

Cour de cassation de Belgique

Arrêt

N° S.20.0066.F

CENTRE PUBLIC D’ACTION SOCIALE D’ARLON, dont les bureaux sont établis à Arlon, rue Godefroid Kurth, 2, inscrit à la banque-carrefour des entreprises sous le numéro 0212.352.301,

demandeur en cassation,

représenté par Maître Willy van Eeckhoutte, avocat à la Cour de cassation, dont le cabinet est établi à Gand, Drie Koningenstraat, 3, où il est fait élection de domicile,

contre

ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITÉS CHRÉTIENNES, dont le siège est établi à Schaerbeek, chaussée de Haecht, 579, inscrite à la banque-carrefour des entreprises sous le numéro 0411.702.543,

défenderesse en cassation,

représentée par Maître Bruno Maes, avocat à la Cour de cassation, dont le cabinet est établi à Watermael-Boitsfort, chaussée de La Hulpe, 177/7, où il est fait élection de domicile,

en présence de

G. O.,

partie appelée en déclaration d'arrêt commun.

I. La procédure devant la Cour

Le pourvoi en cassation est dirigé contre l'arrêt rendu le 12 février 2020 par la cour du travail de Liège.

Le 7 avril 2021, l'avocat général Bénédicte Inghels a déposé des conclusions au greffe.

Le président de section Mireille Delange a fait rapport et l'avocat général Bénédicte Inghels a été entendu en ses conclusions.

II. Le moyen de cassation

Dans la requête en cassation, jointe au présent arrêt en copie certifiée conforme, le demandeur présente un moyen.

III. La décision de la Cour

Sur le moyen :**Quant à la première branche :**

En vertu de l'article 136, § 2, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les prestations visées par cette loi 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 ; toutefois, lorsque les sommes accordées en vertu de cette législation sont inférieures aux prestations de l'assurance soins de santé et indemnités, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de l'assurance.

Conformément à l'alinéa 3 de l'article 136, § 2, précité, les prestations sont octroyées, dans les conditions déterminées par le Roi, en attendant que le dommage soit effectivement réparé en vertu de l'autre législation belge.

Suivant l'alinéa 4, l'organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités, jusqu'à concurrence du montant des prestations octroyées et pour la totalité des sommes qui sont dues en vertu de la législation belge et réparent partiellement ou totalement le dommage découlant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès.

Aux termes de l'alinéa 5, 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.

La loi du 3 juillet 1967 sur la prévention ou 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 est, conformément à son article 1^{er}, alinéa 1^{er}, 9^o, rendue applicable aux centres publics d'action sociale par l'article 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, de l'arrêté royal du 13 juillet 1970 relatif à la réparation, en faveur de certains membres du personnel des services ou établissements publics du secteur

local, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail.

En vertu des articles 8, alinéa 1^{er}, et 9, §§ 1^{er} et 3, alinéa 1^{er}, de cet arrêté royal, le service médical, qui relève d'une personne morale autre que le centre public d'action sociale, est désigné pour fixer la date de consolidation et le pourcentage d'incapacité permanente, la victime est convoquée auprès de ce service et ce dernier notifie sa décision à l'autorité qui occupait l'agent au moment de l'accident, décision qui peut consister en l'attribution d'un pourcentage d'incapacité permanente.

Suivant l'article 9, § 3, alinéa 2, de l'arrêté royal, dans ce cas, l'autorité vérifie si les conditions d'octroi des indemnités sont réunies, examine les éléments du dommage subi, apprécie s'il y a lieu d'augmenter le pourcentage d'incapacité permanente fixé par le service médical et propose à la victime le paiement d'une rente.

Selon l'article 10 de l'arrêté royal, en cas d'accord de la victime, cette proposition est reprise dans une décision de l'autorité et la décision est notifiée à la victime.

L'accord de la victime sur la proposition de rente du centre public d'action sociale qui l'occupait au moment de l'accident forme une convention entre ce débiteur de la réparation et le bénéficiaire des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités, au sens de l'article 136, § 2, alinéa 5, précité, même si la volonté du centre est partiellement liée par la décision du service médical sur le pourcentage d'incapacité permanente et si, dans ce cas d'accord, la proposition de rente est reprise dans une décision du centre notifiée à la victime.

Cette convention est inopposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier et la décision du centre qui la met en œuvre est, de même, sans effet à l'égard de l'organisme assureur.

Le moyen, qui, en cette branche, soutient le contraire, manque en droit.

Quant à la seconde branche :

L'arrêt constate que la partie appelée en déclaration d'arrêt commun a subi le 13 juin 2013 un accident du travail au service du demandeur et a marqué le 6 octobre 2014 son accord sur la proposition par ce dernier d'une rente tenant compte d'une consolidation au 1^{er} juin 2014 et d'une incapacité permanente de travail de 15 p.c., que le demandeur en a informé la défenderesse le 22 octobre 2014, a pris le 7 novembre et a notifié les 13 et 17 novembre à la partie appelée en déclaration d'arrêt commun une décision d'octroi de la rente et indemnise cette dernière partie depuis lors sur cette base, que la défenderesse octroie en outre à cette partie des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités, conteste la date de la consolidation et le taux d'incapacité permanente retenus par le demandeur, « fait valoir que [la] convention [entre ce dernier et la partie appelée en déclaration d'arrêt commun] ne lui est pas opposable », « entend exercer son droit de subrogation » et « demande la confirmation du jugement » du premier juge qui, avant de statuer sur sa demande d'« une somme provisionnelle correspondant au remboursement de ses débours [...] ainsi qu'à tous les autres montants à déterminer après l'expertise », ordonne une expertise sur la date de la consolidation, le taux de l'incapacité permanente et les soins médicaux nécessités par l'accident.

L'arrêt considère que « ce n'est que si l'action [en remboursement] de [la défenderesse] est déclarée non fondée que son intervention pourra être considérée, non comme une avance [octroyée sur la base de l'article 136, § 2, alinéa 3, en attendant que le dommage soit effectivement réparé en vertu de la législation sur les accidents du travail], mais comme une application de la règle de la différence [énoncée par l'] article 136, § 2, alinéa 1^{er}, deuxième phrase » de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Il ressort de ces énonciations que, selon l'arrêt, les sommes dont la défenderesse demande le remboursement consistent en la différence entre celles accordées par le demandeur sur la base de la législation sur les accidents du travail et les prestations de l'assurance soins de santé et indemnités.

En considérant que, dans la mesure de cette différence, le dommage de la partie appelée en déclaration d'arrêt commun n'est pas « réparé en vertu de la législation sur les accidents du travail » et les prestations de la défenderesse lui sont

octroyées sur la base de l'article 136, § 2, alinéa 3, précité, « en attendant que le dommage soit effectivement réparé en vertu de cette législation », et que, s'il était ultérieurement jugé que ce dommage ne doit pas être réparé sur la base de la législation sur les accidents du travail, alors les prestations pourraient être considérées comme octroyées en « application de la règle de la différence [énoncée par] l'article 136, § 2, alinéa 1^{er}, deuxième phrase », précité, l'arrêt fait une exacte application de ces dispositions légales.

Le moyen, en cette branche, ne peut être accueilli.

Et le rejet du pourvoi prive d'intérêt la demande en déclaration d'arrêt commun.

Par ces motifs,

La Cour

Rejette le pourvoi et la demande en déclaration d'arrêt commun ;

Condamne le demandeur aux dépens.

Les dépens taxés à la somme de mille cent trente euros vingt-trois centimes envers la partie demanderesse et à la somme de vingt euros au profit du fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

Ainsi jugé par la Cour de cassation, troisième chambre, à Bruxelles, où siégeaient le président de section Christian Storck, président, le président de section Mireille Delange, les conseillers Marie-Claire Ernotte, Sabine Geubel et

Marielle Moris, et prononcé en audience publique du dix-sept mai deux mille vingt et un par le président de section Christian Storck, en présence de l'avocat général Bénédicte Inghels, avec l'assistance du greffier Lutgarde Body.

L. Body

M. Moris

S. Geubel

M.-Cl. Ernotte

M. Delange

Chr. Storck

Requête

29364/W/2

POURVOI EN CASSATION

À la Cour de cassation de Belgique

fait connaître

le CENTRE PUBLIC D'ACTION SOCIALE DE ARLON, dont les bureaux sont établis à 6700 Arlon, Rue Godefroid-Kurth, 2/i, inscrit à la banque-carrefour des entreprises sous le numéro 0212.352.301, actuellement demandeur en cassation, représenté par Willy van Eeckhoutte, avocat à la Cour de cassation, dont le cabinet est établi à 9051 Gand, Drie Koningenstraat 3, où il est fait élection de domicile,

qu'il se pourvoit en cassation contre l'arrêt et contre la partie indiqués plus amplement ci-dessous.

I. LA DÉCISION ATTAQUÉE ET LA PARTIE CONTRE LAQUELLE LE POURVOI EST DIRIGÉ

Ce pourvoi est dirigé contre l'arrêt prononcé contradictoirement et en dernier ressort le 12 février 2020 par la chambre 8-A de la cour du travail de Liège, division Neufchâteau, dans l'affaire inscrite au rôle général sous le n° 2018/AU/96, entre le demandeur en cassation en tant que partie appelante et

l'ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRÉTIENNES, société d'assurance mutuelle de droit privé, dont les bureaux sont établis à 1030 Schaerbeek, Chaussée de Haecht, 579, BP 40, inscrite à la banque-carrefour des entreprises sous le numéro 0411.702.543, originairement partie intimée, actuellement défendeur en cassation,

et contre ce dernier,

et en présence de

monsieur G. O., originairement partie intimée, actuellement partie appelée en déclaration d'arrêt commun.

II. ANTÉCÉDENTS

1. Monsieur G. O., partie appelée en déclaration d'arrêt commun, a travaillé pour le demandeur en qualité d'ouvrier polyvalent, du 10 mai 2012 au 8 mai 2014. Le 13 juin 2013, il a été victime d'un accident du travail.

À l'issue de la procédure administrative, le Medex a, dans ses conclusions du 9 septembre 2014, estimé que le cas de G. O. était consolidé le 1^{er} juin 2014, avec une incapacité permanente de travail de 15 %.

Par courrier recommandé du 1^{er} octobre 2014, le demandeur a adressé à G. O. une proposition de règlement sur la base de la décision du Medex, proposition qu'il a acceptée le 6 octobre 2014.

Par un courrier du 22 octobre 2014, la s.a. Ethias, l'assureur-loi du demandeur, a informé le défendeur de cette indemnisation et lui a demandé s'il entendait user son droit de subrogation. Par courrier du 27 octobre 2014, le défendeur a fait savoir que ses débours en indemnités s'élevaient à 829,23 euros et en a réclamé le remboursement. Cette somme correspond à la rente de 15 % pour la période du 2 juin 2014 au 31 octobre 2014, qui avait été prise en charge par le défendeur dans le cadre du paiement de l'incapacité temporaire.

Le 7 novembre 2014, le demandeur a pris une décision d'octroi d'une rente viagère annuelle en faveur de G. O., qui lui a été notifiée par un courrier du 13 novembre 2014 et par un courrier recommandé du 17 novembre 2014. Depuis, G. O. est indemnisé sur cette base. Il perçoit en outre une indemnité mensuelle versée par le défendeur.

Le 5 décembre 2014, le défendeur a contesté auprès de la s.a. Ethias le taux d'incapacité permanente retenu, ainsi que la date de consolidation. Le défendeur a demandé la prise en charge de soins de santé. Plusieurs courriers ont été échangés, mais ils n'ont pas pu déboucher sur un accord.

2. Le 10 mars 2017, le défendeur a cité le demandeur et G. O. devant le tribunal du travail de Liège, division Arlon. Sa demande avait pour objet d'entendre condamner le demandeur à payer au défendeur la somme provisionnelle de 2.077,81 euros, à augmenter des intérêts moratoires et judiciaires depuis le 1^{er} décembre 2014, ainsi qu'à tous les autres montants à déterminer après l'expertise judiciaire, et de désigner un médecin-expert avec pour mission de fixer les incapacités temporaires et définitives résultant de l'accident du travail.

Dans un *jugement* du 11 septembre 2018, le tribunal du travail a reçu la demande et a désigné en qualité d'expert le docteur D. G. Le tribunal du travail a fixé la provision de l'expert à la somme de 1.000 euros et a jugé qu'elle était à consigner par le demandeur.

3. Le demandeur a interjeté *appel* de ce jugement.

Dans un *arrêt* du 12 février 2020, la cour du travail déclare l'appel recevable et très partiellement fondé. La cour du travail reforme le jugement en ce qu'il impose au demandeur de consigner la provision de l'expert et confirme pour le reste le jugement entrepris. Conformément à l'article 1068, alinéa 2, du Code judiciaire, la cour du travail renvoie la cause au tribunal du travail.

C'est contre cet arrêt que le demandeur forme le présent pourvoi en cassation.

III. MOYENS DE CASSATION

MOYEN UNIQUE DE CASSATION

Dispositions légales violées

- l'article 136, § 2, dans la version applicable avant sa modification par une loi du 21 décembre 2018, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994,
- les articles 8, 9, 10 et 11 de l'arrêté royal du 13 juillet 1970 relatif à la réparation, en faveur de certains membres du personnel des services ou établissements publics du secteur local, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail, dans les versions applicables avant et après sa modification par un arrêté royal du 8 mai 2014,
- pour autant que besoin, l'article 1^{er} de l'arrêté royal organique du 1^{er} décembre 2013 de l'Administration de l'expertise médicale.

Décisions et motifs critiqués

Dans l'arrêt attaqué, la cour du travail déclare l'appel recevable et très partiellement fondé. La cour du travail reforme le jugement en ce qu'il impose au demandeur de consigner la provision de l'expert et confirme pour le reste le jugement entrepris. Conformément à l'article 1068, alinéa 2, du Code judiciaire, la cour du travail renvoie la cause au tribunal du travail.

La cour du travail fonde ces décisions sur les motifs suivants :

« 2) Le cas de Monsieur O.

30. L'accord de Monsieur O. sur la proposition d'indemnisation a fait naître une convention entre lui et [le demandeur], débiteur de la réparation. En application de l'article 136, § 2, alinéa 5 de la loi coordonnée, cette convention est inopposable [au défendeur]. En effet, cette disposition, qui vise « le débiteur de la réparation », est rédigée en termes généraux et ne vise pas seulement la convention entre la victime du dommage et le tiers responsable ou son assureur.

Le fait que la proposition d'indemnisation soit reprise dans une décision de l'autorité (en l'espèce, la décision du [demandeur] accordant une rente) n'a pas pour effet de rendre la convention opposable à l'organisme assureur. Cette décision est un simple acte administratif individuel qui ne fait qu'exécuter l'accord des parties sur la proposition d'indemnisation, elle-même fondée sur les conclusions du Medex. Il s'agit d'une décision que l'administration est tenue de prendre et qui ne peut accorder une réparation inférieure à celle découlant du taux d'incapacité retenu par le Medex et repris dans la proposition de règlement.

Cette mesure d'exécution de la convention entre Monsieur O. et [le demandeur] n'est pas plus opposable [au défendeur] que la convention elle-même. La [cour du travail] rappelle qu'un accord, même homologué par le tribunal du travail, reste inopposable à l'organisme d'assurance maladie-invalidité (Cass., 12 juin 1986, cité ci-dessus au n° 29).

C'est donc à juste titre que le premier juge a déclaré l'action [du défendeur] recevable. En effet, l'accord n'étant pas opposable [au défendeur], [celui]-ci pouvait saisir le tribunal dans le délai de 3 ans prenant cours à partir de la notification de la proposition de rente.

31. *L'action intentée par [le défendeur] a pour objet de déterminer si le dommage (ou une partie du dommage) qu'elle indemnise doit être réparé en vertu de la législation sur les accidents du travail. Les prestations octroyées par [le défendeur] le sont donc en attendant que le dommage soit effectivement réparé en vertu de cette législation. Les conclusions du Medex étant contestées, et l'accord entre Monsieur O. et [le demandeur] n'étant pas opposable [au défendeur], l'on ne peut à ce stade considérer que le dommage pour lequel [le défendeur] intervient encore actuellement est déjà réparé. Ce n'est que si l'action [du défendeur] est déclaré non fondée que son intervention pourra être considérée non comme une avance mais comme une application de la règle de la différence (article 136, § 2, al. 1^{er}, 2^{ème} phrase).*

32. *L'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 impose à la victime une obligation d'information à l'égard de l'organisme assureur. Il prévoit que l'octroi des prestations prévu à l'article 136, § 2 de la loi coordonnée est subordonné aux conditions que l'assuré social 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.

En son § 2, cet article précise que « l'information visée au § 1^{er}, 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^{er}, 2°, 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^{er}. »

33. *[Le demandeur] considère que rien n'établit que ce devoir d'information ait été respecté.*

34. *L'article 295, § 2 ne soumet la transmission des informations qu'il vise à aucune exigence de forme.*

35. *Il ressort du rapport médical du 19 mars 2018 déposé par [le défendeur] (pièce 9bis) que Monsieur O. s'est soumis à l'examen du médecin-conseil et que celui-ci a été mis en possession des différents rapports établis par les médecins qui suivent [le défendeur].*

Monsieur O. collabore ainsi au traitement de son dossier par sa mutuelle et, par les contacts qu'il a avec celle-ci, la tient informée de tout ce qui lui est nécessaire pour exercer son droit de subrogation. Il n'y a pas lieu d'exiger de Monsieur O. qu'il informe sa mutuelle de l'action judiciaire que [le défendeur] a [lui]-même introduite contre [le demandeur].

La [cour du travail] relève d'ailleurs qu'ETHIAS a déjà accepté de rembourser des prestations [au défendeur] dans le cadre de l'article 136, § 2 de la loi coordonnée, sans remettre en question le respect par Monsieur O. de ses obligations d'information.

36. *L'appel [du demandeur] est donc non fondé. Le jugement entrepris est confirmé en ce qu'il a déclaré l'action recevable et en ce qu'il a ordonné une expertise. »*

(p. 10 à p. 12, deuxième alinéa, de l'arrêt attaqué).

Griefs

Selon l'article 136, § 2, premier alinéa, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans sa version applicable en espèce, c'est-à-dire avant sa modification par une loi du 21 décembre 2018, les prestations prévues par cette 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. Le deuxième alinéa du même article dispose

que 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.

En vertu de l'article 136, § 2, troisième alinéa, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, 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 du quatrième alinéa, 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^{er}.

L'article 136, § 2, cinquième alinéa, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, dispose que 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.

En vertu du sixième alinéa, le débiteur de la réparation doit avertir 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-responsabilité civile sont assimilées au débiteur de la réparation. Selon l'alinéa 7, si le débiteur de la réparation omet d'informer l'organisme assureur, 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.

Première branche

1. Selon l'article 8, premier alinéa, de l'arrêté royal du 13 juillet 1970 relatif à la réparation, en faveur de certains membres du personnel des services ou établissements publics du secteur locale, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail (ci-après, l'arrêté royal du 13 juillet 1970), dans sa version applicable en espèce, à savoir avant sa modification par un arrêté royal du 8 mai 2014, le service médical apprécie s'il existe une relation de cause à effet entre l'accident et les lésions. Il fixe le pourcentage de l'incapacité permanente résultant des lésions physiologiques occasionnées par l'accident.

En vertu du deuxième alinéa, le service médical notifie à l'autorité son appréciation sur la relation de cause à effet entre l'accident et les lésions, ainsi que sa décision motivée relative à la détermination du pourcentage de l'incapacité permanente.

Depuis la modification par un arrêté royal du 8 mai 2014, l'article 8, premier alinéa, dispose que le service médical est désigné:

- pour vérifier le lien de causalité entre l'accident du travail et les lésions;
- pour établir le lien de causalité entre l'accident du travail et les périodes d'incapacité de travail;
- pour fixer la date de consolidation, le pourcentage d'incapacité permanente et le pourcentage de l'aide d'une tierce personne.

Le service médical dont il est question, est l'administration de l'expertise médicale, en abrégé "Medex", créée au sein du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, comme prévu par l'article 1^{er} de l'arrêté royal organique du 1^{er} décembre 2013 de l'Administration

de l'expertise médicale. Il s'agit d'un service autonome et indépendant de l'autorité.

L'article 9 de l'arrêté royal du 13 juillet 1970, également dans sa version antérieure à la modification par arrêté royal du 8 mai 2014, dispose que l'autorité vérifie si les conditions d'octroi des indemnités sont réunies. Dans l'affirmative, elle examine les éléments du dommage subi et apprécie s'il y a lieu d'augmenter le pourcentage d'incapacité permanente fixé par le service médical. Lorsque l'accident a entraîné une incapacité permanente, l'autorité propose à l'accord de la victime ou de ses ayants droit, par lettre recommandée à la poste, le paiement d'une rente. Cette proposition doit mentionner la rémunération servant de base au calcul de la rente, la nature de la lésion, la réduction de capacité et la date de consolidation. Lorsque l'accident n'a entraîné aucune incapacité permanente, l'autorité propose à l'accord de la victime ou de ses ayants droit, par lettre recommandée à la poste, le résultat de son examen concluant à aucune réduction de capacité.

Depuis la modification précitée, ces dispositions se retrouvent dans le § 3 du même article.

En vertu de l'article 10 de l'arrêté royal du 13 juillet 1970, en cas d'accord de la victime ou de ses ayants droit, la proposition visée à l'article 9 (actuellement le § 3) est reprise intégralement dans une décision de l'autorité. La décision est notifiée à la victime ou à ses ayants droit sous pli recommandé à la poste.

En vertu de l'article 11 de l'arrêté royal du 13 juillet 1970, dans les trois ans à dater de la notification de la décision prévue à l'article 10, l'autorité et le bénéficiaire de la rente peuvent introduire une demande en révision des rentes fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'incapacité de la victime, ou

sur le décès de la victime par suite des conséquences de l'accident, ou sur une modification de la nécessité de l'aide régulière d'une autre personne.

Une fois que l'autorité a pris une décision conformément à l'article 10 de l'arrêté royal du 13 juillet 1970, la seule action ouverte à la victime ou ses ayants droit, est une demande en révision des rentes conformément à l'article 11 de cet arrêté royal.

2. Des faits constatés par la cour du travail, il ressort que (p. 3 de l'arrêt attaqué):

- G. O. a été victime d'un accident du travail le 13 juin 2013,
- le Medex a estimé que le cas de G. O. était consolidé le 1^{er} juin 2014, avec une incapacité permanente du travail de 15 %,
- le 1^{er} octobre 2014, le demandeur a adressé à G. O. une proposition de règlement sur la base de la décision du Medex, laquelle fut acceptée le 6 octobre 2014,
- par courrier du 22 octobre 2014, l'assureur-loi du demandeur a informé le défendeur de l'indemnisation et lui a demandé s'il entendait user de son droit de subrogation,
- par courrier du 27 octobre 2014, le défendeur a réclamé le remboursement de 829,23 euros, correspondant à la rente de 15 % pour la période du 2 juin 2014 au 31 octobre 2014 ; l'assureur-loi a remboursé cette somme ainsi que divers frais,
- le 7 novembre 2014, le demandeur a pris une décision d'octroi d'une rente viagère annuelle en faveur de G. O., qui fut notifiée par courrier datée du 13 novembre 2014 et par courrier recommandé du 17 novembre 2014,
- depuis, G. O. est indemnisé sur cette base, et il perçoit en outre une indemnité mensuelle versée par le défendeur.

En l'espèce, la cour du travail constate que le demandeur a suivi les procédures administratives et médicales. La cour du travail constate que le 7 novembre 2014, après qu'une proposition de règlement sur la base des conclusions de Medex fut acceptée, comme le prévoit l'article 10 de l'arrêté royal du 13 juillet 1970, le demandeur a pris une décision d'octroi d'une rente viagère annuelle en faveur de G. O., qui lui fut notifiée par courrier datée du 13 novembre 2014 et par courrier recommandé du 17 novembre 2014. La cour du travail constate aussi que, depuis, G. O. a été indemnisé sur cette base.

Vu que les conclusions du service médical (Medex) lient l'employeur du secteur public et l'agent victime de l'accident, ce dernier disposant toutefois d'un recours, la proposition faite par l'autorité, conforme aux conclusions de Medex et acceptée par la victime, ne se traduit pas par une convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire telle que visée à l'article 136, § 2, cinquième alinéa, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, mais bien par une décision comme le dispose l'article 10 de l'arrêté royal du 13 juillet 1970.

Vu que la procédure à suivre est imposée à l'autorité, que le service médical (Medex) est un service autonome et indépendant de l'autorité, et que ce service rend une décision obligatoire pour l'autorité dans la mesure où il fixe un pourcentage minimum d'invalidité permanente, la décision telle que visée par l'article 10 de l'arrêté royal du 13 juillet 1970 ne peut pas être considérée comme une convention intervenue entre le débiteur de la réparation et la victime.

La cour du travail décide que le premier juge a déclaré l'action du défendeur à juste titre recevable (p. 10, avant-dernier alinéa, de l'arrêt attaqué), et elle fonde cette décision sur le motif que l'accord de G. O. sur la proposition d'indemnisation du demandeur a fait naître une convention entre lui et le demandeur, qui est inopposable au défendeur en vertu de l'article 136, § 2,

alinéa 5 , de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 (p. 10, troisième alinéa, de l'arrêt attaqué). En décidant comme elle l'a fait, la cour du travail méconnaît les articles 136, § 2, en particulier l'alinéa 5, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, 1 de l'arrêté royal organique du 1^{er} décembre 2013 et 8, 9, 10 et 11 de l'arrêté royal du 13 juillet 1970.

Conclusion

Les décisions de la cour du travail que l'appel est non fondé et que le jugement entrepris est confirmé en ce qu'il a déclaré l'action recevable et en ce qu'il a ordonné une expertise, ne sont pas légalement justifiées (violation des articles 136, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, 1^{er} de l'arrêté royal organique de l'Administration de l'expertise médicale du 1^{er} décembre 2013, et 8, 9, 10 et 11 de l'arrêté royal du 13 juillet 1970 relatif à la réparation, en faveur de certains membres du personnel des services ou établissements publics du secteur local, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail).

Deuxième branche

1. En vertu de l'article 136, § 2, premier alinéa, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, il n'y a pas lieu d'octroyer des prestations de santé lorsque le dommage est effectivement réparé en vertu d'une autre législation.

Toutefois, en vertu du troisième alinéa de cet article, les prestations de santé sont octroyées en attendant que le dommage soit effectivement réparé en vertu d'une autre législation.

Toujours en vertu du même article, et son quatrième alinéa en particulier, l'organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire 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 découlant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès.

En vertu du sixième alinéa de l'article 136, § 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, le débiteur de la réparation avertit l'organisme assureur de son intention d'indemniser le bénéficiaire et transmet à l'organisme assureur une copie des accords ou décisions de justice intervenues. Les compagnies d'assurances-responsabilité civile sont assimilées au débiteur de la réparation.

L'alinéa 7 du même article dispose que, si le débiteur de la réparation omet d'informer l'organisme assureur, 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.

De ces dispositions il suit que l'organisme assureur qui poursuit le paiement des prestations de santé en faveur du bénéficiaire après avoir été averti par le débiteur de la réparation de son intention d'indemniser le bénéficiaire, n'est plus subrogé de plein droit aux droits du bénéficiaire à concurrence de ce paiement et ne peut en réclamer le remboursement au responsable. En effet, vu que le dommage est effectivement réparé, il n'y a plus lieu d'octroyer des prestations de santé en attendant.

2. Des faits constatés par la cour du travail, il ressort que (p. 3 de l'arrêt attaqué):

- G. O. a été victime d'un accident du travail le 13 juin 2013,

- le Medex a estimé que le cas de G. O. était consolidé le 1^{er} juin 2014, avec une incapacité permanente du travail de 15 %,
- le 1^{er} octobre 2014, le demandeur a adressé à G. O. une proposition de règlement sur la base de la décision du Medex, proposition qui fut acceptée le 6 octobre 2014,
- par courrier du 22 octobre 2014, l'assureur-loi du demandeur a informé le défendeur de l'indemnisation et lui a demandé s'il entendait user de son droit de subrogation,
- par courrier du 27 octobre 2014, le défendeur a réclamé le remboursement de 829,23 euros, correspondant à la rente de 15 % pour la période du 2 juin 2014 au 31 octobre 2014 ; l'assureur-loi a remboursé cette somme ainsi que divers frais,
- le 7 novembre 2014, le demandeur a pris une décision d'octroi d'une rente viagère annuelle en faveur de G. O., qui fut notifiée par courrier datée du 13 novembre 2014 et par courrier recommandé du 17 novembre 2014,
- depuis, G. O. est indemnisé sur cette base, et perçoit en outre une indemnité mensuelle versée par le défendeur.

Des faits constatés par la cour du travail, il ressort dès lors que, par courrier du 22 octobre 2014, l'assureur-loi du demandeur a informé le défendeur de l'indemnisation de G. O. conformément à la proposition de règlement émise sur la base de la décision de Medex, et lui a demandé s'il entendait user de son droit de subrogation, ce qui a été le cas pour la période du 2 juin 2014 au 31 octobre 2014.

Il s'en déduit qu'à partir de la fin du mois d'octobre 2014, le défendeur a été averti du fait que le dommage que G. O. a subi suite à son accident du travail a été effectivement réparé en vertu de la législation relative aux accidents du travail. La cour du travail constate en outre que depuis novembre 2014, G. O. est

indemnisé sur la base de la décision du 7 novembre 2014 (p. 3, avant-dernier alinéa, de l'arrêt attaqué).

Dès lors, à partir du moment où le défendeur en a été averti, il ne pouvait plus octroyer des prestations de santé « en attendant » au sens de l'article 136, § 2, troisième alinéa, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Il ressort des pièces du dossier auxquels votre Cour peut avoir égard, que, dans la citation du 10 mars 2017, le défendeur alléguait que les parties sont en désaccord au sujet du taux des incapacités et notamment de l'incapacité permanente que subit G. O. suite à l'accident du travail du 13 juin 2013, et postulait à titre provisionnel la condamnation du demandeur au paiement des relevés 9 et 10 pour un total de 2.077,81 euros, à augmenter des intérêts depuis le 1 décembre 2014, et la désignation d'un expert médical afin d'examiner G. O. Il ressort des pièces du dossier auxquels votre Cour peut avoir égard, que la demande du défendeur porte sur des paiements faits *après* que l'assureur-loi l'avait averti de l'indemnisation de G. O. en vertu de la législation relative aux accidents du travail.

La cour du travail déclare l'appel du demandeur non fondé en observant que l'action intentée par le défendeur a pour objet de déterminer si le dommage qu'il indemnise doit être réparé en vertu de la législation sur les accidents du travail et en décidant que les prestations octroyées par le défendeur le sont en attendant que le dommage soit effectivement réparé en vertu de cette législation (p. 10, bas de page, de l'arrêt attaqué).

En décidant que les prestations octroyées par le défendeur sont des prestations en attendant, alors qu'il s'agit de prestations octroyées après que le dommage que G. O. a subi suite à son accident du travail a été effectivement réparé en vertu de la législation relative aux accidents du travail, et après que le défendeur

en a été averti, la cour du travail méconnaît l'article 136, § 2, en particulier alinéa 3, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994. Partant, la cour du travail ne déclare pas légalement l'appel non fondé.

Conclusion

Les décisions de la cour du travail que l'appel est non fondé et que le jugement entrepris est confirmé en ce qu'il a déclaré l'action recevable et en ce qu'il a ordonné une expertise, ne sont pas légalement justifiées (violation de l'article 136, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994).

À CES CAUSES,

Le demandeur conclut qu'il plaise à votre Cour

- casser et annuler l'arrêt entrepris,
- renvoyer la cause et les parties devant une autre cour du travail,
- condamner le défendeur aux dépens.

Gand, le 14 octobre 2020

Pour le demandeur,

Willy van Eeckhoutte,

avocat à la Cour de cassation.