

Cour de cassation de Belgique

Arrêt

N° S.23.0043.F

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,

demanderesse 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,

contre

ETHIAS, société anonyme, dont le siège est établi à Liège, rue des Croisiers, 24, inscrite à la banque-carrefour des entreprises sous le numéro 0404.484.654,

défenderesse en cassation.

I. La procédure devant la Cour

Le pourvoi en cassation est dirigé contre l'arrêt rendu le 20 février 2023 par la cour du travail de Mons.

Le 4 avril 2024, l'avocat général Hugo Mormont a déposé des conclusions au greffe.

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

II. Les moyens de cassation

Dans la requête en cassation, jointe au présent arrêt en copie certifiée conforme, la demanderesse présente deux moyens.

III. La décision de la Cour

Sur le premier moyen :

En vertu de l'article 24, alinéa 4, de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, dans la version applicable aux faits, si son état exige absolument l'assistance régulière d'une autre personne, la victime peut prétendre à une allocation annuelle complémentaire, fixée en fonction du degré de nécessité de cette assistance sur la base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel qu'il est déterminé, au moment où l'incapacité présente le caractère de la permanence, par convention collective de travail conclue au sein du Conseil national du travail pour un travailleur occupé à temps plein d'un certain âge et ayant au moins six mois d'ancienneté dans l'entreprise qui l'occupe.

En vertu de l'article 28 de la même loi, la victime a droit aux soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers.

Ces soins sont distincts de l'assistance dont il est question à l'article 24, alinéa 4, de cette loi.

En vertu de l'article 34, alinéa 1^{er}, première phrase, et deuxième phrase, 11^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les prestations de santé, portant tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs, comprennent entre autres les prestations qui sont fournies par des maisons de repos et de soins agréées par l'autorité compétente.

L'article 37, § 12, alinéa 1^{er}, de cette loi, dispose, à la première phrase, que le ministre fixe, sur proposition du comité de l'assurance, l'intervention pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11^o, ainsi que les conditions de cette intervention.

Suivant l'article 147, § 3, 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, l'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11^o, de la loi coordonnée consiste en une allocation journalière appelée allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.

Pour les maisons de repos et de soins destinées aux patients répondant aux conditions visées à l'article 148 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, l'intervention est fixée de manière forfaitaire par l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées.

Un patient remplit les conditions visées à l'article 148 précité lorsqu'il ne nécessite plus ni surveillance médicale journalière ni traitement médical spécialisé permanent mais est fortement tributaire de soins et de l'assistance de tierces personnes pour les actes essentiels de la vie journalière, est soigné par un service ou admis dans une institution spécialement agréés pour certains soins, et est dépendant physiquement et psychologiquement.

L'article 147, § 1^{er}, 1^o, 2^o, 4^o et 5^o, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 prévoit que les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11^o, de la loi coordonnée comprennent, en ce qui concerne les maisons de repos et de soins :

- les soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier ;

- les prestations de kinésithérapie et de logopédie effectuées par les dispensateurs de soins qualifiés à cet effet ;
- l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation et intégration sociale, y compris l'ergothérapie ;
- les produits et le matériel destinés à prévenir les maladies nosocomiales, ainsi que les produits dont une liste détaillée est établie par le comité de l'assurance.

Il ressort de cette disposition que les prestations qui sont fournies dans une maison de repos et de soins et qui donnent lieu au paiement du forfait fixé par l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 sont plus larges que l'assistance d'une autre personne au sens de l'article 24, alinéa 4, de la loi du 10 avril 1971 et englobent les soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers au sens de l'article 28 de cette loi.

Ni les dispositions précitées de la loi du 10 avril 1971 ni aucune autre disposition ne mettent fin à l'allocation pour tierce personne due en vertu de l'article 24, alinéa 4, de cette loi en cas d'admission de la victime en maison de repos ou en maison de repos et de soins, quand bien même cette admission donnerait lieu à l'intervention de l'assurance soins de santé au titre de l'allocation forfaitaire pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.

En décidant que le recours subrogatoire de la demanderesse n'est fondé que jusqu'à concurrence d'une partie de ce forfait, qu'elle paie à la maison de repos et de soins où séjourne la victime, soit la partie correspondant aux prestations de soins médicaux et infirmiers, et qu'il n'est pas fondé pour la partie correspondant aux « prestations non médicales pouvant être dispensées par un personnel non qualifié », l'arrêt attaqué viole les dispositions légales précitées.

Le moyen est fondé.

Par ces motifs,

La Cour

Casse l'arrêt attaqué ;

Ordonne que mention du présent arrêt sera faite en marge de l'arrêt cassé ;

Réserve les dépens pour qu'il soit statué sur ceux-ci par le juge du fond ;

Renvoie la cause devant la cour du travail de Liège.

Ainsi jugé par la Cour de cassation, troisième chambre, à Bruxelles, où siégeaient le premier président Eric de Formanoir, les présidents de section Christian Storck, Koen Mestdagh et Mireille Delange, le conseiller Bruno Lietaert, et prononcé en audience publique du dix juin deux mille vingt-quatre par le premier président Eric de Formanoir, en présence de l'avocat général Hugo Mormont, avec l'assistance du greffier Lutgarde Body.

L. Body

Br. Lietaert

M. Delange

K. Mestdagh

Chr. Storck

E. de Formanoir

Requête

REQUÊTE EN CASSATION

POUR : L'ALLIANCE NATIONALE DES FEDERATIONS
MUTUALISTES CHRETIENNES DE BELGIQUE, en
abrégé ANMC, inscrite à la Banque Carrefour des
Entreprises sous le n° 0411.702.543, dont le siège est
établi à 1031 Bruxelles, chaussée de Haecht 579,

Demanderesse en cassation, assistée et représentée par Me
Bruno Maes, avocat à la Cour de cassation, dont le
cabinet est établi à 1170 Bruxelles, chaussée de La
Hulpe 177/7, chez qui il est fait élection de domicile,

CONTRE: La société anonyme **ETHIAS**, inscrite à la Banque
Carrefour des Entreprises sous le n° 0404.484.654, dont
le siège est établi à 4000 Liège, rue des Croisiers 24,

Défenderesse en cassation.

*

*

*

A Madame le Premier Président et Monsieur le Président,

A Mesdames et Messieurs les Conseillers composant la Cour de cassation,

Mesdames,

Messieurs,

La demanderesse a l'honneur de déférer à la censure de Votre Cour l'arrêt rendu le 20 février 2023 par la 2^{ème} chambre de la cour du travail de Mons (numéro de rôle : 2019/AM/374).

RETROACTES

1. Le 8 septembre 2004, Monsieur A. L. R. fut victime d'un accident sur le chemin du travail, alors qu'il se rendait à sa formation professionnelle au Forem en tant que stagiaire.

L'accident occasionna un œdème cérébral majeur, plongeant Monsieur L. R. dans le coma. Il fut hospitalisé jusqu'au 18 novembre 2004, admis au centre neurologique Lennox jusqu'au 25 juin 2006 et dans un service de réadaptation à Mouscron jusqu'au 22 mars 2007. Depuis cette date, il séjourne dans une maison de repos et de soins (MRS).

L'ANMC est l'assureur obligatoire soins de santé et indemnités de Monsieur L. R. Ethias est l'assureur accidents du travail du Forem.

Le cas de monsieur L. R. fut consolidé à la date du 1^{er} septembre 2007 avec une incapacité permanente de 100% et avec la nécessité

d'une aide de tierce personne de 100%. Dans une convention du 3 septembre 2007, Ethias s'engagea à indemniser Monsieur L. R. sur ces bases.

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, l'ANMC demanda à Ethias le remboursement des prestations en faveur de monsieur L. R. Une partie des débours fut remboursée volontairement par Ethias. Elle refusa cependant de rembourser les interventions dans les 'frais de séjour en maison de repos et de soins'. Selon Ethias, ces frais sont à payer par l'administrateur provisoire de monsieur L. R., grâce à la rente de 100% et de l'aide d'une tierce personne de 100% qui lui est accordée.

2. Le 26 avril 2011, l'ANMC cita Ethias devant le tribunal du travail de Tournai, section Mouscron, et sollicita le paiement d'une somme provisionnelle de 83.018,64 EUR.

3. Dans son *jugement du 18 mai 2012*, le tribunal du travail se reconnut compétent *ratione materiae* et invita

- l'ANMC à conclure additionnellement aux fins de préciser la signification des codes 0781815 et 0763070 repris sur les relevés de débours ainsi que la portée des mentions 'Nursing home Saint Joseph' et 'maximum à facturer' figurant également sur ces mêmes relevés ;

- l'administrateur provisoire de la victime à verser au dossier les factures périodiques adressées par la MRS Home Saint Joseph pour les soins, l'hébergement et la prise en charge de Monsieur L. R. ;

- le Home Saint Joseph à préciser, pièces à l'appui, ce qui est facturé à l'ANMC et ce qui est facturé à l'administrateur provisoire de Monsieur L. R. pour l'hébergement, les soins et la prise en charge de l'intéressé.

4. Dans le *jugement du 15 mars 2013*, le tribunal du travail décida que

- les lésions subies par la victime suite à l'accident sont d'une gravité telle qu'elles justifient, à elles seules, son placement dans une maison de repos et de soins et que l'assureur-loi ne peut s'opposer au remboursement des frais médicaux exposés sur cette base ;
- l'assureur-loi soutient que l'allocation journalière, appelée allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, que le Home Saint Joseph facture, correspond en fait à l'indemnité qu'il sert pour l'aide d'une tierce personne ;
- l'ANMC soutient par contre que toutes les prestations sont à considérer comme des soins de santé ayant nécessité l'intervention d'un personnel spécialisé ;
- une partie de l'allocation journalière couvre les mêmes besoins (besoin d'une tierce personne pour se laver et s'habiller, pour être transféré ou se déplacer, pour aller à la toilette et/ou manger, etc) que ceux couverts par une partie au moins de l'indemnité pour l'aide d'une tierce personne servie par Ethias ;
- les soins infirmiers nécessitant un personnel spécialisé sont des frais médicaux à prendre en charge par l'assureur-loi, tandis que les soins non spécifiquement médicaux ou infirmiers sont forfaitairement couverts dans le cadre de l'aide pour la tierce personne déjà prise en charge par l'assureur-loi.

Le tribunal conclut qu'il appartient à l'ANMC de proposer une ventilation dans l'allocation journalière pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière entre les prestations couvertes et les prestations non couvertes par l'indemnité pour l'aide d'une tierce personne servie à la victime par l'assureur-loi. Il ordonna la réouverture des débats à cet effet.

5. Dans le *jugement du 20 décembre 2013*, le tribunal du travail donna tout d'abord acte à l'ANMC de sa renonciation à postuler les sommes reprises dans ses relevés de débours sous le titre « maximum à facturer », l'invita à préciser les justifications des

postes repris dans les relevés de débours sous les numéros de code 0740073 et 0740191 et condamna Ethias à lui payer la somme provisionnelle de 14.230 EUR (prestations dont il est établi qu'elles ne font pas double emploi avec une autre indemnité).

Quant à la « ventilation à opérer dans l'allocation journalière pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière », le tribunal constata que l'ANMC ne propose aucune ventilation mais réitère sa position, décida partant qu'il n'est pas complètement éclairé et qu'une expertise s'indique.

Le tribunal désigna ainsi le Dr. C. avec pour mission de « rechercher tous éléments permettant d'établir une ventilation dans l'allocation journalière pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière versée par (l'ANMC) à la MRS Home Saint-Joseph pour la prise en charge de la victime Monsieur L. R. entre, d'une part, les soins médicaux et infirmiers incombant à l'assureur-loi et, d'autre part, les prestations non médicales pouvant être dispensées par un personnel non qualifié et déjà forfaitairement couvertes dans le cadre de l'aide de la tierce personne versée à la victime par l'assureur-loi ».

6. Dans son rapport du 17 mars 2017, l'expert proposa la ventilation suivante :

- les soins infirmiers, donc médicaux, sont estimés à 20% de l'aide journalière accordée pour soins et actes de la vie courante ;
- il incombe donc à l'assureur-loi d'assurer le paiement de cette quotité ;
- les prestations non médicales, dispensées par un personnel non qualifié sont estimées à 80% de l'aide décrite ci-dessus et sont donc couvertes dans le cadre de l'aide de la tierce personne déjà versée à la victime par l'assureur-loi.

7. Par requête déposée au greffe de la cour du travail le 21 octobre 2019, l'ANMC interjeta appel contre les jugements rendus les 15 mars 2013 et 20 décembre 2013.

8. Dans *l'arrêt du 18 janvier 2021*, la cour du travail de Mons reçut l'appel et la demande incidente (l'extension de la demande originaire).

Cet arrêt (pp. 11-18) comporte des considérations générales concernant les prestations de santé dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994, la subrogation de l'organisme assureur, l'indemnisation d'un accident sur le chemin du travail et l'autorité de chose jugée. La cour décida ensuite que

- les motifs dans le jugement du 15 mars 2013, aux termes desquels « Il est manifeste que les lésions subies par la victime suite à l'accident sont d'une gravité telle qu'elles justifient, à elles seules, son placement dans une maison de repos et de soins ; Le tribunal estime que l'assureur-loi ne peut s'opposer au remboursement des frais médicaux exposés sur cette base » pourraient être qualifiés de « motifs décisifs », ce qui leur conférerait une autorité de chose jugée à l'égard des parties et que, les parties n'ayant pas eu l'occasion de s'expliquer sur ce point, la réouverture des débats est ordonnée ;
- dans le cadre de la réouverture des débats, il est loisible aux parties de se positionner par rapport à l'enseignement de l'arrêt de la Cour de cassation du 5 octobre 2020 ;
- l'ANMC doit justifier sa demande qui tend à la condamnation d'Ethias à lui payer la somme de 272.442,92 EUR sur certains points.

9. Dans *l'arrêt du 20 février 2023*, la cour du travail dit que l'appel n'est pas fondé et confirma les jugements des 15 mars 2013 et 20 décembre 2013.

La cour entérina en outre les conclusions de l'expert, entrées au greffe du tribunal en date du 17 mars 2017, en ce que l'expert estime que l'aide journalière accordée pour soins et actes de la vie courante est constituée à 20 % de soins infirmiers et à 80 % de prestations non médicales, dispensées par un personnel non qualifié et couvertes dans le cadre de l'aide de la tierce personne qui est versée à la victime par l'assureur-loi.

La cour donna acte à Ethias de ce qu'elle prendra en charge 20 % de l'aide journalière accordée pour soins et actes de la vie courante sous la réserve que l'ANMC produise, pour chaque prestation entrant dans le cadre de ces 20 %, le code INAMI correspondant.

La cour décida qu' « il incombe désormais aux parties de s'expliquer quant aux sommes dues, et, en particulier, à l'ANMC d'actualiser et de justifier le décompte des sommes dont elle réclame le remboursement, le cas échéant au moyen d'un tableau récapitulatif précisant entre autres le type de soins, le code INAMI, la date des soins, la date du paiement, l'identité du bénéficiaire du paiement et la quote-part imputée à la S.A. Ethias, et ce à la lumière notamment de l'entérinement des conclusions de l'expert par la cour, de l'engagement de prise en charge formulé par la S.A. Ethias et acté par la cour, la convention d'indemnisation du 3 septembre 2007 qui est basée sur le rapport de consolidation du 30 août 2007 et enfin des sommes déjà versées par la S.A. Ethias (soit à l'ANMC soit à des tiers) » et ordonna la réouverture des débats à ces fins.

10. La demanderesse invoque deux moyens de cassation à l'encontre de l'arrêt du 20 février 2023.

PREMIER MOYEN DE CASSATION

Dispositions violées

- les articles 24, al. 4 (tel qu'en vigueur avant la modification par la loi du 13 juillet 2006, tel qu'en vigueur après la modification par la loi du 13 juillet 2006 et avant la modification par la loi du 25 décembre 2016 et tel qu'en vigueur après la modification par la loi du 25 décembre 2016) et 28 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ;
- les articles 34, al. 1, première phrase, et deuxième phrase, 11° et 37, §12 et 136, §2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- les articles 147, §§1 et 3, et 148 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 ;
- article 1, dernier al., de l'arrêté royal du 17 octobre 2000 fixant les conditions et le tarif des soins médicaux applicable en matière d'accidents du travail.

Décision attaquée

Dans son arrêt du 20 février 2023, la cour du travail de Mons dit que l'appel formé par la demanderesse contre les jugements rendus les 15 mars 2013 et 20 décembre 2013 par le tribunal du travail de Tournai, section de Mouscron, n'est pas fondé et confirme les jugements dont appel.

La cour du travail confirme ainsi la décision du tribunal du travail en son jugement du 15 mars 2013, selon laquelle :

« une partie de l'allocation journalière couvre les mêmes besoins (besoin d'une tierce personne pour se laver et s'habiller, pour être transféré ou se déplacer, pour aller à la toilette et/ou manger, etc) que ceux couverts par une partie au moins de l'indemnité pour l'aide d'une tierce personne servie par (la défenderesse) ;

En résumé, les soins infirmiers nécessitant un personnel spécialisé sont des frais médicaux à prendre en charge par l'assureur-loi, tandis que les soins non spécifiquement médicaux ou infirmiers sont

forfaitairement couverts dans le cadre de l'aide (d'une) tierce personne déjà prise en charge par l'assureur-loi ;

Il appartient par conséquent à (la demanderesse) de proposer une ventilation dans l'allocation journalière pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière entre les prestations couvertes et les prestations non couvertes par l'indemnité pour l'aide d'une tierce personne servie à la victime par l'assureur-loi ».

La cour du travail confirme ainsi la décision du tribunal du travail en son jugement du 20 décembre 2013, par laquelle il désigne, avant dire droit au fond quant au surplus de la demande de la demanderesse, un expert avec pour mission de « rechercher tous éléments permettant d'établir une ventilation dans l'allocation journalière pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière versée par la demanderesse à la MRS Home Saint-Joseph pour la prise en charge de la victime Monsieur L. R. entre, d'une part, les soins médicaux et infirmiers incombant à l'assureur-loi et, d'autre part, les prestations non médicales pouvant être dispensées par un personnel non qualifié et déjà forfaitairement couvertes dans le cadre de l'aide de la tierce personne versée à la victime par l'assureur-loi ».

La cour du travail entérine les conclusions de l'expert, entrées au greffe du tribunal en date du 17 mars 2017, en ce que l'expert estime que l'aide journalière accordée pour soins et actes de la vie courante est constituée à 20 % de soins infirmiers et à 80 % de prestations non médicales, dispensées par un personnel non qualifié et couvertes dans le cadre de l'aide de la tierce personne qui est versée à la victime par l'assureur-loi.

La cour du travail donne acte à la défenderesse de ce qu'elle prendra en charge 20 % de l'aide journalière accordée pour soins et actes de la vie courante sous la réserve que la demanderesse produise, pour chaque prestation entrant dans le cadre de ces 20 %, le code INAMI correspondant.

La cour ordonne la réouverture des débats afin de permettre « aux parties de s'expliquer quant aux sommes dues et, en particulier, à la demanderesse d'actualiser et de justifier le décompte des sommes dont elle réclame le remboursement, le cas échéant au moyen d'un tableau récapitulatif précisant entre autres le type de soins, le code INAMI, la date des soins, la date du paiement, l'identité du bénéficiaire du paiement et la quote-part imputée à la défenderesse, et ce à la lumière notamment de l'entérinement des conclusions de l'expert par la cour, de l'engagement de prise en charge formulé par la défenderesse et acté par la cour, de la convention d'indemnisation du 3 septembre 2007 qui est basée sur le rapport de consolidation du 30 août 2007 et enfin des sommes déjà versées par la défenderesse (soit à la demanderesse soit à des tiers) ».

La cour du travail motive ces décisions comme suit :

« Dans les motifs du jugement du 15 mars 2013, il est indiqué qu' 'Il est manifeste que les lésions subies par la victime suite à l'accident sont d'une gravité telle qu'elles justifient, à elles seules, son placement dans une maison de repos et de soins ; Le tribunal estime que l'assureur-loi ne peut s'opposer au remboursement des frais médicaux exposés sur cette base'.

La précision selon laquelle les lésions justifient le placement de la victime dans une maison de repos et de soins constitue un 'motif décisive', ce qui leur confère une autorité de chose jugée à l'égard des parties.

La mention selon laquelle l'assureur-loi ne peut s'opposer au remboursement des frais médicaux exposés sur la base précitée, constitue également un 'motif décisive' et se comprend, à la lumière des considérations complémentaires du jugement ('les soins infirmiers nécessitant un personnel spécialisé sont des frais médicaux à prendre en charge par l'assureur-loi, tandis que les soins non spécifiquement médicaux ou infirmiers sont parfaitement couverts dans le

cadre de l'aide pour la tierce personne déjà prise en charge par l'assureur-loi' ; 'il n'est pas possible au vu de ces relevés de débours de déterminer la nature exacte des prestations, s'agit-il de soins de santé (médecin, biologie clinique, etc) ou s'agit-il de soins non spécifiquement médicaux ?') *et des points faisant l'objet de la réouverture des débats ordonnée par le tribunal, comme étant le fait que l'assureur-loi ne peut s'opposer au principe du remboursement des frais médicaux, ceux-ci demeurant non identifiés et non chiffrés.*

En tout état de cause, l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, telle qu'elle est détaillée dans l'article 147, §1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, en ce qu'elle comprend notamment l'assistance dans les actes de la vie journalière, et telle qu'elle est visée dans l'article 148 du même arrêté royal du 3 juillet 1996, couvre des prestations à la fois médicales et non médicales.

De surcroît, dès lors qu'il existe une autonomie du droit aux soins médicaux par rapport à l'allocation pour l'assistance d'une autre personne, prévue par l'article 24, alinéa 4, de la loi du 10 avril 1971, il est manifeste que plusieurs besoins rencontrés par ladite allocation pour l'assistance d'une autre personne le sont également par l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.

La cour partage l'appréciation faite par le tribunal, dans le jugement du 15 mars 2013, quant au fait '(...) qu'une partie de l'allocation journalière couvre les mêmes besoins (besoin d'une tierce personne pour se laver et s'habiller, pour être transféré ou se déplacer, pour aller à la toilette et/ou manger, etc.) que ceux couverts par une partie au mois de l'indemnité pour l'aide d'une tierce personne par (la défenderesse) (...).'

C'est donc de manière justifiée que, dans le jugement du 15 mars 2013, le tribunal a ordonné la réouverture des débats, en

invitant (la demanderesse) à s'expliquer notamment sur la ventilation dans l'allocation journalière pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière entre les prestations couvertes et les prestations non couvertes par l'indemnité pour l'aide d'une tierce personne servie par (la défenderesse).

C'est également de manière justifiée que, dans son jugement du 20 décembre 2013, le tribunal a ordonné une expertise, en invitant l'expert à rechercher tous éléments permettant d'établir une ventilation dans l'allocation journalière pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière versée par (la demanderesse) à la MRS Home Saint-Joseph pour la prise en charge de la victime, Monsieur A. L.-R., entre, d'une part, les soins médicaux et infirmiers incombant à l'assureur-loi, d'autre part, les prestations non médicales pouvant être dispensées par un personnel non qualifié et déjà forfaitairement couvertes dans le cadre de l'aide de la tierce personne versée à la victime par l'assureur-loi.

Le rapport de l'expert, désigné par le tribunal, est complet et circonstancié.

Il a permis de trancher la divergence de points de vue existant entre les parties.

(La défenderesse) accepte les conclusions de l'expert.

(La demanderesse) ne dépose aucune pièce médicale susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expert et ne développe aucun argument qui emporte la conviction de la cour afin de s'écarter des conclusions de l'expert ou, à tout le moins, d'ordonner une nouvelle expertise ou un complément d'expertise.

Un entérinement des conclusions de l'expert, entrées au greffe du tribunal en date du 17 mars 2017, est donc justifié quant à la ventilation faite par l'expert, dans l'aide journalière accordée pour soins et actes de la vie courante, entre les soins infirmiers et les prestations non médicales.

Dans ces conditions, l'appel n'est pas fondé.

La cour confirme les jugements du 15 mars 2013 et 20 décembre 2013 de la 2^e chambre du Tribunal du travail de Tournai, section de Mouscron (R.G. n° 11/835/A).

La cour entérine les conclusions de l'expert, entrées au greffe du tribunal en date du 17 mars 2017, en ce que l'expert estime que l'aide journalière accordée pour soins et actes de la vie courante est constituée à 20 % de soins infirmiers et à 80 % de prestations non médicales, dispensées par un personnel non qualifié et couvertes dans le cadre de l'aide de la tierce personne qui est versée à la victime par l'assureur-loi.

La cour donne acte à (la défenderesse) de ce qu'elle prendra en charge 20 % de l'aide journalière accordée pour soins et actes de la vie courante sous la réserve que (la demanderesse) produise, pour chaque prestation entrant dans le cadre de ces 20 %, le code INAMI correspondant.

Par ailleurs, il incombe désormais aux parties de s'expliquer quant aux sommes dues et, en particulier, à (la demanderesse) d'actualiser et de justifier le décompte des sommes dont elle réclame le remboursement, le cas échéant au moyen d'un tableau récapitulatif précisant entre autres le type de soins, le code INAMI, la date des soins, la date du paiement, l'identité du bénéficiaire du paiement et la quote-part imputée à (la défenderesse), et ce à la lumière notamment de l'entérinement des conclusions de l'expert par la cour, de l'engagement de

prise en charge formulé par (la défenderesse) et acté par la cour, de la convention d'indemnisation du 3 septembre 2007 qui est basée sur le rapport de consolidation du 30 août 2007 et enfin des sommes déjà versées par (la défenderesse) (soit à (la demanderesse) soit à des tiers) » (arrêt, pp. 19-21).

Griefs

1. En vertu de l'article 136, §2, al. 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, d'une législation étrangère, du régime interne d'une organisation internationale ou supranationale ou du droit commun.

Aux termes de l'article 136, §2, al. 3 de la loi coordonnée, 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, du régime interne d'une organisation internationale ou supranationale ou du droit commun.

Suivant l'article 136, §2, al. 4 de la loi coordonnée, 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, du régime interne d'une organisation internationale ou supranationale ou du droit commun et qui réparent partiellement ou totalement le dommage visé à l'alinéa 1^{er}.

2. En vertu de l'article 24, al. 4 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, tel qu'en vigueur avant modification par la loi du 13 juillet 2006, la victime peut, si son état exige absolument et

normalement l'assistance d'une autre personne, peut prétendre à une allocation complémentaire, fixée en fonction du degré de nécessité de cette assistance, sur la base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel que déterminé pour un travailleur à temps plein, par convention collective de travail conclue au sein du Conseil national du travail.

En vertu de l'article 24, al. 4, de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, après modification par la loi du 13 juillet 2006 et avant modification par la loi du 25 décembre 2016, la victime peut, si son état exige absolument l'assistance régulière d'une autre personne, prétendre à une allocation annuelle complémentaire, fixée en fonction du degré de nécessité de cette assistance sur la base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel que déterminé, au moment où l'incapacité présente le caractère de la permanence, par convention collective de travail conclu au sein du Conseil national du travail pour un travailleur occupé à temps plein âgé d'au moins vingt et un ans et ayant au moins six mois d'ancienneté dans l'entreprise qui l'occupe.

Cet article 24, al. 4 de la loi du 10 avril 1971 dispose actuellement (après modification par la loi du 25 décembre 2016) que la victime peut, si son état exige absolument l'assistance régulière d'une autre personne, prétendre à une allocation annuelle complémentaire, fixée en fonction du degré de nécessité de cette assistance sur la base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel que déterminé, au moment où l'incapacité présente le caractère de la permanence, par convention collective de travail conclu au sein du Conseil national du travail pour un travailleur occupé à temps plein âgé d'au moins dix-neuf ans et ayant au moins six mois d'ancienneté dans l'entreprise qui l'occupe.

En vertu de l'article 28 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, la victime a droit aux soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers.

Ces soins sont distincts de l'assistance dont il est question à l'article 24, alinéa 4, de cette loi.

L'article 1, dernier al., du l'arrêté royal du 17 octobre 2000 fixant les conditions et le tarif des soins médicaux applicable en matière d'accidents du travail, dispose que lorsque la victime séjourne en maison de repos et de soins, l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, visée dans la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est prise en charge au tarif fixé en exécution de cette législation dans la mesure où ces soins et cette assistance sont nécessaires essentiellement en raison de l'accident.

3. En vertu de l'article 34, al. 1^{er}, première phrase, et deuxième phrase, 11^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire de soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les prestations de santé, portant tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs, comprennent entre autres les prestations qui sont fournies par des maisons de soins et de repos agréés par l'autorité compétente.

L'article 37, §12, al. 1^{er}, de cette loi dispose, à la première phrase, que le ministre fixe, sur proposition du Comité de l'assurance, l'intervention pour les prestations visées à l'article 34, 11^o, ainsi que les conditions de cette intervention.

En vertu de l'article 37, §12, al. 2 de cette loi, les personnes bénéficiant des prestations fournies par les structures visées à l'article 34, al. 1^{er}, 11^o ne peuvent prétendre à une intervention de l'assurance soins de santé obligatoire sur la base de la nomenclature des prestations de santé prévue à l'article 35 de la loi, figurant au paquet de soins déterminé par le Roi en exécution de l'article 34, al. 1^{er}, 11^o, sauf exceptions expressément prévues par le Roi.

Suivant l'article 147, §3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire de soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 11°, de la loi coordonnée consiste en une allocation journalière appelée allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.

Pour les maisons de repos et de soins destinés aux patients répondant aux conditions visées à l'article 148 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, l'intervention est fixée de manière forfaitaire conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 4 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées.

En vertu de l'article 148 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, l'allocation visée à l'article 147, §3 est accordée à la maison de repos et de soins pour le bénéficiaire qui

1° ne nécessite plus de surveillance médicale journalière, ni de traitement médical spécialisé permanent, mais qui d'autre part est fortement tributaire à la fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour les actes essentiels de la vie journalière.

2° est soigné par un service ou est admis dans une institution agréée en application de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins et qui a conclu une convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée.

Jusqu'à la date déterminée par le Roi en exécution de l'article 5, § 4, alinéa 1er, de la loi précitée du 27 juin 1978, les institutions, à l'exception de celles qui en sont exemptées par l'arrêté d'exécution, doivent en outre fournir la preuve visée à l'article 5, § 4, alinéa 2 de la même loi;

3° satisfait aux critères d'une des catégories de dépendance suivantes:

- catégorie B: y sont classés les bénéficiaires qui:

- sont dépendants physiquement:

ils sont dépendants pour se laver et s'habiller et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou aller à la toilette;

- sont dépendants psychiquement:

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace et ils sont dépendant pour se laver et/ou s'habiller;

- catégorie C : y sont classés les bénéficiaires qui :

- sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et aller à la toilette et ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger;

- sont dépendants psychiquement (catégorie Cd) :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour incontinence, et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger, ou il s'agit de bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, et qui sont dépendants pour se laver et s'habiller, sont dépendants pour incontinence, et sont dépendants pour les transferts et déplacements, et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.

- catégorie D : y sont classés les bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

L'allocation visée à l'article 147, § 3, est également accordée aux maisons de repos et de soins reprises à l'annexe 3 du protocole du 24 mai 2004, conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant, pour le bénéficiaire qui, suite à un accident aigu (traumatisme crânien sévère, arrêt cardiaque, rupture vasculaire...), suivi d'un coma dont les techniques d'éveil n'ont pu améliorer la situation, a été classé dans la catégorie de dépendance " Cc ", c'est-à-dire qui :

- soit est en état neurovégétatif persistant, à savoir :

1. ne témoigne d'aucune conscience de soi-même ou de l'environnement et est dans l'incapacité d'interagir avec les autres;

2. ne donne aucune réponse maintenue reproductible dirigée volontaire à des stimuli visuels, auditifs, tactiles ou douloureux;

3. ne manifeste aucune forme de langage, que cela soit au niveau de la compréhension ou de l'expression;

4. peut avoir une ouverture occasionnelle, spontanée des yeux, a des mouvements oculaires possibles, pas nécessairement en poursuite;

5. peut présenter un éveil (vigilance sans conscience) intermittent démontré par la présence de cycles de veille/sommeil;

6. a des fonctions hypothalamiques ou tronculaires suffisamment préservées pour permettre une survie avec des soins médicaux et de nursing;

7. n'a pas de réponse émotionnelle aux injonctions verbales;

8. présente une incontinence urinaire et fécale;

9. présente une relative préservation des réflexes crâniens et spinaux, et cela depuis au moins trois mois;

- soit est en état pauci-relationnel (EPR), lequel diffère de l'état neurovégétatif dans la mesure où le sujet manifeste une certaine conscience de lui-même et de son environnement. Il peut parfois être capable d'un geste orienté ou de répondre à quelques stimuli par des pleurs ou des rires, des oui ou non par gestes ou articulation. La présence constante d'un seul de ces signes permet de classer le sujet comme EPR. La dépendance reste totale, avec des déficiences corticales inexplorables, des déficits sensoriels et moteurs massifs.

L'article 147, §1, 1°, 2°, 4°, 5°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12° et 13° de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 prévoit que les prestations visées à l'article 34, 11° de la loi coordonnée comprennent, en ce qui concerne les maisons de repos et de soins :

- les soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier ;
- les prestations de kinésithérapie et de logopédie effectuées par les dispensateurs de soins qualifiés à cet effet ;
- l'assistance dans les actes de la vie journalière et de tout acte de réactivation et intégration sociale, y compris l'ergothérapie ;

- les produits et matériels destinés à prévenir les maladies nosocomiales, ainsi que les produits dont une liste détaillée est établie par le Comité de l'assurance ;
- les missions du médecin coordinateur et conseiller, définies à l'annexe 1, point B, 3, h), de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour ;
- la formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs et la formation complémentaire du personnel en matière de démence ;
- une intervention partielle dans le coût de la gestion et de la transmission des données ;
- le complément fonctionnel pour l'infirmière en chef et le complément de fonction pour l'infirmière en chef et le paramédical en chef ayant au moins 18 ans d'ancienneté ;
- une intervention destinée à encourager l'utilisation de moyens de soins supplémentaires ;
- dans les maisons de repos et de soins reprises à l'annexe 3 du protocole du 24 mai 2004, conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant : à partir du 1er juillet 2004, une intervention destinée à financer des investissements en gros matériel de soins ;
- dans les maisons de repos et de soins hébergeant une moyenne de 25 patients classés dans la catégorie de dépendance C visée à l'article 150 en raison de leur dépendance psychique (catégorie Cd) : le financement d'une personne de référence pour la démence.

Il ressort de cette disposition que les prestations qui sont fournies dans une maison de repos et de soins (et qui donnent lieu au paiement de l'allocation forfaitaire conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003) sont plus larges que l'assistance d'une autre personne au sens de l'article 24, alinéa 4, de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et englobent les soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutique et hospitaliers au sens de l'article 28 de cette loi.

Aucune disposition légale n'interdit le cumul de l'allocation complémentaire prévue par l'article 24, alinéa 4, précité, et le forfait

litigieux (l'allocation journalière appelée allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière).

L'assureur maladie-invalidité dispose partant d'un recours subrogatoire contre l'assureur accidents du travail pour les sommes payées à titre d'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière à la maison de repos et de soins où séjourne la victime de l'accident du travail, et ce même si le bénéficiaire (la victime de l'accident du travail) bénéficie à charge de l'assureur accidents du travail d'une allocation annuelle complémentaire pour l'assistance d'une autre personne au sens de l'article 24, al. 4 de la loi du 10 avril 1971.

4. En décidant que, dans le cadre de l'action subrogatoire formée par la demanderesse contre la défenderesse en récupération des sommes payées à titre d'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, il y a lieu d'établir une ventilation entre les soins médicaux et infirmiers (évalués à 20%, qui sont à prendre en charge par la défenderesse) et les prestations non-médicales déjà forfaitairement couvertes dans le cadre de l'aide de la tierce personne versée à la victime par la défenderesse (évaluées à 80%, qui ne sont pas à charge de la défenderesse), l'arrêt entrepris viole les articles 24, al. 4 (tel qu'en vigueur avant modification par la loi du 13 juillet 2006, tel qu'en vigueur après modification par la loi du 13 juillet 2006 et avant modification par la loi du 25 décembre 2016 et tel qu'en vigueur après modification par la loi du 25 décembre 2016) et 28 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, les articles 34, al. 1, première phrase, et deuxième phrase, 11° et 37, §12 et 136, §2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les articles 147, §§1 et 3, et 148 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, et l'article 1, dernier al., de l'arrêté royal du 17 octobre 2000 fixant les conditions et le tarif des soins médicaux applicable en matière d'accidents du travail.

DEUXIEME MOYEN DE CASSATION

Disposition violée

- l'article 1068, al. 2 du Code judiciaire.

Décision attaquée

Dans son arrêt du 20 février 2023, la cour du travail de Mons dit que l'appel formé par la demanderesse contre les jugements rendus les 15 mars 2013 et 20 décembre 2013 par le tribunal du travail de Tournai, section de Mouscron, n'est pas fondé et confirme les jugements dont appel.

La cour du travail confirme ainsi la décision du tribunal du travail en son jugement du 20 décembre 2013, par laquelle il désigna, avant dire droit au fond quant au surplus de la demande de la demanderesse, un expert avec pour mission de « rechercher tous éléments permettant d'établir une ventilation dans l'allocation journalière pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière versée par la demanderesse à la MRS Home Saint-Joseph pour la prise en charge de la victime Monsieur L. R. entre, d'une part, les soins médicaux et infirmiers incombant à l'assureur-loi et, d'autre part, les prestations non médicales pouvant être dispensées par un personnel non qualifié et déjà forfaitairement couvertes dans le cadre de l'aide de la tierce personne versée à la victime par l'assureur-loi ».

La cour du travail entérine les conclusions de l'expert, entrées au greffe du tribunal en date du 17 mars 2017, en ce que l'expert estime que l'aide journalière accordée pour soins et actes de la vie courante est constituée à 20 % de soins infirmiers et à 80 % de prestations non médicales, dispensées par un personnel non qualifié

et couvertes dans le cadre de l'aide de la tierce personne qui est versée à la victime par l'assureur-loi.

La cour du travail donne acte à la défenderesse de ce qu'elle prendra en charge 20 % de l'aide journalière accordée pour soins et actes de la vie courante sous la réserve que la demanderesse produise, pour chaque prestation entrant dans le cadre de ces 20 %, le code INAMI correspondant.

La cour ordonne la réouverture des débats afin de permettre « aux parties de s'expliquer quant aux sommes dues et, en particulier, à la demanderesse d'actualiser et de justifier le décompte des sommes dont elle réclame le remboursement, le cas échéant au moyen d'un tableau récapitulatif précisant entre autres le type de soins, le code INAMI, la date des soins, la date du paiement, l'identité du bénéficiaire du paiement et la quote-part imputée à la défenderesse, *et ce à la lumière notamment de l'entérinement des conclusions de l'expert par la cour*, de l'engagement de prise en charge formulé par la défenderesse et acté par la cour, de la convention d'indemnisation du 3 septembre 2007 qui est basée sur le rapport de consolidation du 30 août 2007 et enfin des sommes déjà versées par la défenderesse (soit à la demanderesse soit à des tiers) ».

Griefs

1. En vertu de l'article 1068, al. 2, du Code judiciaire, le juge d'appel ne renvoie la cause au premier juge que s'il confirme, même partiellement, une mesure d'instruction ordonnée par le jugement entrepris.

Le juge d'appel qui confirme l'expertise ordonnée par le premier juge, ne peut, dès lors, fonder sa décision sur l'appréciation des résultats de cette expertise dont le premier juge est appelé à connaître.

2. La cour du travail considère que c'est de manière justifiée que le tribunal du travail a, dans le jugement du 20 décembre 2013, ordonné une expertise en invitant l'expert à rechercher tous éléments permettant d'établir une ventilation dans l'allocation journalière pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière versée par la demanderesse à la MRS Home Saint-Joseph pour la prise en charge de la victime, Monsieur A. L.-R., entre, d'une part, les soins médicaux et infirmiers incombant à l'assureur-loi, d'autre part, les prestations non médicales pouvant être dispensées par un personnel non qualifié et déjà forfaitairement couvertes dans le cadre de l'aide de la tierce personne versée à la victime par l'assureur-loi.

La cour du travail déclare l'appel dirigé contre ce jugement du 20 décembre 2013 non fondé et confirme ce jugement.

Ensuite, la cour du travail

- entérine les conclusions de l'expert désigné par le tribunal du travail, en ce qu'il estime que l'aide journalière accordée pour soins et actes de la vie courante est constituée à 20 % de soins infirmiers et à 80 % de prestations non médicales, dispensées par un personnel non qualifié et couvertes dans le cadre de l'aide de la tierce personne qui est versée à la victime par l'assureur-loi ;
- donne acte à la défenderesse, qui accepte les conclusions de l'expert, de ce qu'elle prendra en charge 20 % de l'aide journalière accordée pour soins et actes de la vie courante sous la réserve que la demanderesse produise, pour chaque prestation entrant dans le cadre de ces 20 %, le code INAMI
- ordonne la réouverture des débats afin que les parties s'expliquent à la lumière notamment de l'entérinement des conclusions de l'expert par la cour, quant aux sommes dues.

La cour du travail, tout en confirmant l'expertise ordonnée par le tribunal du travail, fonde ainsi sa décision sur l'appréciation des résultats de cette expertise dont le tribunal du travail est appelé à

connaître. L'arrêt entrepris viole partant l'article 1068, al. 2 du Code judiciaire.

Développements

La demanderesse se réfère

- quant au premier moyen : à l'arrêt de votre Cour du 5 octobre 2020 (S.19.0073.N ; voyez également : C. Persyn, "De nieuwe indicatieve tabel 2020. Menselijke schade op de weegschaal. Samenloop met sociale zekerheid", *Indicatieve Tabel 2020*, Bruges, Die Keure, 2021, n° 39, 124; L. Van Gossum, N. Simar, M. Strongylos et G. Massart, *Les accidents du travail*, Bruxelles, Larcier, 2018, n° 315, 175);
- quant au deuxième moyen : aux arrêts de votre Cour des 7 septembre 2015 (C.14.0226.F), 30 avril 2001 (*Pas.* 2001, n° 244) et 21 février 1997 (*Pas.* 1997, n° 103).

PAR CES CONSIDERATIONS,

L'avocat à la Cour de cassation soussigné conclut pour la demanderesse à ce qu'il Vous plaise, Mesdames et Messieurs, casser l'arrêt entrepris, et renvoyer la cause

- soit, en cas de cassation sur la base du premier moyen de cassation, devant une autre cour du travail ;
- soit, en cas de cassation sur la base du deuxième moyen de cassation, devant le tribunal du travail du Hainaut, division Mouscron, afin qu'il en poursuive le traitement, dépens comme de droit.

Bruxelles, le 20 juin 2023
Pour la demanderesse,
Son conseil,
Bruno Maes