paiement des indemnités dues en vertu de la loi, chaque fois qu'un employeur néglige de conclure un contrat d'assurance ou qu'un assureur ne s'acquitte pas de ses obligations. Il est dès lors normal que la victime ou les ayants droit possèdent une action directe contre [Fedris], comme ils l'ont contre l'assureur" (Doc. parl., Chambre, 1969-1970, n° 328, p. 35).

Dans son avis donné sur l'avant-projet qui est devenu la loi du 10 avril 1971, la section de législation a également analysé comme suit le passage de l'ancien système au nouveau système mis en place par cette loi de même que les points de comparaison possibles entre le nouveau système et celui de la législation relative à la sécurité sociale:

- "Il n'entre manifestement pas dans l'intention du Gouvernement de réaliser une réforme fondamentale du régime actuel d'assurance contre les accidents du travail [...] Depuis les origines, en 1903, de la réglementation générale en matière d'accidents du travail, le législateur a imposé directement à l'employeur l'obligation de payer les indemnités pour accidents du travail. S'il lui offre, en outre, la possibilité de souscrire une police, il s'agit-là d'une assurance d'ordre purement privé par laquelle l'employeur fait couvrir le risque qu'il court lui-même d'avoir à payer les indemnités légales [...] Ce n'en est pas moins, primordialement, l'employeur qui est et demeure le débiteur des indemnités [...] A la différence du régime actuel, le projet impose à l'employeur l'obligation de souscrire une assurance. Il modifie ainsi profondément l'économie générale de la législation: ce n'est plus l'employeur mais l'organisme assureur qui est redevable des indemnités légales et lorsque l'employeur n'exécute pas son obligation d'assurance ou lorsque l'organisme assureur reste lui-même en défaut, la victime dispose d'une action directe contre [Fedris]" (Doc. parl., Chambre, 1969-1970, n° 328, p. 69)";
- "L'instauration de l'assurance obligatoire aura pour effet de rapprocher considérablement la législation sur les accidents du travail de celle relative à la sécurité sociale [...] La différence la plus considérable entre les deux systèmes réside dans ce que la législation sur les accidents du travail conserve le caractère

d'une assurance où se retrouvent les trois éléments essentiels, à savoir le contrat, le paiement de primes et le risque [...]: dans le régime de la sécurité sociale, [l'employeur] est tenu, pour satisfaire à ces obligations, de s'affilier à un établissement, [alors que] l'employeur doit, en matière d'accident du travail, conclure une assurance. En vertu de la législation en vigueur, l'assurance contre les accidents du travail couvre le risque de l'employeur d'avoir à payer les indemnités prévues par la loi, dans le cas où l'un des travailleurs qu'il occupe viendrait à être victime d'un accident du travail; comme le rappelle l'exposé des motifs, c'est la responsabilité de l'employeur qui a été adoptée comme base en 1903" (Doc. parl., Chambre, 1969-1970, n° 328, p. 70)";

- "Le régime légal tel qu'il est conçu dans le projet crée une double relation de droit: d'une part, une relation entre l'employeur et l'assureur, qui est d'ordre contractuel et qui, dans la mesure où le projet n'y déroge pas, est régie par la loi sur les assurances du 11 juin 1874; d'autre part, une relation entre la victime ou ses ayants droit et l'assureur, régie exclusivement par la loi, comme dans la sécurité sociale [...] L'assurance contre les accidents du travail sera ainsi beaucoup plus proche des autres régimes de sécurité sociale que ne l'est la législation générale en la matière [...] Dès lors que l'assurance contre les accidents du travail est rapprochée, sur le plan de son économie, du système de la sécurité sociale, il convient de comparer aussi les structures administratives de l'un et de l'autre de ces deux régimes [...] Les modifications que le projet apporte à la structure administrative du régime concernent donc uniquement les établissements publics: dans toute la législation sur les accidents du travail, il n'y aura plus, dorénavant, qu'un seul établissement public qui agira comme organe d'exécution, à savoir [Fedris], déjà substitué à cinq autres établissements publics par l'arrêté royal n° 66 du 10 novembre 1967. Par contre, le projet ne touche pas aux établissements privés qui sont associés à l'exécution de l'assurance contre les accidents du travail: tant les sociétés à prime fixe que les caisses communes créées par les employeurs demeurent autorisées à faire office d'organisme assureur.

La structure administrative de l'assurance accidents du travail rejoint celle de la sécurité sociale dans la mesure où des établissements privés sont autorisés à agir parallèlement à un établissement public, comme organes d'exécution d'un service public [...] Si toutefois, le Gouvernement désirait rapprocher davantage la structure administrative de l'assurance accidents du travail de celle de la sécurité sociale, il y aurait lieu de transformer [Fedris] en un véritable organisme assureur auprès duquel les employeurs peuvent librement conclure une assurance, sans avoir à rembourser les indemnités qui seraient éventuellement accordées.

Enfin, la réforme de la législation sur les accidents du travail incite également à envisager la possibilité de réaliser une plus grande uniformité avec le système de la sécurité sociale sur le plan du droit aux prestations. Les deux régimes ont ceci de commun qu'ils cherchent à procurer aux assurés sociaux un revenu qui leur garantisse une existence digne de l'homme lorsque, par suite de certaines circonstances, ils ne sont plus en mesure de pourvoir à leur subsistance par leur travail ou que les revenus qu'ils tirent de celui-ci sont jugés insuffisants pour leur permettre de faire face à certaines charges. Les circonstances retenues tant dans la législation sur les accidents du travail que dans la sécurité sociale sont le manque à gagner résultant de l'incapacité de travail ou du décès, et les soins médicaux. Les cas et les conditions dans lesquels ces circonstances donnent lieu à intervention ainsi que les taux des indemnités prévues diffèrent toutefois considérablement dans les deux régimes principalement sur les points suivants: [...]"(Doc. parl., Chambre, 1969-1970, n° 328, pp. 71-72)";

- "Lorsqu'on compare les deux régimes, on constate que, de manière générale, les indemnités pour accident du travail sont plus importantes que les prestations de sécurité sociale, encore que, dans certains cas, ce soit l'inverse. Ces divergences s'expliquent tout d'abord par le fait que le principe de base du droit aux prestations diffère fondamentalement dans les deux régimes: si la sécurité sociale est fondée

sur la solidarité sociale entre employeurs et travailleurs, l'assurance accidents du travail repose sur l'obligation individuelle de l'employeur d'indemniser les travailleurs de son entreprise. C'est la raison pour laquelle ce régime a toujours fait une application plus rigide de la technique des assurances. Ces différences s'expliquent aussi, incontestablement, par le fait que les régimes respectifs sont nés et se sont développés indépendamment l'un de l'autre; lors des modifications apportées à l'un de ces deux régimes, on n'a pas toujours eu suffisamment égard à la répercussion que ces modifications pouvaient avoir sur l'autre régime ni examiné la possibilité de réaliser, à cette occasion, une plus grande uniformité. Quelles que soient les causes de ces différences, dès lors que l'on part du principe que les deux régimes poursuivent le même but, à savoir garantir aux assurés sociaux la sécurité d'existence, force est d'admettre que la subsistance des intéressés doit être assurée dans une égale mesure lorsque les revenus qu'ils tirent de leur travail viennent à manquer ou sont jugés insuffisants dans des circonstances analogues, notamment, en l'occurrence, par suite d'incapacité de travail, de décès ou de soins médicaux. Il importe, dès lors, sans nul doute, de rechercher une plus grande uniformité quant aux conditions et aux cas dans lesquels les indemnités sont accordées ainsi qu'en ce qui concerne leur montant respectif. Ce but ne peut certes s'atteindre qu'à longue échéance et suppose une étude globale et une réforme adéquate de tous les régimes en cause, et non pas uniquement de l'assurance accidents du travail. Le présent projet n'en offre pas moins l'occasion d'envisager la possibilité de mieux aligner, dans l'immédiat, le régime des indemnités pour accident du travail sur celui de la sécurité sociale" (Doc. parl., Chambre, 1969-1970, n° 328, p. 73)";

- "L'harmonisation ne pourra toutefois être poussée plus loin qu'à l'occasion d'une étude globale et simultanée du régime de l'assurance accidents du travail et de celui de la sécurité sociale en vue d'une éventuelle réforme fondamentale des deux systèmes" (Doc. parl., Chambre, 1969-1970, n° 328, p. 74)".

Au sujet de l'article 63, § 2, de la loi du 10 avril 1971, relatif à l'obligation de notification à la mutualité de la victime d'un accident du travail en cas de modification intervenant dans le pourcentage d'incapacité ayant été attribué à cette dernière, il a été fait état de ce qui suit lors des travaux parlementaires: "En cas de modification dans le pourcentage d'incapacité de travail attribué à l'intéressé, l'organisme assureur doit être averti en vue d'examiner si le titulaire est incapable au sens de l'article 56 de la loi du 9 août 1963 et s'il y a lieu d'appliquer l'article 70, § 2, de la loi du 9 août 1963" (Doc. parl., Sénat, 1969-1970, n° 650, p. 5). De même, toujours au sujet de ce § 2 de l'article 63 de la loi du 10 avril 1971, qui résulte d'un amendement introduit par le Gouvernement, il a été fait état de ce qui suit: "En cas de doute sur l'existence de l'accident du travail, de refus d'intervention de l'assureur-loi ou de modification dans le pourcentage d'incapacité attribué à la victime de l'accident du travail, le meilleur moyen de protéger efficacement le travailleur est la notification directe entre les organismes assureurs. Cette disposition aura essentiellement pour effet que le travailleur qui espère recevoir des prestations sur base de la législation sur les accidents de travail et néglige de ce fait de prévenir sa mutualité, ne risquera plus de ne pas être indemnisé pendant un certain temps au moment où on lui communique qu'il n'y a pas eu d'accident du travail. Si l'assureur-loi omet de faire la déclaration en temps utile à la mutualité, la charge des indemnités lui incombe. Toutefois, les

indemnités précitées sont payées par la mutualité et récupérées directement par celle-ci auprès de l'assureur, même s'il s'avère qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail. En cas de modification intervenant dans le pourcentage d'incapacité de travail attribué à l'intéressé, l'organisme assureur doit être averti en vue d'examiner si le titulaire est incapable au sens de l'article 56 de la loi du 9 août 1963 et s'il y a lieu d'appliquer l'article 70, § 2, de la loi du 9 août 1963 [...]. L'amendement règle toute la procédure à suivre par l'assureur à l'égard de l'organisme assureur auquel la victime est affiliée dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité et à l'égard de la victime s'il y a doute quant à la nature de l'accident. L'amendement assure en outre une protection efficace de la victime et de ses ayants-droits à l'indemnité. Plusieurs membres ayant déclaré qu'ils sont heureux de constater que le texte apporte effectivement une solution pratique à un problème connu de tous, l'amendement est adopté à l'unanimité" (Doc. parl., Sénat, 1970-1971, n° 215, pp. 176 et 177).

Enfin, lors des travaux parlementaires qui ont précédé l'adoption de la loi du 10 avril 1971, un amendement avait été déposé aux fins d'instaurer un "comité de coordination" chargé, notamment, d'étudier et de faire des propositions en vue d'assurer une meilleure coordination entre les assurances contre les risques professionnels (accidents du travail et maladies professionnelles) et les autres régimes de sécurité sociale, mais cet amendement n'a pas été adopté (Doc. parl., Sénat, 1970-1971, n° 215, pp. 170 et 171). De même, lors de ces mêmes travaux parlementaires, le Conseil national du Travail, après avoir observé que "[j]usqu'à présent, le problème de l'information réciproque entre l'I.N.A.M.I. et les assureurs-accidents du travail a été réglé par des mesures réglementaires dont la dernière figure dans l'arrêté royal du 31 décembre 1963 portant règlement des indemnités, modifié par un règlement de l'I.N.A.M.I. du 20 mars 1970 [...]", avait suggéré opportun de remplacer le § 2 de l'article 59 du projet devenu l'article 63 de la loi du 10 avril 1971, par une disposition en vertu de laquelle les rapports entre l'assurance maladie-invalidité et l'assurance-accidents du travail seront réglés par arrêté royal, après avis du Conseil national du Travail (Doc. parl., Sénat, 1970-1971, n° 215, p. 175), mais cette proposition n'a pas non plus été suivie d'effet.

Il ressort à l'évidence des commentaires qui précèdent que, par l'adoption de l'article 65 de la loi du 10 avril 1971, le législateur de l'époque a délibérément voulu que la conclusion des accords concernant les indemnités pour incapacité permanente de travail dues en raison d'un accident du travail soit clairement laissée à l'appréciation, d'une part, de la victime de l'accident du travail, assistée par un médecin de son choix et, d'autre part, du médecin de l'assureur-loi accidents du travail concerné ou, le cas échéant, du médecin-conseil de Fedris à défaut d'assureur-loi accidents du travail compétent. C'est de toute évidence à ce nombre très limité

d'acteurs que se réfère la notion de "parties" dont il est fait usage dans cet article 65. Avant le remplacement de ce dernier article par l'article 29 de l'arrêté royal n° 530 du 31 mars 1987 modifiant la législation sur les accidents du travail, deux situations pouvaient donc se présenter: soit l'assureur-loi accidents du travail, ou Fedris, et la victime concluaient de commun accord un tel accord-indemnité et cet accord devait alors être soumis, pour homologation, au tribunal du travail; soit aucun accord ne pouvait être conclu et il incombait alors à la partie la plus diligente de saisir le tribunal du travail. Ainsi, dès qu'étaient expressément considérés comme "parties", la victime de l'accident du travail, d'une part, et l'assureur-loi accidents du travail, d'autre part, Fedris n'avait aucun rôle officiel à jouer dans la procédure de fixation du taux d'incapacité permanente de travail et de détermination de la date de consolidation. Ceci résulte, notamment, à l'évidence de l'annexe I à l'arrêté royal du 3 juin 1985 établissant les modèles d'accord en matière d'accidents du travail, avant son abrogation par l'article 15 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par Fedris, soit l'arrêté royal modifié par le premier arrêté attaqué.

Ainsi qu'il a déjà été exposé, l'article 65 de la loi du 10 avril 1971 a été remplacé par l'article 29 de l'arrêté royal n° 530 du 31 mars 1987 modifiant la législation sur les accidents du travail, et ce dans la version suivante:

" Les parties sont tenues de soumettre, pour entérinement, [à Fedris] les accords concernant les indemnités dues en raison de l'accident du travail, suivant les modalités et dans les conditions fixées par le Roi.  
L'accord ne sortit ses effets qu'après entérinement par [Fedris].  
A peine de nullité, ces accords sont motivés et mentionnent la rémunération de base, la nature des lésions, le taux d'incapacité de travail et la date de consolidation. Le Roi établit un modèle d'accord.  
Les assureurs soumettent [à Fedris] toutes les données concernant le règlement de l'accident.  
[Fedris] ne procède à l'entérinement de l'accord qu'après avoir constaté que l'accident a été réglé conformément aux dispositions de la loi.  
[Fedris] adresse une copie de l'accord entériné à chacune des parties ou, le cas échéant, à leur représentant.  
Si [Fedris] estime qu'un des éléments repris dans l'accord soumis n'a pas été fixé conformément à la loi, il refuse d'entériner l'accord et communique son point de vue motivé aux parties. Dans ce cas, le litige est porté devant le tribunal du travail par la partie la plus diligente qui informe le tribunal du point de vue [de Fedris].  
[Fedris] peut être appelé à la cause".

Il résulte du rapport au Roi précédant cet arrêté royal n° 530 que le but de cette modification a été de confier à Fedris une mission d'entérinement de l'accord-indemnité conclu entre les parties (Moniteur belge du 16 avril 1987, p. 5643). Il a de même été précisé que "Si il n'y a pas d'accord entre les parties ou si le Fonds des accidents du travail n'entérine pas l'accord, le tribunal du travail est compétent"

(*ibidem*) et que "La procédure qui prévoit en une homologation devant le Tribunal du travail de l'accord entre les parties n'est pas modifiée fondamentalement. L'entérinement de l'accord est cependant confié à une institution publique spécialisée qui dispose des moyens de contrôler les éléments du règlement de l'accident et d'effectuer des enquêtes auprès de l'assureur, de l'employeur et des victimes. Cette modification vise, dans le cadre des compétences de contrôle étendues aussi bien sur le plan technique que médical confiées [à Fedris], une plus grande protection des droits des victimes et des ayants-droit. Après examen, [Fedris] constate en entérinant l'accord, par décision administrative, que, lors du règlement de l'accident, les dispositions de la loi sur les accidents du travail ont été observées. La date de l'entérinement constitue en même temps le point de départ du délai de la date de révision. De ce fait, l'on évite une procédure diffuse devant le Tribunal du travail qui reste compétent dans le cas de désaccord entre les parties" (Moniteur belge du 16 avril 1987, p. 5645). Dans son avis donné le 24 mars 1987, la section de législation du Conseil d'Etat a observé ce qui suit au sujet de cette disposition de l'arrêté royal n° 530: "Le nouvel article 65 oblige les parties à soumettre, pour entérinement, [à Fedris] les accords concernant les indemnités dues en raison de l'accident du travail, suivant les modalités et dans les conditions fixées par le Roi. On sait qu'en vertu de l'actuel article 65, les accords visés doivent être soumis au tribunal du travail pour homologation. En ce qui concerne la procédure d'entérinement, les autres dispositions du nouvel article 65 s'inspirent de la réglementation actuellement en vigueur, étant entendu qu'au cas où [Fedris] refuse l'entérinement, le litige est porté devant le tribunal du travail par la partie la plus diligente. En matière de compétence juridictionnelle, il n'y a donc pas d'innovation fondamentale [...]"(Moniteur belge du 16 avril 1987, pp. 5647 et 5648).

Cet article 65 de la loi du 10 avril 1971 a encore été modifié par la loi du 10 août 2001 portant adaptation de l'assurance contre les accidents du travail aux directives européennes concernant l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, mais uniquement pour remplacer les mots "assureurs" au cinquième alinéa par les mots "entreprises d'assurance".

Comme on le voit, le remplacement de l'article 65 de la loi du 10 avril 1971 par l'arrêté royal n° 530 poursuit un but très précis et c'est en fonction de ce but que doit être interprétée l'habilitation faite au Roi, d'une part, de fixer les conditions et les modalités selon lesquelles les parties sont tenues de soumettre, pour entérinement, à Fedris les accords concernant les indemnités dues en raison de l'accident du travail, et, d'autre part, d'établir un modèle d'accord. C'est en vertu de ces deux habilitations qu'a ensuite été adopté l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par Fedris et il ressort à nouveau de toute

évidence, tant de l'article 65, remplacé, de la loi du 10 avril 1971 que de cet arrêté royal du 10 décembre 1987, que le premier arrêté royal attaqué modifie, que ne sont considérées comme "parties" à un accord-indemnité que l'assureur-loi accidents du travail, d'une part, ou Fedris, le cas échéant, et la victime, d'autre part.

Les articles *64bis* et *64ter* de la loi du 10 avril 1971, qui, pour rappel, constituent le fondement juridique du second arrêté royal attaqué, ont, pour leur part, été insérés dans la loi du 10 avril 1971 par les articles 12 et 13 de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales. Ces deux dispositions sont le fruit des amendements n<sup>os</sup> 17 (Doc. parl., 1997-1998, n<sup>o</sup> 1722/5-97/98, p. 4), pour l'article *64bis*, et 99 (Doc. parl., 1997-1998, n<sup>o</sup> 1722/10-97/98), pour l'article *64ter*.

L'amendement n<sup>o</sup> 17 a été justifié comme suit: "Afin de limiter le nombre de litiges à propos de la fixation du taux d'incapacité permanente de travail portés devant les juridictions du travail, il est instauré une procédure de médiation dans laquelle interviennent les médecins-inspecteurs [de Fedris]. L'idée est de ne mettre cette procédure en œuvre dans un premier stade que lorsque les conséquences de l'accident du travail sont très graves et qu'on prévoit par exemple au moins 25% d'incapacité de travail. Cette procédure de médiation vise par ailleurs à accélérer le traitement de ces cas et à rendre plus uniforme la fixation des taux d'incapacité, d'autres experts que des médecins pouvant être appelés à intervenir de surcroît. Si l'une des parties n'accepte pas la proposition du médecin conciliateur, le litige sera tranché par le tribunal du travail [...] l'intention n'a jamais été de donner au tribunal du travail la compétence pour se saisir d'office du litige concernant le taux d'incapacité permanente de travail, sans l'intervention de l'une ou de l'autre partie. Aussi, l'alinéa 2 précise que le litige est porté par la partie la plus diligente devant le tribunal du travail" (Doc. parl., 1997-1998, n<sup>o</sup> 1722/5-97/98, p. 5). Quant à l'amendement n<sup>o</sup> 99, il a été justifié comme suit: " La disposition prévoit d'étendre la procédure de médiation à la fixation de la date de consolidation conformément à l'article 24, alinéa 2, de la loi. Aussi, est-il prévu que la procédure de médiation puisse également s'appliquer dans les mêmes conditions que celles fixées [...] par l'amendement n<sup>o</sup> 17 [...] en cas de désaccord entre la victime et l'organisme assureur concernant la date de consolidation" (Doc. parl., 1997-1998, n<sup>o</sup> 1722/10-97/98).

A la suite de l'entrée en vigueur de ces articles *64bis* et *64ter* de la loi du 10 avril 1971, trois projets d'arrêtés royaux ont été soumis à l'avis de la section de législation, une première fois en date du 26 avril 1999 (avis 29.195/1, 29.196/1 et 29.197/1 donnés le 23 septembre 1999) et une seconde fois en date du 23 novembre 2005 (avis 39.501/1-39.502/1-39.503/1 donné le 15 décembre 2005), projets destinés à mettre en œuvre les dispositions réglementaires nécessaires à permettre l'application

de la procédure de conciliation prévue par ces deux dispositions législatives. Dans la seconde demande d'avis adressée à la section de législation, il a été à ce sujet fait état de ce que des médecins-inspecteurs de Fedris seront chargés d'intervenir comme "conciliateurs entre le médecin-conseil de l'entreprise d'assurances accidents du travail et la victime d'un accident qui estime que le médecin-conseil apprécie injustement le pourcentage de l'incapacité définitive par rapport aux efforts que la victime fournit en matière de réinsertion pendant la période d'incapacité temporaire". L'un de ces projets est devenu l'arrêté royal du 5 mars 2006 fixant la procédure d'intervention en conciliation du médecin de Fedris, arrêté royal que modifie le second arrêté royal attaqué. Conformément à ce que prévoit l'article 64bis de la loi du 10 avril 1971, la procédure de conciliation n'est prévue qu'à titre facultatif et ne peut être initiée, ainsi que le prévoit cet article, qu'à la seule demande soit de la victime de l'accident du travail, soit de l'entreprise d'assurances-loi accidents du travail. C'est la raison pour laquelle diverses dispositions de cet arrêté royal du 5 mars 2006 sont conçues comme ne visant que "deux parties" à cette procédure de conciliation (voir les articles 2, alinéa 2, et 3, alinéa 1<sup>er</sup>, de cet arrêté royal du 5 mars 2006, avant leur modification par le second arrêté attaqué), le médecin-inspecteur de Fedris n'étant, en effet, pas une "partie" dans son rôle de conciliateur (voir l'article 5, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 5 mars 2006, avant sa modification par le second arrêté royal attaqué: "Les deux parties et le médecin conciliateur [...]"). L'un des autres projets est devenu l'arrêté royal du 5 mars 2006 modifiant l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par Fedris, et ce afin de compléter l'article 2, alinéa 4, de cet arrêté royal en vue de prévoir que l'entreprise d'assurance accidents du travail a également l'obligation d'informer la victime ou l'ayant droit de la possibilité de demander la conciliation visée aux articles 64bis et 64ter de la loi du 10 avril 1971. Pour le reste, la portée et le contenu de l'arrêté royal du 10 décembre 1987, telle que décrite ci-avant, n'ont en rien changé.

### *B. Examen de la première branche*

C'est dans le contexte juridique qui vient d'être rappelé que la partie adverse a ensuite fait part de son intention, ainsi que rappelé lors de l'exposé des faits, de "soumettre les accords d'indemnisations proposées aux victimes, à l'accord des médecins conseils des mutualités, tout en précisant que Fedris garde toutes ses compétences en matière de supervision de la gestion des accidents du travail et que les médecins de Fedris auront une mission d'arbitre en cas de litige entre le médecin-conseil de la mutualité et le médecin-conseil de l'entreprise d'assurance accidents du travail de manière à prévenir les litiges devant les tribunaux du travail". L'objectif clairement déclaré de cette réforme a été d'éviter "qu'une partie des coûts des accidents du travail soit supportée par l'assurance maladie invalidité en

responsabilisant le médecin-conseil de la mutualité et le médecin-conseil de l'entreprise d'assurance lorsqu'ils fixent le degré d'incapacité permanente de la victime" (voir la note "Réforme : "synergies médicales" (Doc.CG/1/13/2)", élaborée par la cellule stratégique du Secrétaire d'Etat, M. Ph. Courard et soumise au comité de gestion des Fonds des accidents du travail en sa séance du 21 janvier 2013).

Il n'y a pas lieu, dans l'examen de la présente cause, de se prononcer sur la légitimité d'un tel objectif, de même que sur le caractère éventuellement adéquat des arrêtés attaqués pour en assurer la réalisation, ces aspects du débat étant étrangers à la question à laquelle le moyen impose, en sa première branche, de répondre, à savoir déterminer si, dans l'adoption des arrêtés attaqués, le Roi a excédé les pouvoirs qui Lui sont attribués afin de pourvoir à l'exécution de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Le premier arrêté royal attaqué modifie l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par Fedris afin notamment d'insérer dans cet arrêté un article *3bis* (voir l'article 2 de l'arrêté attaqué), dans lequel sont prévues tant une obligation de concertation entre le médecin de l'assureur-loi accidents du travail et le médecin-conseil de la mutualité de la victime quant au contenu du rapport de consolidation rédigé par le premier, que la possibilité pour "la partie la plus diligente" de demander à Fedris, en cas de désaccord persistant entre le médecin de l'assureur-loi accidents du travail et le médecin-conseil de la mutualité de la victime, une conciliation telle que visée aux articles *64bis* et *64ter* de la loi du 10 avril 1971 et telle qu'organisée par l'arrêté royal du 5 mars 2006 fixant la procédure d'intervention en conciliation du médecin de Fedris. De même, l'article 4, alinéa 2, du même arrêté royal du 10 décembre 1987 est remplacé afin de prévoir que la demande, faite jusqu'alors à la victime de joindre à son accord sur le projet d'accord-indemnité "une déclaration du médecin qu'elle a consulté d'où il ressort qu'il approuve ou non la description des lésions ou les éléments repris dans le rapport de consolidation", n'a plus lieu d'être dans les cas où il a été préalablement recouru aux procédures de concertation commune et de conciliation prévues par le nouvel article *3bis* du même arrêté royal (article 3 de l'arrêté attaqué). Par contre, l'article 2, alinéa 4, du même arrêté royal du 10 décembre 1987, tel que complété par l'arrêté royal du 5 mars 2006, n'est pas modifié, avec cette conséquence qu'est toujours prévue l'obligation pour l'assureur-loi accidents du travail d'informer la victime ou l'ayant droit de la possibilité de demander la conciliation visée aux articles *64bis* et *64ter* de la loi du 10 avril 1971, et ce lorsqu'il communique à cette dernière le projet d'accord établi suivant un des modèles joints en annexe à l'arrêté royal du 10 décembre 1987. De même, le second arrêté royal attaqué modifie l'arrêté royal du 5 mars 2006 fixant la procédure d'intervention en conciliation du médecin de Fedris afin de rendre cette fois

obligatoire la procédure de conciliation, jusqu'alors facultative, visée aux articles *64bis* et *64ter* de la loi du 10 avril 1971, et ce lorsque la procédure de concertation organisée par l'article *3bis* de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 entre le médecin de l'assureur-loi accidents du travail et le médecin-conseil de la mutualité de la victime n'a pu aboutir à un accord. Les articles 2, alinéa 2, 3, alinéa 1<sup>er</sup>, et 5, alinéa 1<sup>er</sup>, du même arrêté royal du 5 mars 2006 ont également été modifiés afin de ne plus préciser dans cet arrêté qu'il n'y a que "deux" parties à la procédure d'adoption d'un accord-indemnité sur la base du rapport de consolidation établi par le médecin de l'assureur-loi accidents du travail et à la procédure d'intervention en conciliation du médecin de Fedris (articles 2, 1<sup>o</sup>, 3 et 4 du second arrêté attaqué). Enfin, l'article 2, alinéa 3, de l'arrêté royal du 5 mars 2006 est complété afin de viser, en sus de la demande de conciliation faite par l'assureur-loi accidents du travail et de la demande de conciliation adressée par la victime de l'accident du travail, l'hypothèse de la demande de conciliation introduite par le nouvel article *3bis* de l'arrêté royal du 10 décembre 1987, tandis que l'article 6, alinéa 2, de l'arrêté royal du 5 mars 2006 est modifié afin de prévoir que le projet de rapport rédigé par le médecin conciliateur de Fedris est transmis en première lecture, en sus du médecin-conseil de l'assureur-loi accidents du travail et du médecin de la victime de l'accident du travail, au médecin-conseil de la mutualité de la victime, chacune de ces "parties" ayant la possibilité, en application de l'article 7, non modifié, du même arrêté royal du 5 mars 2006, de faire valoir, dans les trente jours qui suivent la réception du projet de rapport, si elle marque son accord sur la proposition du médecin conciliateur, en faisant part de ses remarques éventuelles, lesquelles sont jointes au rapport final. Il incombe ensuite au médecin conciliateur de rédiger un rapport final où il consigne l'accord ou la contestation des "parties" et sa propre opinion.

Comme on le voit à la suite de l'ensemble des considérations qui précèdent, les deux arrêtés royaux attaqués marquent un tournant important dans la procédure d'adoption des accords-indemnités à la suite d'un accident du travail, ainsi que dans la procédure de conciliation prévue en la matière par les articles *64bis* et *64ter* de la loi du 10 avril 1971 et dans la procédure d'entérinement de ces accords par Fedris prévue par l'article 65 de la loi du 10 avril 1971. En premier lieu, là où l'ensemble de ces procédures ont clairement été voulues par la loi du 10 avril 1971 comme ayant vocation à ne viser que deux "parties", à savoir l'assureur-loi accidents du travail et la victime ou ses ayants droit, sous la supervision et, le cas échéant, la conciliation de Fedris, lequel n'est cependant pas une partie en tant que telle, exception faite de l'éventualité que Fedris doive se substituer à l'absence ou au défaut de l'assureur-loi accidents du travail, les deux arrêtés royaux attaqués introduisent clairement dans le déroulement de ces procédures une troisième "partie", à savoir le médecin-conseil de la mutualité de la victime. En deuxième lieu, là où la procédure de

conciliation visée par les articles *64bis* et *64ter* de la loi du 10 avril 1971 a été clairement introduite à titre facultatif par le législateur, la partie adverse fait cette fois de cette procédure, une procédure obligatoire chaque fois qu'elle fait suite à un désaccord entre le médecin de l'assureur-loi accidents du travail et le médecin-conseil de la mutualité quant au contenu du rapport de consolidation. En troisième lieu, la combinaison des deux arrêtés attaqués confère un véritable pouvoir de contrainte au médecin-conseil de la mutualité sur le cours de la procédure, et ce indépendamment de l'avis de la victime de l'accident du travail, du fait que, si ce dernier ne donne pas son accord sur le rapport de consolidation établi par le médecin de l'assureur-loi accidents du travail, la seule issue possible à cette situation de blocage est le recours à la conciliation auprès de Fedris prévue par les articles *64bis* et *64ter* de la loi du 10 avril 1971. Tout ceci est donc prévu par la voie réglementaire, alors que, jusqu'à présent, le législateur n'a expressément prévu qu'une implication très limitée des mutualités dans la législation des accidents du travail, et ce soit en prévoyant un échange d'information entre les différents acteurs (voir, par exemple, l'article 63, § 2, de la loi du 10 avril 1971, commenté ci-avant), soit en prévoyant en faveur des mutualités une faculté de subrogation dans les droits de la victime des accidents du travail ou de ses ayants droit au paiement de tout ou partie des prestations dues à ces derniers en application de la législation sur les accidents du travail (il sera revenu sur ce sujet plus loin ), soit, encore, en attribuant aux mutualités un rôle de "filet de sécurité" en prévoyant l'intervention complémentaire de ces dernières dans l'hypothèse où les interventions financières octroyées en application de la législation sur les accidents du travail seraient inférieures à celles prévues en application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (il s'agit, comme l'ont observé les parties, de la règle du "droit à la différence" prévue à l'article 136, § 2, de cette loi coordonnée du 14 juillet 1994).

Or, compte tenu du contexte juridique dans lequel s'inscrit la réglementation sur les accidents du travail ainsi que de la portée des habilitations qui sont conférées au Roi par les articles *64bis*, *64ter* et 65 de la loi du 10 avril 1971, tels que celle-ci a été dégagée ci-avant, le tournant introduit par les arrêtés royaux attaqués dans la procédure d'adoption des accords-indemnités à la suite d'un accident du travail, ainsi que dans la procédure de conciliation prévue en la matière par les articles *64bis* et *64ter* de la loi du 10 avril 1971 et dans la procédure d'entérinement de ces accords par Fedris prévue par l'article 65 de la loi du 10 avril 1971, va manifestement au-delà de ce qu'autorisent les habilitations prévues par les *64bis*, *64ter*, et 65 de la loi du 10 avril 1971, ce qui a par ailleurs déjà été relevé par la section de législation du Conseil d'Etat dans son avis 56.413/1-56.414/1 précité.

En conséquence, les articles 64*bis*, 64*ter* et 65 de la loi du 10 avril 1971, expressément invoqués dans le préambule de l'un ou l'autre des deux arrêtés royaux attaqués au titre de fondement juridique adéquat de ces arrêtés, ne suffisent pas à procurer un fondement juridique suffisant, d'une part, aux articles 2 à 4 du premier arrêté royal attaqué, et, d'autre part, au second arrêté attaqué dans son ensemble.

Il en va *a fortiori* ainsi de l'article 108 de la Constitution que la partie adverse invoque également, à titre subsidiaire, en tant que fondement juridique de ces arrêtés, et ce bien que cette disposition ne soit invoquée dans aucun des préambules des arrêtés royaux attaqués. En effet, même si le Roi, dans l'exercice du pouvoir que Lui confère cet article de faire les règlements et arrêtés nécessaires pour l'exécution des lois, peut dégager du principe de la loi et de son économie générale, les conséquences qui, d'après l'esprit qui a présidé à sa conception et les fins qu'elle poursuit, en dérivent naturellement, Il ne peut cependant pas, dans l'exercice de ce pouvoir, restreindre ni étendre la portée de la loi. En conséquence, même s'il a pu déjà être admis que le Roi peut pallier les lacunes des habilitations Lui conférées par les 64*bis*, 64*ter* et 65 de la loi du 10 avril 1971, afin de fixer les modalités de l'information concernant la possibilité de conciliation visée aux 64*bis* et 64*ter* de la loi du 10 avril 1971, le Roi ne procédant par là ni à une restriction ni à une extension de la portée de la loi (voir l'avis 29.126/1 donné par la section de législation le 23 septembre 1999 sur un projet d'arrêté royal devenu l'arrêté royal du 5 mars 2006 modifiant l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par Fedris), le même raisonnement ne peut être suivi en l'espèce, l'importance du tournant introduit par les arrêtés royaux attaqués dans la procédure d'adoption des accords-indemnités à la suite d'un accident du travail, ainsi que dans la procédure de conciliation prévue en la matière par les articles 64*bis* et 64*ter* de la loi du 10 avril 1971 et dans la procédure d'entérinement de ces accords par Fedris prévue par l'article 65 de la loi du 10 avril 1971. Il ne peut en effet pas être contesté en l'espèce que ces arrêtés royaux, pour l'ensemble des raisons qui ont été exposées ci-avant, ont bien pour effet d'aller au-delà des conséquences qui, d'après l'esprit de la loi du 10 avril 1971, de son économie générale et des fins qu'elle poursuit, en dérivent naturellement.

De même, l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, qu'invoque également la partie adverse dans ses écrits de procédure mais qui ne figure à nouveau pas parmi les dispositions législatives invoquées dans l'un ou l'autre des deux préambules des arrêtés royaux attaqués, et ce au titre de fondement juridique de ceux-ci, ne constitue pas non plus un fondement juridique suffisant.

L'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi précitée du 14 juillet 1994 se lit en effet comme suit: "L'organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire; cette subrogation vaut, à concurrence du montant des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun et qui réparent partiellement ou totalement le dommage visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>".

De la manière dont elle est rédigée et par application des règles de droit commun applicables au mécanisme du paiement avec subrogation, lequel constitue un cas de subrogation personnelle dont le régime est organisé par les articles 1249 à 1252 du Code civil, le recours à cette quasi-subrogation suppose, d'une part, que la mutualité a déjà effectué le paiement d'une indemnité et, d'autre part, qu'elle est subrogée, à concurrence du montant ainsi payé, dans les droits et actions de la victime de l'accident du travail contre l'assureur-loi accidents du travail. Ces règles de droit commun ne peuvent cependant pas être interprétées, à défaut de disposition législative expresse en ce sens, comme autorisant, ainsi qu'il résulte de la combinaison des deux arrêtés royaux attaqués, que le médecin-conseil de la mutualité puisse d'office intervenir dans la procédure aux côtés de la victime de l'accident du travail et de son médecin, voire même en lieu et place de ce dernier (si l'on comprend bien l'article 3 du premier arrêté royal attaqué, la preuve de l'accord du médecin de la victime ne serait en effet plus requise lorsque le médecin-conseil de la mutualité a donné son accord exprès sur le contenu du rapport de consolidation établi par le médecin-conseil de l'assureur-loi accidents du travail) ou puisse donner son accord sur l'ensemble des éléments du rapport de consolidation, et ce peu importe que ces éléments concernent ou non des prestations déjà effectivement payées par la mutualité (selon la compréhension que le Conseil d'Etat se fait en effet des dispositions attaquées, le rapport de consolidation soumis à l'accord du médecin-conseil de la mutualité est nécessairement de nature à avoir une influence sur la détermination du taux d'incapacité permanente de travail et, par conséquent, du montant de la rente pour incapacité permanente de travail qui sera versée à la victime à compter de la date de consolidation également fixée dans le rapport de consolidation). Plus fondamentalement encore, le mécanisme classique de la subrogation suppose que la mutualité se substitue tout simplement à la victime de l'accident du travail, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, vu que cette dernière reste également "partie" à la procédure.

L'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, nécessairement combiné avec l'article 108 de la Constitution, du fait que cet alinéa 4 ne comporte aucune habilitation au Roi ne peut, par conséquent, pas non plus constituer un fondement juridique suffisant pour l'adoption, d'une part, des articles 2 à 4 du premier arrêté royal attaqué, et, d'autre part, du second

arrêté attaqué dans son ensemble. La section de législation du Conseil d'Etat n'est d'ailleurs pas arrivée à une conclusion en sens contraire dans son avis 56.413/1-56.414/1 précité, auquel se réfère également la partie adverse: la question d'une éventuelle application de l'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités n'a en effet été qu'incidemment soulevée sans qu'il y soit répondu.

La même conclusion s'impose par ailleurs dans la mesure où la partie adverse met également l'accent, dans ses écrits de procédure, sur l'importance de la "règle de la différence", prévue à l'article 136, § 2, alinéa 2, seconde phrase, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et de son souci d'éviter que les interventions financières qui incomberaient aux mutualités sur cette base ne se révèlent trop importantes.

Enfin, le renvoi opéré par la partie adverse à diverses conventions de l'Organisation Internationale du Travail n'a pas à être pris en considération en tant que fondement juridique possible et suffisant des deux arrêtés royaux attaqués, dès lors que la partie adverse elle-même ne prétend pas que tel serait le cas. En tout état de cause et comme l'observe la requérante, certaines de ces conventions n'ont pas encore été ratifiées par la Belgique, tandis que, pour celles de ces conventions qui l'ont été, aucune des dispositions expressément visées par la partie adverse ne peut être considérée comme suffisamment précise et concrète que pour être reconnue comme directement applicable en droit interne.

Le moyen, en sa première branche, est, en conséquence, fondé.

## *V. Premier moyen, deuxième et troisième branches*

### *V.1. Thèse de la requérante*

Dans une deuxième branche, fondée sur la violation des principes de bonne administration, la requérante fait valoir que les deux arrêtés royaux attaqués ont été adoptés en violation du devoir général de diligence et de l'obligation d'évitement des conflits d'intérêts. La partie adverse n'aurait, en effet, pas pris tous les renseignements utiles et n'aurait pas procédé à toutes les investigations nécessaires avant même de soumettre au Roi lesdits arrêtés. Elle n'aurait de même pas porté une appréciation sur l'ensemble des intérêts en présence avant toute prise de décision. Le respect de ces principes s'imposait pourtant dans le cadre de l'adoption de ces arrêtés au titre de l'action diligente que tout un chacun est en droit d'attendre du pouvoir exécutif lors de la mise en œuvre du pouvoir réglementaire qui lui est dévolu par la loi.

Dans une troisième branche, la requérante invoque une violation du principe de proportionnalité, en ce que les mesures mises en place par les deux arrêtés royaux attaqués ne sont pas en adéquation avec les buts poursuivis par la partie adverse.

### *V.2. Appréciation*

Compte tenu du caractère retenu fondé de la première branche du premier moyen, il n'est pas nécessaire d'examiner ces deux branches du premier moyen qui ne sont pas de nature à conduire à une annulation plus étendue, d'une part, des articles 2 à 4 du premier arrêté royal attaqué, et, d'autre part, du second arrêté attaqué dans son ensemble.

## *VI. Deuxième moyen*

### *VI.1. Thèse de la requérante*

Le deuxième moyen de la requête tend à l'annulation des mêmes dispositions des deux arrêtés royaux attaqués que celles déjà visées dans le premier moyen, et ce en invoquant cette fois une violation des articles 45, 49 et 56 Traité du 25 mars 1957 sur le fonctionnement de l'Union européenne, en abrégé TFUE, ainsi que de l'obligation de motivation. La requérante relève, d'une part, que le fait d'imposer aux assureurs-loi accidents du travail des charges et des obligations supplémentaires dans le cadre de la procédure d'entérinement des accords-indemnités constitue une entrave disproportionnée à la libre prestation de services et à la liberté d'établissement et, d'autre part, que le fait de rendre plus difficile et plus complexe la gestion des dossiers des victimes des accidents du travail qui bénéficient ainsi d'une plus faible protection sociale constitue une entrave à la libre circulation des travailleurs au sein de l'Union européenne. Elle observe que ces entraves ne sont pas nécessaires pour réaliser les objectifs avancés par le Roi, à savoir (i) la création de synergies médicales et (ii) l'évitement du "glissement" de l'indemnisation des victimes des accidents du travail vers l'assurance soins de santé et indemnités.

### *VI.2. Appréciation*

Compte tenu du caractère retenu fondé de la première branche du premier moyen, il n'est pas nécessaire d'examiner ce moyen qui n'est pas de nature à conduire à une annulation plus étendue, d'une part, des articles 2 à 4 du premier arrêté royal attaqué, et, d'autre part, du second arrêté attaqué dans son ensemble.

## VII. Troisième moyen

### VII.1. Thèses des parties

#### A. Requête

Dans le troisième moyen de sa requête, uniquement dirigé contre l'article 1<sup>er</sup> du premier arrêté attaqué, la requérante invoque un excès de pouvoir ainsi qu'une violation de l'article 108 de la Constitution, des articles 49 et 56 TFUE, ainsi que de l'obligation de motivation formelle.

Dans ce qui peut être qualifié de première branche, la requérante invoque tout d'abord un excès de pouvoir et une violation de l'article 108 de la Constitution qu'elle fonde sur les arguments suivants:

- " [...] Ainsi qu'il ressort du préambule du premier AR attaqué, cet arrêté a été pris en exécution de l'article 65 de la LAT. Il s'ensuit que, selon la partie adverse, l'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué trouve son fondement dans l'article 65 de la LAT. Or, force est de constater que cet article ne fait aucune référence aux compétences des assureurs AT en matière de réintégration professionnelle et de recyclage des victimes. Il précise uniquement que les parties sont tenues de soumettre, pour entérinement, [à Fedris] les accords concernant les indemnités dues en raison de l'accident du travail, suivant les modalités et dans les conditions fixées par le Roi et décrit ensuite cette procédure.
- [...] La partie adverse ne saurait prétendre que l'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué serait pris en application de l'article 32*bis* de la LAT inséré par [l'article 2] la loi du 25 avril 2014 [portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale] qui prévoit que «l'entreprise d'assurances prend en charge les frais de réadaptation professionnelle et de recyclage dont elle et la victime reconnaissent la nécessité du fait de l'accident du travail. Elle prend en charge les frais si la reconnaissance se fait à une date précédant la date de déclaration de guérison sans incapacité permanente de travail visée à l'article 24, alinéa 1<sup>er</sup>, ou la date à laquelle l'incapacité présente le caractère de la permanence visé à l'article 24, alinéa 2. Le Roi fixe les frais de réadaptation professionnelle et de recyclage qui entrent en ligne de compte pour la prise en charge, les conditions auxquelles l'entreprise d'assurances et la victime donnent leur accord, ainsi que les tarifs sur la base desquels les frais sont pris en charge». En effet, cet article n'est pas entré en vigueur et il ne produira des effets juridiques qu'après l'adoption et l'entrée en vigueur d'un arrêté royal d'exécution qui, à l'heure du dépôt de la présente requête, fait encore l'objet de discussions au sein [de Fedris].
- [...] Il s'ensuit que, en adoptant l'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué, la partie adverse a agi sans base légale et a commis ainsi un excès de pouvoir".

Dans ce qui peut être qualifié de seconde branche, la requérante invoque ensuite une violation des articles 49 et 56 TFUE ainsi que de l'obligation de motivation, qu'elle fonde concrètement sur les éléments suivants:

" i [...]

ii. En l'espèce, violation de ces principes  
[...] En prévoyant que (i) dans le rapport de consolidation doit figurer dorénavant une description des démarches entreprises en vue de la réintégration professionnelle de la victime et que (ii) les assureurs AT doivent désormais fixer l'incapacité permanente de travail sur la base des fiches professionnelles des services de placement professionnel et de formation professionnelle et joindre systématiquement au rapport de consolidation une liste non exhaustive des professions encore accessibles à la victime en fonction de sa formation et de son passé professionnel, l'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué porte atteinte à la liberté d'établissement et à la libre prestation de services dans la mesure où il crée des charges administratives et financières non-justifiées dans le chef des assureurs AT et dissuadent ainsi les assureurs AT d'un autre Etat membre de prester des services ou de s'établir en Belgique.

A l'heure actuelle (c.-à-d. avant l'entrée en vigueur du premier AR attaqué), les assureurs AT ne sont pas tenus d'examiner les aspects de réadaptation professionnelle d'une victime. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, cela sera une obligation pour pouvoir répondre au nouvel élément constitutif du rapport de consolidation, tel que modifié par l'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué [...]. Bien plus encore, si les assureurs AT ne se conforment pas à cette obligation, ils ne pourront pas constater la consolidation des lésions et dès lors demander l'entérinement des accords-indemnités par [Fedris].

[...] Tout d'abord, il faut souligner que, à l'heure actuelle, les entreprises d'assurances AT n'ont pas les moyens et les outils nécessaires pour proposer, de manière systématique, aux victimes des accidents du travail des mesures de réintégration professionnelle. Une réorganisation importante et coûteuse des entreprises d'assurances AT sera donc nécessaire. Les assureurs devront, en effet, organiser des formations pour leurs médecins, se tenir constamment au courant de l'évolution du marché du travail, mettre en place une procédure de propositions de réinsertion professionnelle, engager des moyens supplémentaires (financiers, humains etc.).

[...] Une constatation similaire s'impose pour l'obligation imposée aux assureurs AT de fixer l'incapacité permanente de travail sur la base des fiches professionnelles des services de placement professionnel et de formation professionnelle et de joindre systématiquement au rapport de consolidation une liste non exhaustive des professions encore accessibles à la victime en fonction de sa formation et de son passé professionnel. Ainsi qu'il a été souligné à plusieurs reprises au sein du comité de gestion [de Fedris], cette mesure a pour effet (i) de compliquer la tâche des médecins des assureurs AT, (ii) d'exiger l'organisation de formations supplémentaires pour les médecins des assureurs AT dans la mesure où les nouvelles exigences requièrent des compétences qu'ils n'ont pas actuellement [En effet, les éléments ajoutés au rapport de consolidation, et notamment la liste des professions accessibles, ressortent de la compétence et de la spécificité du médecin du travail et non du médecin de l'entreprise d'assurance. Il est requis aux médecins des assureurs AT d'avoir une connaissance approfondie du marché du travail ; or, cela ne fait pas partie de leurs compétences habituelles. Une formation supplémentaire sera dès lors nécessaire (voir, en ce sens, l'avis du Comité de gestion [de Fedris] du 20 janvier 2014 [...]) et (iii) de créer des charges administratives et des coûts supplémentaires pour les assureurs AT [Voir, en ce sens, l'avis du Comité de gestion [de Fedris] du 20 janvier 2014 [...]].

[...] A cet égard, il est important de souligner que l'avis du Comité de gestion du FAT du 20 janvier 2014 (pièce 6) a été très critique à l'égard de ces mesures insérées par l'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué.

iii. Conditions d'admissibilité d'une atteinte aux articles 49 et 56 TFUE

[...] Ainsi qu'il a été souligné ci-dessus [...], il résulte de la jurisprudence de la Cour de justice que le maintien de toute entrave à la liberté d'établissement et à la libre prestation de services n'est admissible que si elle satisfait aux exigences

cumulatives suivantes : [Voir, en ce sens, l'arrêt de la Cour de justice du 22 octobre 2014, Blanco et Fabretti contre Agenzia delle Entrate -Direzione Provinciale I di Roma - Ufficio Contrôla, aff. jointes C-344/13 et C-367/13]:

- elle répond à des raisons impérieuses d'intérêt général;
- elle est propre à garantir la réalisation de l'objectif qu'elle poursuit;
- elle est proportionnée à l'objectif poursuivi et ne va pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif.

[...] S'il s'avère qu'une de ces conditions n'est pas satisfaite, la non-conformité de la disposition nationale avec le droit de l'Union européenne sera établie. Il échet également de rappeler que c'est à l'Etat membre qu'il appartient d'apporter la preuve que la mesure en cause satisfait aux conditions précitées.

#### a. Raisons impérieuses d'intérêt général

[...] A défaut d'un Rapport au Roi, l'objectif de cette mesure est obscur. Tout au plus, peut-on lire dans la note de la Cellule stratégique du Secrétaire d'Etat préalable à l'adoption du premier AR attaqué citée ci-dessus [...] que «la réforme vise à éviter qu'une partie des coûts des accidents du travail soit supportée par l'assurance maladie invalidité». Elle souligne ensuite que l'un des objectifs de cette réforme est «de renforcer les devoirs des entreprises d'assurances et de leurs médecins conseils dans le cadre du projet «back to work». Pendant la période d'incapacité temporaire, les entreprises d'assurances et leurs médecins conseils devront évaluer les capacités restantes de la victime, y compris par l'intermédiaire de mesures de réhabilitation professionnelle comme définies dans la législation AMI. Elles pourront faire appel aux services instaurés par la mutualité de la victime dans le cadre de la prévention de l'incapacité de longue durée. La consolidation des lésions ne pourra être proposée qu'à condition que les démarches de réintégration professionnelles ont été effectuées».

#### b. Caractère inadéquat, non nécessaire et disproportionné des mesures

[...] A supposer que les objectifs évoqués dans la note susmentionnée puissent être invoqués comme justification pour l'adoption des mesures critiquées (*quod non*), plusieurs éléments sont de nature à démontrer que les restrictions résultant des mesures critiquées ne sont pas objectivement nécessaires à la réalisation de ces objectifs et, de surcroît, ne satisfont pas à la condition de la proportionnalité.

[...] Tout d'abord, le lien entre l'obligation imposée aux assureurs AT de mentionner de manière systématique les démarches proposées à la victime en vue de sa réadaptation professionnelle dans le rapport de consolidation et l'objectif de préservation de l'équilibre financier du système de sécurité sociale belge est au mieux hypothétique. On pourrait tout au plus supposer que, si la victime parvient à se réintégrer sur le marché du travail suite aux démarches réalisées par les assureurs AT, les indemnités payées par ces derniers (et indirectement par les mutualités) seraient diminuées. Quand bien même cela pourrait être démontré par la partie adverse (*quod non*), il échet de constater que les charges découlant de l'obligation imposée aux assureurs AT (qui ne sont pas des instances spécialisées dans le placement professionnel et dans la réintégration professionnelle) sont manifestement disproportionnées au but poursuivi.

[...] Ensuite, ainsi qu'il a été souligné à plusieurs reprises au sein du comité de gestion [de Fedris], il n'y a aucune relation entre le caractère de permanence des lésions (la consolidation) et le fait d'avoir réalisé des démarches en vue d'une réintégration professionnelle de la victime [Avis du Comité de gestion [de Fedris] du 20 janvier 2014 [...] ]. En effet, le fait de ne proposer aucune réinsertion professionnelle peut, le cas échéant, influencer sur le taux d'IPT, mais n'empêche pas, en tant que tel, une consolidation. Il s'ensuit que faire dépendre la consolidation des démarches de réintégration professionnelle est manifestement disproportionné.

[...] Le fait d'imposer aux médecins des entreprises d'assurances AT de fixer l'incapacité permanente de travail sur la base des fiches professionnelles

spécifiques et de joindre systématiquement au rapport de consolidation une liste non exhaustive des professions encore accessibles à la victime n'est pas non plus nécessaire à la préservation de l'équilibre du système de sécurité sociale belge et constitue une mesure disproportionnée.

[...] Par ailleurs, le fait d'imposer aux médecins conseils des assureurs AT de jouer le rôle d'une instance de placement et de réintégration professionnelle (bien qu'ils n'aient pas la formation nécessaire pour le faire) a des conséquences importantes dans la pratique. En effet, outre les différentes charges imposées aux assureurs AT (charges administratives, financières, logistiques etc.), cette mesure a des conséquences négatives sur les victimes qui verront leur taux d'IPT fixé sur la base de fiches professionnelles que les médecins AT ne connaissent pas. Ces fiches ne font d'ailleurs l'objet d'aucune officialisation et émaneront de services de placement qui ne sont pas mentionnés dans le premier AR attaqué. En outre, ces fiches seront probablement différentes en fonction de la situation géographique des divers services de placement. Il existe dès lors un risque réel d'augmentation du nombre de litiges relatifs à la fixation du taux d'IPT.

[...] Enfin, il faut noter que ces obligations très lourdes imposées aux assureurs AT s'appliquent dans tous les cas où une incapacité permanente de travail est constatée, y compris dans les cas où le taux d'IPT est très bas (1% ou 2%).

[...] Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que les obligations instaurées par l'article 1<sup>er</sup> du premier AR ne sont pas nécessaires à l'atteinte du but poursuivi et portent une atteinte disproportionnée à la liberté d'établissement et à la libre prestation de services à l'intérieur de l'Union européenne. L'acte est sur ce point également insuffisamment motivé.

### 3) Conclusion

[...] Il convient donc de conclure au caractère fondé du troisième moyen et, par conséquent, annuler l'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué en ce qu'il a été pris en violation de l'article 108 de la Constitution, des articles 49 et 56 TFUE et de l'obligation de motivation".

## *B. Mémoire en réponse*

La partie adverse fait tout d'abord valoir que ce troisième moyen est irrecevable. En effet:

- " La requête de la partie requérante a été introduite sur le fondement de la décision d'agir prise par son conseil d'administration en sa séance du 16 octobre 2014. Cette décision d'agir est produite en pièce n° 1 du dossier de la partie requérante. Il ressort de cette décision que la partie requérante entend uniquement contester la mesure consistant à impliquer le médecin-conseil de l'organisme assureur dans la procédure. Il n'est pas question, au contraire, de quereller le mode d'élaboration des rapports de consolidation. Dès lors que le troisième moyen ne querelle que le libellé du rapport de consolidation, et ne traite pas de l'implication du médecin-conseil de la mutualité dans la procédure, il n'est pas pris sur le fondement de la décision d'agir du conseil d'administration d'Assuralia. Le troisième moyen est irrecevable".

A titre subsidiaire, la partie adverse considère que le moyen n'est pas fondé.

A ce sujet, elle rappelle tout d'abord que l'article 1<sup>er</sup> du premier arrêté royal attaqué a modifié l'article 3 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les

modalités et les conditions de l'entérinement des accords par le Fonds des accidents du travail, et ce afin d'apporter au contenu du rapport de consolidation, que doit établir le médecin de l'assureur-loi accidents du travail dans le cadre de la fixation du taux d'incapacité permanente de travail et de la détermination de la date de consolidation de cette invalidité, les modifications suivantes: en premier lieu, un "e)" est inséré qui précise que le rapport de consolidation doit également comporter une description "des démarches proposées à la victime en vue de sa réadaptation professionnelle et son recyclage"; en deuxième lieu, le "e)", devenu "f)", est modifié afin de préciser que l'indication des articles *ad hoc* du Barème officiel belge des Invalidités est dorénavant "facultative" et se fait "à titre purement indicatif"; en troisième lieu, le "f)" actuel, relatif à la "fixation de l'incapacité de travail temporaire et permanente", est divisé en deux, le nouveau "g)" ne concernant plus que la fixation de l'incapacité de travail temporaire, tandis que le "h)" nouveau est rédigé comme suit "de la fixation de l'incapacité de travail permanente avec, sur la base des fiches professionnelles des services de placement professionnel et de formation professionnelle, la liste non exhaustive des professions encore accessibles à la victime en fonction de sa formation et de son passé professionnel"; enfin, en cinquième lieu, un "j)", nouveau, est inséré, lequel dispose: "de manière non exhaustive, des traitements médicaux et paramédicaux accordés après la consolidation à titre temporaire ou à titre définitif". Elle observe ensuite que les modifications ainsi apportées trouvent leur fondement juridique dans l'article 65 de la loi du 10 avril 1971, en vertu duquel les accords concernant les indemnités dues en raison de l'accident du travail sont, à peine de nullité, motivés et mentionnent la rémunération de base, la nature des lésions, le taux de l'incapacité de travail et la date de consolidation, le Roi étant par ailleurs habilité à établir un modèle d'accord. La requérante en déduit que la loi du 10 avril 1971 impose donc à l'assureur-loi accidents du travail de "motiver" l'accord et charge le Roi d'en déterminer les modalités. Elle observe à cet égard ce qui suit:

- " [...] En l'espèce, l'acte attaqué a principalement pour objet d'ajouter au texte antérieur que le rapport doit indiquer une description des démarches proposées à la victime en vue de sa réinsertion professionnelle, de la fixation de l'incapacité permanente et, de manière non exhaustive, des traitements accordés. Ce faisant, le Roi n'a fait rien d'autre que de préciser les éléments qui doivent être repris dans la motivation attendue et légalement exigée de ces accords.  
[...] Ces éléments ne sont nullement exorbitants ou inattendus. Ils sont, en réalité, inhérents à toute décision correcte et complète portant sur l'incapacité permanente de travail. En effet, l'allocation prévue dans le système d'incapacité de travail temporaire vise à attribuer un revenu de remplacement pour les heures perdues à la suite de l'incapacité de travail et le système d'incapacité de travail permanente vise, au contraire, à indemniser la «capacité de gain perdue». La Cour Constitutionnelle a exposé ceci comme suit :  
«En cas d'incapacité permanente de travail, la victime d'un accident du travail a par conséquent droit, à partir de la consolidation, à une allocation annuelle forfaitaire qui est fixée en tenant compte de la perte ou de la diminution de son potentiel économique sur le marché général de l'emploi" (C. Const., arrêt n° 121/2014 du

19 septembre 2014, considérant B.5.2).

Ceci implique donc nécessairement d'évaluer les professions encore accessibles à la victime en fonction de sa formation et de son passé professionnel. A l'inverse, ne pas inclure cela implique de ne pas évaluer correctement la «perte ou de la diminution de son potentiel économique sur le marché général de l'emploi» (C. Const., arrêt n° 121/2014 du 19 septembre 2014, considérant B.5.2).

Si cet exercice n'a pas été réalisé par la victime et l'assureur AT, l'accord ne sera, par hypothèse, pas motivé. Il violerait donc l'obligation contenue dans la loi et singulièrement l'article 65 invoqué par la partie requérante.

Le moyen manque en droit".

La partie adverse observe par ailleurs que c'est en vain que la requérante renvoie à l'article 32bis de la loi du 10 avril 1971, car la disposition attaquée ne concerne pas cet article:

" Au contraire, comme exposé ci-dessus, l'article attaqué porte sur la motivation de l'accord de consolidation, qui implique de s'être interrogé concrètement sur «la perte ou la diminution de son potentiel économique sur le marché général de l'emploi" (C. Const., arrêt n° 121/2014 du 19 septembre 2014, considérant B.5.2). Notons en outre qu'Assuralia soutient à tort que l'article 32bis de la loi AT ne serait pas encore entré en vigueur. Il suffit, au contraire, de noter que cet article a été introduit par la loi du 25 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale, publiée au moniteur belge du 6 juin 2014.

En application de l'article 190 de la Constitution et de l'article 4 de la loi relative à l'emploi des langues en matière législative, à la présentation, à la publication et à l'entrée en vigueur des textes légaux et réglementaires, «Elle [...] [est] obligatoire [...] dans tous le royaume le dixième jour après celui de [sa] publication, à moins que la loi n'ait fixé un autre délai".

En l'espèce, la loi du 25 avril 2014 précitée n'a pas fixé d'autre délai pour l'entrée en vigueur de la loi. La loi est donc entrée en vigueur le 16 juin 2014. Le moyen manque en droit".

### *C. Mémoire en réplique*

La requérante conteste comme suit le fait que son moyen serait irrecevable:

" Bien que la décision du conseil d'administration d'Assuralia ne mentionne pas expressément les modifications relatives à l'élaboration des rapports de consolidation, force est de constater que tant cette décision [...] [...] que le mandat accordé aux avocats [...] sont formulés dans des termes généraux et visent l'annulation «de l'arrêté royal du 17 juillet 2014 modifiant l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par [Fedris] et de l'arrêté royal du 17 juillet 2014 modifiant l'arrêté royal du 5 mars 2006 fixant la procédure d'intervention en conciliation du médecin [de Fedris]», sans aucune exclusion".

Après avoir, pour l'essentiel renvoyé aux éléments invoqués à l'appui de son recours en annulation, à l'égard desquels elle observe que la partie adverse, pour la plupart, n'y apporte pas de réponse, la requérante formule, à titre complémentaire, les

observations suivantes:

" a) A titre principal: excès de pouvoir et violation de l'article 108 de la Constitution [...] Ainsi que la partie requérante l'a souligné dans sa requête en annulation [...], si l'article 32*bis* de la LAT<sup>[...]</sup> relatif à la prise en charge par les assureurs AT des frais de réadaptation professionnelle et de recyclage pourrait éventuellement constituer une base légale pour justifier l'adoption de l'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué, tel n'est certainement pas le cas de l'article 65 de la LAT [la requérante rappelle que le préambule du premier AR attaqué cite l'article 65 de la LAT comme base juridique] qui ne fait aucune référence aux compétences des assureurs AT en matière de réintégration professionnelle et de recyclage des victimes [Cela ressort également de la pièce n° 6 produite par la partie adverse : «cet article [32*bis*], du moins ses 2 premiers alinéas, est une condition absolue pour pouvoir mettre en œuvre le chapitre de l'arrêté royal portant sur la réadaptation professionnelle et le recyclage» (PV du Comité de gestion du FAT du 16 décembre 2013, page 2). [...] Assuralia tient toutefois à souligner que l'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué ne saurait trouver son fondement dans l'article 32*bis* de la LAT dans la mesure où cette disposition n'est pas applicable à l'heure actuelle. En effet, bien que l'article 32*bis* de la LAT soit entré en vigueur le 16 juin 2014, cette disposition demeure inapplicable dès lors qu'elle nécessite un arrêté royal d'exécution lequel, à ce jour, n'a pas été adopté, et *a fortiori* n'est pas entré en vigueur. Au jour du dépôt du présent mémoire, cet arrêté d'exécution est toujours en discussion au sein [de Fesris]. Il faut également noter que l'application de l'article 32*bis* de la LAT ne peut pas être isolée de l'application des futurs articles 22*bis* et 22*ter* de la LAT [en effet, ces articles insérés par la loi du 13 juillet 2006 ne sont pas encore en vigueur] relatifs au rôle des médecins-conseils des assureurs AT dans la réinsertion professionnelle des victimes des accidents du travail avec lesquels il forme un tout. [...] Il s'ensuit que, en adoptant l'article 1<sup>er</sup> du premier AR, la partie adverse a agi sans base légale et a commis un excès de pouvoir.

b) A titre subsidiaire : violation des articles 49 et 56 TFUE et de l'obligation de motivation

[...] La partie requérante constate que la partie adverse ne répond pas au moyen, et plus particulièrement à l'argument selon lequel en imposant des démarches et des coûts supplémentaires aux assureurs AT, l'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué porte atteinte à la libre prestation de services et à la liberté d'établissement des entreprises d'assurances AT. En effet, la partie adverse se contente d'affirmer, de manière générale, que le Roi n'a fait que préciser les éléments qui doivent être repris dans la motivation des accords-indemnités et que les mesures mises en place par l'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué ne sont ni exorbitantes, ni inattendues<sup>[...]</sup> [...] Ces allégations, outre qu'elles ne répondent pas au moyen invoqué, sont non fondées.

[...] Il est manifeste que l'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué a instauré des obligations nouvelles dans le chef des assureurs AT en prévoyant, d'une part, que le rapport de consolidation doit prévoir dorénavant une description des démarches entreprises en vue de la réintégration professionnelle de la victime et, d'autre part, que les assureurs AT doivent fixer l'IPT sur la base des fiches professionnelles des services de placement professionnel et de formation professionnelle et joindre systématiquement au rapport de consolidation une liste non exhaustive des professions encore accessibles à la victime en fonction de sa formation et de son passé professionnel. En effet, avant l'adoption du premier AR attaqué, les assureurs AT n'étaient pas tenus d'examiner les aspects de réadaptation professionnelle des victimes. Il s'ensuit que, contrairement à ce que soutient la partie adverse, le premier AR attaqué a fait plus que «préciser» les éléments du rapport de consolidation.

[...]Par ailleurs, force est de constater que, contrairement à ce que soutient la partie adverse, le fait d'imposer aux médecins-conseils des assureurs AT de jouer le rôle d'une instance de placement et de réintégration professionnelle (bien qu'ils n'aient

pas les moyens et la formation nécessaires pour le faire) n'est pas justifié et est manifestement disproportionné. En effet, outre les différentes charges imposées aux assureurs AT (charges administratives, financières, logistiques etc.), cette mesure a des conséquences négatives sur les victimes qui verront leur taux d'IPT fixé sur la base de fiches professionnelles que les médecins AT ne connaissent pas et qui ne sont d'ailleurs pas officielles. En outre, ces fiches sont différentes en fonction de la situation géographique des divers services de placement. Il existe dès lors un risque réel d'augmentation du nombre de litiges relatifs à la fixation du taux d'IPT.

[...] Il y a également lieu de rejeter les allégations de la partie adverse selon lesquelles le fait de ne pas déterminer le taux d'IPT sur la base des professions encore accessibles à la victime en fonction de sa formation et de son passé professionnel «implique ne pas évaluer correctement la perte ou la diminution de son potentiel économique sur le marché général de l'emploi». S'il fallait suivre la partie adverse sur ce point, cela signifierait que, depuis l'entrée en vigueur de la LAT en 1971, les assureurs AT n'évaluent pas correctement l'IPT dans la mesure ils ne se basent pas sur des listes des professions encore accessibles aux victimes. Il ne fait aucun doute que ces allégations gratuites sont dépourvues de tout fondement.

[...] Enfin, et de manière plus fondamentale, il est manifeste que la partie adverse n'apporte aucun élément de preuve afin de démontrer que les mesures litigieuses seraient conformes aux principes du TFUE, et en particulier aux exigences tenant à la libre prestation de services et à la liberté d'établissement. En particulier, la partie adverse ne démontre pas que les atteintes à la libre prestation de services et à la liberté d'établissement des assureurs AT qui résultent de l'article 1<sup>er</sup> du premier AR (i) répondent à des raisons impérieuses d'intérêt général, (ii) sont propres à garantir la réalisation des objectifs qu'elles poursuivent et (iii) sont proportionnées aux objectifs poursuivis et ne vont pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre ces objectifs.

[...]

[...] Il convient de conclure au caractère recevable et fondé du troisième moyen et, par conséquent, annuler l'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué en ce qu'il a été pris en violation de l'article 108 de la Constitution, des articles 49 et 56 TFUE et de l'obligation de motivation".

#### *D. Le dernier mémoire de la partie adverse*

S'agissant de la recevabilité du moyen, la partie adverse conteste la conclusion de M<sup>me</sup> l'auditeur rapporteur concluant à cette recevabilité. Elle observe à cet égard ce qui suit:

" [...] certes, aucune motivation formelle n'est requise pour la détermination d'une décision d'agir, le fait que cette décision ait été adoptée et contient des motifs et objectifs ne peut être nié. La foi due aux actes impose de lire dans ces motifs décisifs de la partie requérante sa volonté. Il apparaît donc que la partie requérante a choisi (librement) de limiter l'objet de son recours. Il n'appartient pas à son conseil ou au Conseil d'État d'étendre la portée de sa décision.

[...] Quant au fond, la partie [requérante] relève que la notion de «rapport de consolidation» a été introduite par l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par [Fedris]. Cet arrêté dispose, dans son préambule, qu'il est adopté «Vu l'arrêté royal n° 530 du 31 mars 1987 modifiant la législation sur les accidents du travail, notamment l'article 29». Cet article 29 est, précisément, celui qui a introduit l'article 65 dans la Loi AT.

Si, certes, la notion de «rapport de consolidation» se distingue de la notion d'«accord», il ressort de la jurisprudence et de la doctrine que le «rapport» est le

document qui contient les éléments (médicaux) qui fondent ledit «accord». Comme le précise J-F Funck, «cet accord du travailleur doit être accompagné d'une déclaration de son propre médecin, qui approuve les éléments repris dans le rapport de consolidation», faisant référence en note infrapaginale à l'article 4 de l'arrêté royal précité du 10 décembre 1987. Or cet article 4 ne traite que de l'accord et non pas du «rapport». Un arrêt de la Cour du travail de Mons du 2 juin 1999 dispose ainsi aussi : «Le rapport de consolidation proposait notamment de fixer le taux d'incapacité permanente à 4 % à partir du 10 septembre 1991. Le Fonds des Accidents du Travail refusa d'entériner l'accord-indemnité au motif qu'il considérait que les primes patronales payées pour l'assurance groupe - et non les avantages découlant de ce type d'assurance - constituaient un avantage évaluable en argent et devaient être incluses dans le calcul de la rémunération de base.» [C.T. Mons, 2 juin 1999, RG 14075, www.juridat.be. (...)].

Le «rapport de consolidation» est donc la base de ce qui, en cas d'acceptation, deviendra l'«accord».

En tout état de cause, comme exposé dans le mémoire en réponse, le Roi y établit les éléments qui doivent permettre de motiver l'accord de consolidation. Or - comme également rappelé - la consolidation intervient après une première période d'incapacité temporaire, par nature évolutive, et consiste en l'évaluation de la capacité de gain du travailleur sur le marché du travail.

Si le Législateur impose que l'accord - et donc le rapport - soit motivé, cela implique que les éléments qui ont mené à la proposition s'y trouvent. Au nombre de ces éléments, le relevé de ce qui a été proposé au travailleur (le cas échéant, rien n'aurait été proposé) sera repris, de sorte que [Fedris] pourra évaluer en connaissance de cause si l'accord peut être entériné ou non et, notamment, s'il n'est pas entaché d'une erreur dans le chef de la victime.

[...] Au-delà, la partie adverse rappelle la portée de l'article 108 de la Constitution telle que précisée à l'occasion de la discussion du premier moyen.

Le Roi peut donc librement déterminer de quelle manière Il entend réaliser l'obligation qui lui est faite par le Législateur de déterminer les modalités et les conditions de l'accord. En l'espèce, Il a posé comme condition qu'un rapport de consolidation ait été préalablement soumis au médecin-conseil de l'OA. Il y va de l'obligation de motivation de l'accord à intervenir qui se justifie par l'obligation d'information qui incombe au médecin-conseil de l'assureur-loi. Il ne peut, en effet, y avoir d'accord sur un document qu'à la condition expresse que celui qui doit marquer son accord sur ledit document en connaisse les éléments sous-jacents. Tel est précisément l'objet de toute obligation de motivation.

[...] Il est, en outre, inhérent à un arrêté réglementaire d'imposer de nouvelles obligations à ses destinataires. La partie requérante fait, en effet, reproche aux actes attaqués d'être créateurs de (nouvelles) obligations. Un arrêté royal est, pourtant, un «acte administratif, à portée réglementaire individuelle, pris par le Roi en exécution de la loi [...]» [P. GOFFAUX, Dictionnaire élémentaire de droit administratif, Bruxelles, Bruylant, 2006, v° Arrêté royal]. Quant à l'acte administratif, il s'agit d'un «acte juridique, fruit du pouvoir de décision unilatérale d'une autorité administrative, par lequel cette autorité arrête une décision [...] qui soit affecte l'ordonnement juridique, soit le modifie en créant ou modifiant un droit ou une obligation [...]» [P. GOFFAUX, op. cit., v° Acte administratif].

Cette modification de l'ordonnement juridique est, d'ailleurs, la condition-même de l'intérêt de la partie requérante à son recours : ce n'est que parce que les actes attaqués modifient l'ordonnement juridique, que le recours a un objet et que le requérant peut avoir intérêt à son annulation.

[...] En l'espèce, la partie adverse relève que, bien sûr, l'acte attaqué modifie l'ordonnement juridique et impose, aux assureurs-loi, des obligations nouvelles. Désormais, le médecin-conseil de l'assureur-loi devra indiquer quelles mesures il a (le cas échéant) proposées pour le reclassement ou la formation de la victime. Il devra, en d'autres termes indiquer comment il a pu (raisonnablement) évaluer le taux d'incapacité permanente qui n'est autre que la perte de capacité de gain de la victime sur le marché du travail. Une telle évaluation implique d'évaluer

son possible reclassement et sa possible reconversion.

L'acte attaqué, en ce qu'il impose d'inclure dans le rapport de consolidation les démarches proposées à la victime en vue de sa réadaptation professionnelle et son recyclage, impose le contenu de la motivation de l'accord de consolidation et pose les conditions auxquelles un tel accord peut être soumis [à Fedris] pour entérinement.

Concrètement, dès lors que le médecin de l'assureur-loi propose une consolidation avec une incapacité permanente d'une gravité certaine (10 % ou plus), cela implique que ce médecin a évalué non plus la perte de revenus de la victime par rapport à son travail actuel (ce qui relève de l'incapacité temporaire) mais sa perte de capacité de gain sur le marché du travail. Cela implique d'avoir évalué les autres options qui se présentent à la victime.

La motivation d'un acte signifie que les éléments qui ont mené à l'adopter en soient connus et décrits. C'est précisément là l'objet de la motivation.

De même, pour qu'un accord soit conclu, les parties doivent être éclairées. L'accord implique que les parties soient effectivement d'accord, que le consentement ne soit pas donné par erreur ou extorqué par violence ou surpris par dol [Article. 1109 du Code civil]. L'obligation de motivation posée dans la loi vise précisément à prévenir ce risque d'erreur ou de dol. Le Roi a pour cela estimé que les parties devaient être pareillement informées sur les éléments substantiels de l'accord, dont précisément le taux d'incapacité.

Si donc, pour pouvoir établir le taux d'incapacité, l'assureur-loi doit évaluer la capacité de gain du travailleur sur le marché du travail, il doit nécessairement avoir envisagé sa reconversion dans un autre métier ou son recyclage pour appréhender autrement son métier actuel. C'est précisément cela qui détermine l'ampleur de l'incapacité. Pour que la victime soit également informée de cela et puisse ensuite marquer son accord sur ce taux d'incapacité, il faut qu'elle sache ce qui est envisagé comme reconversion ou recyclage. C'est précisément cela que le Roi impose : le motif de l'accord est ce qui y a mené. Or, précisément, ce qui a mené à la détermination du taux d'incapacité est la possible reconversion ou le recyclage. Pour qu'un accord intervienne et que la victime puisse marquer son accord sur ce taux, il faut que ces mesures de reconversion ou de recyclage lui aient été proposées. Pour s'assurer que l'accord repose sur de justes motifs, il faut s'assurer que la victime a eu connaissance de ces hypothèses. Pour cela, il n'y a pas d'autre solution que de s'assurer que cela lui a été proposé, par hypothèse avant la conclusion de l'accord.

Le Roi a donc valablement pu juger qu'il procède de l'information requise pour la victime au titre de la motivation de l'accord que de lui proposer des «démarches [...] en vue de sa réadaptation professionnelle et son recyclage».

Il n'est pas (manifestement) déraisonnable d'exiger d'un médecin qui propose un taux d'incapacité permanente d'un travailleur d'avoir envisagé un reclassement du travailleur en question pour pouvoir justifier de son évaluation de taux.

Le moyen manque en droit".

#### *E. Le dernier mémoire de la requérante*

La requérante réitère que le troisième moyen de sa requête est bien recevable, le mandat accordé aux avocats étant formulé dans des termes généraux qui visent bien l'annulation des deux arrêtés royaux attaqués, sans aucune exclusion.

S'agissant du fond, la requérante tient encore à mettre l'accent sur les éléments suivants:

" [...] (...) la partie requérante tient, tout d'abord, à souligner que l'article 65 de la LAT - qui est supposé être la (seule) base légale du premier AR attaqué -, ne fait aucune référence au rapport de consolidation ou aux éléments que ce rapport doit contenir. Il indique tout simplement que: "[...]".

[...] Il résulte que l'article 65 de la LAT ne fait aucune référence au rapport de consolidation. Ce n'est pas parce que le rapport de consolidation (document unilatéral établi en amont par le médecin-conseil de l'assureur AT) constitue la base de l'accord conclu entre la victime et l'assureur AT et, ensuite, entériné par Fedris, que le Roi peut utiliser l'article 65 de la LAT pour imposer des mentions obligatoires supplémentaires dans le rapport de consolidation. L'article 65, alinéa 3, de la LAT prévoit, en effet, des mentions prescrites à titre de nullité - à savoir, la rémunération de base, la nature des lésions, le taux d'incapacité de travail et la date de consolidation -, mais ces mentions concernent l'accord (et non le rapport de consolidation), et ne font aucune référence à la réintégration/au recyclage de la victime.

[...] Ensuite, la partie requérante conteste que l'article 1<sup>er</sup> du premier AR attaqué s'inscrirait dans l'obligation générale de motivation des accords prévue à l'article 65, alinéa 3, de la LAT, comme le soutient la partie adverse. En effet, en adoptant cette disposition ayant pour objet de prévoir une obligation pour les assureurs AT d'indiquer dans le rapport de consolidation les démarches proposées à la victime en vue de sa réadaptation professionnelle et son recyclage et de fixer l'incapacité de travail permanente avec, sur la base des fiches professionnelles des services de placement professionnel et de formation professionnelle, la liste non exhaustive des professions encore accessibles à la victime en fonction de sa formation et de son passé professionnel, le Roi est allé beaucoup plus loin que d'imposer une simple obligation de motivation des accords. Il a, bien au contraire, commis un excès de pouvoir.

[...] Il est, par ailleurs, inexact de soutenir que «si [...] pour pouvoir établir le taux d'incapacité, l'assureur AT doit évaluer la capacité de gain du travailleur sur le marché du travail, il doit nécessairement avoir envisagé sa reconversion dans un autre métier ou son recyclage pour appréhender autrement son métier actuel» (dernier mémoire de l'Etat belge [...]).

[...] En premier lieu, la partie requérante rappelle que, à l'heure actuelle (c.-à-d. avant l'entrée en vigueur du premier AR attaqué), il n'y a aucune disposition légale qui impose aux assureurs AT d'examiner les aspects relatifs à la réadaptation professionnelle d'une victime [A cet égard, la partie requérante tient à souligner que la situation n'a pas évolué depuis le dépôt du mémoire en réplique, à savoir le 2 avril 2015. En effet, tel qu'il a été indiqué au point [...] du mémoire en réplique, l'article 32*bis* de la LAT - qui prévoit que les assureurs AT prendront en charge les frais de réadaptation professionnelle et de recyclage dont eux et les victimes reconnaissent la nécessité du fait de l'accident du travail -, n'est pas applicable à l'heure actuelle. Si cet article est bien formellement entré en vigueur au 16 juin 2014, il est toutefois impossible de l'exécuter dans la mesure où le Roi n'a toujours pas adopté l'AR d'exécution nécessaire prévu à l'alinéa 2 de cet article. Sans cet AR, l'assureur ne dispose donc pas des éléments indispensables à l'exécution effective de cet article]. En tout état de cause, à l'heure actuelle, les assureurs AT ne disposent pas des moyens et des outils nécessaires pour proposer, de manière systématique, aux victimes des accidents du travail des mesures de réintégration professionnelle ou de fixer l'incapacité permanente de travail sur la base des fiches professionnelles des services de placement professionnel et de formation professionnelle. De même, ils ne sont absolument pas en mesure, ni compétents, pour joindre systématiquement au rapport de consolidation une liste non exhaustive des professions encore accessibles à la victime en fonction de sa formation et de son passé professionnel.

[...] En deuxième lieu, et de manière plus fondamentale, il n'y a aucune relation entre le caractère de permanence des lésions (la consolidation) et le fait d'avoir réalisé des démarches en vue d'une réintégration professionnelle de la victime [Avis du Comité de gestion de Fedris du 20 janvier 2014 [...]]. En effet, le fait de

ne proposer aucune réinsertion professionnelle peut, le cas échéant, influencer sur le taux d'incapacité permanente de travail, mais n'empêche pas, en tant que tel, une consolidation. Il s'ensuit que, faire dépendre la consolidation des démarches en matière de réintégration professionnelle, est manifestement disproportionné.

[...] Enfin, la partie requérante tient à souligner que, contrairement à ce que soutient la partie adverse, le fait d'exiger du médecin-conseil de l'assureur AT de mentionner dans le rapport de consolidation toutes les mentions précitées relatives à la réinsertion et au recyclage professionnel, est manifestement déraisonnable, et cela d'autant plus que ces obligations très lourdes s'appliquent dans tous les cas où une incapacité permanente de travail est constatée, c'est-à-dire également dans les cas où le taux d'IPT est très bas (par exemple, 1% ou 2%).

[...] La partie requérante invite, dès lors, respectueusement le Conseil d'Etat à suivre l'avis de son auditeur et à constater que le troisième moyen est fondé à titre principal".

#### *F. Débats à l'audience*

A l'audience, la partie adverse tient encore à observer que si les médecins des assureurs-loi accidents du travail n'examinent actuellement pas la problématique de la réinsertion professionnelle de la victime d'un accident du travail, c'est qu'ils ne remplissent pas leur mission légale.

#### *VII.2 .Appréciation*

Il est vrai que la décision du conseil d'administration de la requérante du 16 octobre 2014 critique précisément, dans ses considérants, l'intervention du médecin-conseil de l'organisme assureur dans la procédure d'entérinement de l'accord sur les indemnités. Il n'en reste pas moins que le dispositif de la décision d'agir - qui ne doit pas nécessairement être motivée en la forme - porte sur les deux arrêtés royaux et ne limite nullement les arguments pouvant être soulevés devant le Conseil d'État. Par ailleurs, le mandat donné aux conseils de la requérante par l'administrateur délégué, le 29 octobre 2014, définit leur mission de la manière la plus large qui soit. Le moyen est, en conséquence, recevable.

Il résulte par ailleurs clairement des écrits de procédure que la partie adverse affirme de manière péremptoire qu'elle n'a envisagé la portée des modifications apportées à l'article 3 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par Fedris qu'au seul regard de l'article 65 de la loi du 10 avril 1971, dont le dispositif a déjà été reproduit ci-avant. Seul cet article est d'ailleurs repris dans le préambule dudit arrêté royal. Il n'y a donc pas lieu d'examiner dans le cadre du présent recours si - et dans l'affirmative, dans quelle mesure exacte - l'article 32bis de la loi du 10 avril 1971 pourrait également être invoqué à titre de fondement légal de l'article 1<sup>er</sup> du premier arrêté royal attaqué. L'on observera en toute hypothèse que cet article ne semble à première vue concerner que

la prise en charge par l'assureur-loi accidents du travail des frais de réadaptation professionnelle et de recyclage dont l'assureur et la victime reconnaissent la nécessité du fait de l'accident du travail et dont la nécessité est reconnue avant la guérison ("la date de déclaration de guérison sans incapacité de travail visée à l'article 24, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 10 avril 1971) ou avant la consolidation (date à laquelle l'incapacité présente le caractère de la permanence visé à l'article 24, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 10 avril 1971) (Doc. parl., Chambre, 53 3359/7, p. 10). L'application de cette disposition semble donc bien se rapporter à une étape de la procédure antérieure à celle relative à la détermination du taux d'incapacité permanente de travail.

Au regard de l'article 65 de la loi du 10 avril 1971 invoqué au titre de fondement juridique à l'appui des modifications qui sont apportées à l'article 3 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987, il convient d'observer que l'article 1<sup>er</sup> du premier arrêté royal attaqué innove, en effet, en ce qu'il impose dorénavant au médecin de l'assureur-loi accidents du travail de décrire également dans le rapport de consolidation:

- d'une part, les démarches proposées à la victime en vue de sa réadaptation professionnelle et son recyclage;
- et, d'autre part, sur la base des fiches professionnelles des services de placement professionnel et de formation professionnelle, la liste non exhaustive des professions encore accessibles à la victime en fonction de sa formation et de son passé professionnel.

Selon la partie adverse, les démarches en vue de la réinsertion professionnelle de la victime d'un accident du travail feraient déjà partie des tâches qui incombent à un médecin d'un assureur-loi accidents du travail, notamment afin de pouvoir déterminer le taux d'incapacité permanente de travail, et les mentions supplémentaires qu'il lui est ainsi demandé d'ajouter dans son rapport de consolidation feraient partie intégrante des divers éléments qui fondent la motivation de l'accord sur les indemnités, telle que celle-ci est exigée par l'article 65, alinéa 3, de la loi du 10 avril 1971, et ce à peine de nullité.

Cette affirmation de la partie adverse qui, pour rappel, ne se fonde d'aucune façon sur l'article 32*bis* de la loi du 10 avril 1971, ni, d'ailleurs, sur aucune autre disposition expresse de cette même loi, appelle toutefois les observations qui suivent.

Il est vrai, comme le relève la requérante, que l'article 65 de la loi du 10 avril 1971 ne traite que de l'"accord concernant les indemnités dues en raison de l'accident du travail" et non du "rapport de consolidation". Par ailleurs, les deux

habilitations qui sont conférées au Roi par cette disposition sont relativement précises: d'une part, l'article 65, alinéa 1<sup>er</sup>, habilite le Roi à fixer les modalités et les conditions dans lesquelles un accord-indemnité peut être conclu; d'autre part, l'article 65, alinéa 3, habilite le Roi à établir un modèle de tel accord.

Comme l'observe la partie adverse, aucune référence n'est donc expressément faite dans l'article 65 de la loi du 10 avril 1971 à la notion de "rapport de consolidation", mais celle-ci apparaît, et y occupe par ailleurs une place importante, dans l'arrêté royal du 10 décembre 1987, lequel, avec ses annexes, constitue l'arrêté d'exécution adopté par le Roi sur la base des deux habilitations qui lui ont été conférées par les alinéas 1<sup>er</sup> et 3 de l'article 65 de la loi du 10 avril 1971. Cet arrêté, adopté en urgence, n'a pas été soumis à l'avis de la section de législation du Conseil d'État. Par contre, dans le cadre de diverses modifications apportées à cet arrêté royal du 10 décembre 1987 et au sujet desquelles la section de législation a été consultée, cette dernière n'a émis aucune objection quant à la consécration dans cet arrêté de la notion de "rapport de consolidation". Une application combinée de l'article 65, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 10 avril 1971, autorisant le Roi à fixer les modalités et les conditions dans lesquelles les accords-indemnités peuvent être conclus, et de l'article 108 de la Constitution, permet en effet de considérer qu'il entre dans le pouvoir d'exécution du Roi d'imposer au médecin de l'assureur-loi accidents du travail de rédiger un rapport de consolidation destiné à permettre la motivation de l'accord-indemnité de même que la détermination des différentes données qui doivent obligatoirement figurer dans cet accord en vertu de l'article 65, alinéa, 1<sup>er</sup>, de la loi du 10 avril 1971, dont, spécialement, la détermination du taux d'incapacité de travail. Il convient à cet égard de rappeler que ce rapport de consolidation est, notamment, destiné à être envoyé, le cas échéant, au médecin désigné par la victime, de même qu'il est annexé à l'accord-indemnité signé par l'assureur-loi accidents du travail et la victime et transmis à Fedris pour entérinement.

Cependant, à défaut d'autre précision en ce sens dans l'article 65, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 10 avril 1971 et compte tenu des limites qui caractérisent le recours à l'article 108 de la Constitution, telles que celles-ci ont été rappelées lors de l'examen de la première branche du premier moyen, le Roi, en précisant le contenu du rapport de consolidation, ne peut cependant pas ajouter à la loi, en prévoyant des éléments qui ne seraient pas directement nécessaires à l'appréhension des différents aspects qui doivent obligatoirement figurer dans l'accord-indemnité en vertu de l'article 65, alinéa 3, de la loi du 10 avril 1971, à savoir la rémunération de base, la nature des lésions, la date de consolidation et le taux d'incapacité de travail.

A cet égard, le Conseil d'État n'aperçoit pas, et la partie adverse ne s'explique par ailleurs d'aucune façon à ce sujet, en quoi les nouvelles mentions qui sont imposées dans le rapport de consolidation par l'article 1<sup>er</sup> du premier arrêté royal attaqué seraient nécessaires à la détermination des trois premiers aspects obligatoires du rapport de consolidation. Reste donc uniquement à examiner si la détermination du taux d'incapacité de travail permanente impose déjà nécessairement, en vertu de la législation actuelle, au médecin de l'assureur-loi accidents du travail de tenir compte, d'une part, des démarches qu'il aurait proposées à la victime en vue de sa réadaptation professionnelle et de son recyclage et, d'autre part, de la liste non exhaustive des professions qui, sur la base des fiches professionnelles des services de placement professionnel et de formation professionnelle, sont ou seraient encore accessibles à la victime en fonction de sa formation et de son passé professionnel.

Or, sur cette dernière question, le Conseil d'État ne peut qu'observer ce qui suit:

En premier lieu, la partie adverse reste totalement en défaut tant d'indiquer en quoi les tâches complémentaires expresses qui seraient ainsi imposées aux médecins des assureurs-loi accidents du travail ne seraient pas de nouvelles tâches, mais résulteraient en réalité des missions déjà expressément confiées à ce jour à ces médecins, que d'identifier les dispositions de nature législative qui lui permettraient de fonder une telle affirmation.

La partie adverse ne convainc notamment pas, lorsqu'elle avance, sans plus, que des obligations aussi précises pèsent déjà sur les entreprises d'assurances accidents du travail sur la base de la nécessité d'évaluer correctement la perte ou la diminution du potentiel économique de la victime sur le marché général de l'emploi. Il ressort à cet égard du dossier administratif qu'au sein même de Fedris, des voix se sont élevées pour observer que :

- "[l'on] ne voit pas de relation entre le caractère de permanence de l'incapacité et le fait d'avoir fait des démarches en vue d'une réintégration socioprofessionnelle" (pièce 5 du dossier administratif - Note au comité médico-technique de Fedris du 5 décembre 2013, Doc. CMT/4/13/73)";

- "Les éléments ajoutés au rapport de consolidation, notamment la liste des professions accessibles, ressortent de la compétence et de la spécificité du médecin du travail et non du médecin de l'entreprise d'assurances. On se rapproche également de l'avis demandé à un ergologue. Cela pose un problème de formation" (*ibidem*);

- "Au sein du comité médico-technique, des voix se sont élevées contre la phrase du commentaire au projet, qui indique qu'aucune consolidation n'est possible sans proposition de réinsertion professionnelle [...] Le fait de ne proposer aucune réinsertion professionnelle peut, le cas échéant, influencer sur le taux d'incapacité permanente, mais n'empêche pas, en tant que tel, une consolidation" (pièce 6 du dossier administratif - Note au comité de gestion de Fedris du 16 décembre 2013, Doc. CG/1/13/174);

- "L'utilisation des listes suppose une connaissance du marché du travail. Le fait de fixer le taux d'incapacité permanente sur la base de listes de professions accessibles complique la tâche du médecin-conseil de l'entreprise d'assurances et rend la faisabilité compliquée. Cela suppose également des moyens" (*ibidem*);

- "Les médecins vont devoir être formés s'ils doivent analyser les capacités restantes" (pièce 7 du dossier administratif - Note au comité de gestion de Fedris du 20 janvier 2014, Doc. CG/1/14/3)";

- "Proposer une liste des professions envisageables est différent d'une description du marché du travail auquel la victime a encore accès et de sa conversion en taux d'incapacité permanente de travail" (*ibidem*).

Il ressort donc que, selon l'analyse de certains membres de Fedris, la disposition attaquée impose bien de nouvelles obligations au médecin-conseil des entreprises des assureurs-loi accidents du travail.

Si l'on se rappelle par ailleurs que la question qui reste à résoudre est de déterminer si les éléments qui sont obligatoirement ajoutés dans le rapport de consolidation par le nouvel article 3 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 relèvent bien de la notion de "taux d'incapacité de travail" qui doit obligatoirement figurer dans l'accord-indemnité, et ce en application de l'article 65, alinéa 3, de la loi du 10 avril 1971, le Conseil d'État ne peut que constater que tel n'est pas le cas à la lecture de l'article 3, e) et h), de l'arrêté royal du 10 décembre 1987, de laquelle il ressort clairement que tant les démarches qui ont été proposées à la victime en vue de sa réadaptation professionnelle et de son recyclage, que la liste non exhaustive des professions encore accessibles à la victime en fonction de sa formation et de son passé professionnel, sont bien deux éléments autonomes qui viennent compléter le rapport de consolidation que doit établir le médecin de l'assureur-loi accidents du travail, et ce en sus de la fixation du "taux de l'incapacité de travail permanente" : "Le rapport de consolidation comporte une description: [...] e) des démarches proposées à la victime en vue de sa réadaptation professionnelle et de son recyclage; [...]; h) de la fixation de

l'incapacité de travail permanente, avec, sur la base des fiches professionnelles des services de placement professionnel et de formation professionnelle, la liste non exhaustive des professions encore accessibles à la [victime] [...]").

Le Conseil d'État n'aperçoit par ailleurs pas quelle autre disposition de la loi du 10 avril 1971 ou, encore, de la loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle, permettrait de considérer que le Roi pourrait, sans habilitation expresse en ce sens, se fonder, le cas échéant, sur l'article 108 de la Constitution, pour adopter l'article 1<sup>er</sup> du premier arrêté royal attaqué.

A la lumière des observations qui précèdent, il y a lieu de considérer que l'article 1<sup>er</sup> du premier arrêté royal attaqué ne repose sur aucun fondement légal suffisant.

Le troisième moyen est de la requête est, en conséquence, fondé.

#### *VIII. Extension d'office de l'objet du recours*

Compte tenu du caractère fondé des critiques expressément dirigées contre les articles 1<sup>er</sup> à 4 du premier arrêté attaqué et des articles 1<sup>er</sup> à 5 du second arrêté attaqué, il convient, dans l'intérêt d'une bonne justice, d'annuler également, d'une part, les articles 5 et 6 du premier arrêté attaqué et, d'autre part, les articles 6 et 7 du second arrêté attaqué, lesquels sont indissociables des dispositions à l'égard desquelles les moyens examinés sont reconnus fondés.

#### *IX. Dépens et indemnité de procédure*

##### *IX.1. Demandes des parties*

La requérante sollicite que la partie adverse soit condamnée aux dépens, en ce compris l'indemnité de procédure à son montant de base de 700 euros.

La partie adverse sollicite de même à l'égard de la requérante.

##### *IX.2. Appréciation*

La partie adverse étant la partie qui succombe dans la présente procédure, il y a lieu de la condamner aux dépens et à l'indemnité de procédure au montant de base de 700 euros que sollicite cette dernière.

**PAR CES MOTIFS,  
LE CONSEIL D'ETAT DECIDE:**

**Article 1<sup>er</sup>**

Sont annulés:

- l'arrêté royal du 17 juillet 2014 modifiant l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités et les conditions de l'entérinement des accords par Fedris;
- l'arrêté royal du 17 juillet 2014 modifiant l'arrêté royal du 5 mars 2006 fixant la procédure d'intervention en conciliation du médecin de Fedris.

**Article 2.**

Le présent arrêt sera publié par extrait au Moniteur belge dans les mêmes formes que les arrêtés annulés.

**Article 3.**

Une indemnité de procédure de 700 euros est accordée à la partie requérante, à charge de la partie adverse.

Les autres dépens, liquidés à la somme de 200 euros, sont également mis à charge de la partie adverse.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI<sup>e</sup> chambre, le seize février deux mille dix-sept par :

MM. Jacques JAUMOTTE,	président de chambre,
David DE ROY,	conseiller d'Etat,
Serge BODART,	conseiller d'Etat,
M <sup>me</sup> Caroline HUGÉ,	greffier.

Le Greffier,

Le Président,

Caroline HUGÉ.

Jacques JAUMOTTE.