



Numéro du répertoire 2024 /
R.G. Trib. Trav. 33179
Date du prononcé 29 janvier 2024
Numéro du rôle 2011/AL/475
En cause de : B. C. C/ AG INSURANCE S.A.

Expédition

Délivrée à Pour la partie
le € JGR

Cour du travail de Liège

Division Liège

Chambre 3 A

Arrêt

ACCIDENTS DE TRAVAIL, MALADIES PROFES. - accidents du travail
Arrêt contradictoire

Sécurité sociale — accidents du travail — subrogation légale — paiement de l'assureur-loi à l'assuré social et non à la mutuelle — indu — récupération — révision des décisions administratives – effet rétroactif ; L 11-4-1995, art. 17

EN CAUSE :

Monsieur C. B.,

partie appelante,

ayant pour conseil Maître S. S., avocat à 4460 GRACE-HOLLOGNE, et ayant comparu en personne assisté par Maître P. F.,

CONTRE :

La SA AG INSURANCE, anciennement SA FORTIS AG, BCE 0404.494.849, dont le siège est établi à 1000 BRUXELLES, boulevard Emile Jacqmain 53,

partie intimée,

ayant pour conseil Maître V. D., avocat à 4000 LIEGE, et ayant comparu par Maître C. C.

•
• •

INDICATIONS DE PROCEDURE

Vu en forme régulière les pièces du dossier de la procédure à la clôture des débats le 6 novembre 2023, et notamment :

- l'arrêt interlocutoire rendu le 21 juin 2013 par la cour de céans autrement composée (8^e chambre), ordonnant une expertise médicale confiée à l'expert Reznik ;
- l'arrêt interlocutoire rendu le 20 novembre 2015 par la cour de céans autrement composée (8^e chambre), ordonnant une réouverture des débats ;
- l'arrêt interlocutoire rendu le 26 juin 2023 par la cour de céans autrement composée (chambre 3 A), ordonnant une seconde réouverture des débats, et toutes les pièces y visées ;
- les conclusions après réouverture des débats (arrêt du 26/06/2023) de Monsieur B., remises respectivement les 31 août 2023 et 24 octobre 2023 ; son dossier de pièces, remis le 3 novembre 2023 (pas de pièces complémentaires) ;

- les conclusions de synthèse d'appel après seconde réouverture des débats de la SA AG, remises au greffe respectivement les 18 septembre 2023 et 2 octobre 2023.

Les conseils des parties ont plaidé lors de l'audience publique du 6 novembre 2023, au cours de laquelle les débats ont été repris *ab initio* sur les points non encore tranchés, et la cause a été prise en délibéré immédiatement.

I. FAITS ET ANTECEDENTS DE LA PROCEDURE

1.

Pour rappel, le litige porte sur les conséquences indemnissables d'un accident du travail dont Monsieur B. a été victime le 18 octobre 1997. Un taux d'incapacité permanente partielle de 25 % a été fixé par un jugement du 28 juin 2001.

Durant la période du 18 mai 1998 au 30 septembre 2001, Monsieur B. a perçu des indemnités à charge de sa mutuelle.

Dans le cadre de l'exécution du jugement du 28 juin 2001, Monsieur B. a perçu de l'assureur-loi la somme nette de 17 519, 04 EUR, versée en deux fois les 8 octobre et 19 octobre 2001.

Par une citation du 11 avril 2003, Monsieur B. a postulé la révision dudit taux d'incapacité.

Faisant usage de l'instance engagée, le 18 mars 2004, l'assureur-loi a formé une demande reconventionnelle par laquelle il demandait la condamnation de Monsieur B. à lui rembourser les indemnités payées indûment pour la période du 18 mai 1998 au 30 septembre 2001, alors qu'il était indemnisé par son organisme mutuelliste. La mutuelle lui aurait en effet versé 38 872,89 EUR pour la même période. L'assureur-loi ayant payé à Monsieur B. plutôt qu'à la mutuelle les indemnités qui revenaient à l'organisme assureur en vertu d'une subrogation légale, il a admis que la mutuelle était en droit de lui réclamer un second paiement (qui a eu lieu). Par conséquent, l'assureur-loi estime qu'il lui appartient de se retourner contre Monsieur B. par le moyen d'une action en répétition de l'indu.

Le Tribunal du travail de Liège a désigné un nouvel expert qui a estimé qu'il n'y avait aucun élément nouveau attribuable à l'accident ni aucun élément non certainement prévisible à la date du jugement ni durant le délai de révision qui justifierait la révision du taux d'incapacité de 25 %.

Un jugement du 7 juin 2011 entérine le rapport d'expertise et dit la demande en révision non fondée, tout en réservant à statuer sur la demande reconventionnelle de l'assureur-loi.

Monsieur B. a interjeté appel de ce jugement par une requête du 2 septembre 2011. Il demandait de reconnaître une aggravation de son état de santé et avant dire droit de désigner un nouvel expert.

2.

Pour rappel encore :

- dans un premier arrêt du 21 juin 2013, la cour autrement composée, a reçu l'appel et chargé l'expert désigné par le Tribunal d'un complément d'expertise ;
- dans un deuxième arrêt du 20 novembre 2015, la cour autrement composée, a :
 - o entériné le travail global de l'expert (rapports principal et complémentaire) et confirmé le jugement entrepris ;
 - o évoqué la demande reconventionnelle de l'assureur-loi et fixé un calendrier pour la mise en état de cette question ;
- dans un troisième arrêt du 26 juin 2023, la cour autrement composée, a :
 - o dit pour droit que :
 - Monsieur B. a bien reçu de la part de l'assureur-loi la somme de 17 519,04 EUR nets correspondant à un montant de 20 613,96 EUR bruts ;
 - l'action en répétition d'indemnités indues de l'assureur-loi n'est pas prescrite ;
 - le seuil de l'incapacité des deux tiers justifiant l'intervention de la mutuelle n'est atteint qu'en tenant compte des séquelles imputables à l'accident du travail et les indemnités dues par l'assureur-loi auraient dû être versées à la mutuelle et non à Monsieur B. ;
 - o avant de statuer plus avant, ordonné la réouverture de débats pour permettre aux parties de mettre le dossier en état quant à l'application de l'article 17, alinéa 2, de la Charte de l'assuré social selon les indications données dans le corps de l'arrêt ;
 - o réservé à statuer pour le surplus, en ce compris les dépens ;
 - o après avoir considéré que :
« (...) Reste à savoir si la simple erreur de destinataire du paiement peut s'interpréter comme une erreur de droit ou matérielle au sens de l'article 17, si la demande reconventionnelle formée par l'assureur-loi peut s'interpréter comme une révision du dossier, si l'arrêt à intervenir peut constituer une nouvelle décision produisant ses effets à la date à laquelle la décision rectifiée aurait dû prendre effet et si M. B. savait ou aurait dû savoir qu'il n'avait pas droit aux 17.519,04€ versés sur son compte dans le sens de l'arrêté royal du 31 mai 1933 ».

II. POSITION DES PARTIES APRES REOUVERTURE DES DEBATS

3.

En termes de conclusions après réouverture des débats, Monsieur B. sollicite que la cour :

- à titre principal :
 - o dise que l'article 17 de la Charte de l'assuré social trouve à s'appliquer au cas d'espèce ;
 - o dise qu'il n'est pas tenu du remboursement des sommes indûment perçues avant l'arrêt de la Cour du travail du 26 juin 2023 ;
- à titre infiniment subsidiaire :
 - o dise qu'aucun intérêt n'est dû sur les sommes pour lesquelles il serait condamné à l'égard d'AG INSURANCE ;
 - o lui accorde les plus larges facilités de paiement ;
- en toute hypothèse, condamne AG INSURANCE aux dépens liquidés dans le chef du concluant à la somme de 408, 10 EUR.

4.

En termes de conclusions de synthèse d'appel après réouverture des débats, AG INSURANCE sollicite que la cour :

- fasse droit à sa demande reconventionnelle initiée en instance ;
- condamne Monsieur B. à lui payer une somme principale de 17 941,64 EUR à majorer des intérêts depuis la date moyenne du 13 octobre 2001 ou à titre subsidiaire depuis le 18 mars 2004, date du dépôt des conclusions formulant la demande reconventionnelle ;
- statue ce que de droit quant aux dépens.

III. LE FONDEMENT DE L'APPEL

A. PRINCIPES ET DISPOSITIONS APPLICABLES

5.

Selon l'article 17, alinéa 1^{er}, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la charte » de l'assuré social, ci-après dénommée la Charte de l'assuré social, lorsqu'il est constaté que la décision est entachée d'une erreur de droit ou matérielle, l'institution de sécurité sociale prend d'initiative une nouvelle décision produisant ses effets à la date à laquelle la décision rectifiée aurait dû prendre effet, et ce sans préjudice des dispositions légales et réglementaires en matière de prescription.

Ce premier alinéa énonce le principe selon lequel la révision d'une décision erronée est une obligation¹ et ce quelle que soit l'origine de cette erreur².

¹ J.-Fr. LECLERCQ, « Sécurité sociale : stop ou encore? » Discours prononcé lors de l'audience solennelle de rentrée de la Cour de cassation de Belgique le 3 septembre 2007, *J.T.*, 2007, p. 619.

Il énonce également la règle selon laquelle la révision a normalement effet à la date à laquelle la décision révisée aurait elle-même dû prendre effet, c'est-à-dire rétroactivement, sous la seule réserve de la prescription.

6.

L'alinéa 2 de l'article 17 énonce quant à lui que, sans préjudice de l'article 18 de la même loi³, la nouvelle décision produit ses effets, en cas d'erreur due à l'institution de sécurité sociale, le premier jour du mois qui suit la notification, si le droit à la prestation est inférieur à celui reconnu initialement.

Dans cette hypothèse, celle de l'erreur exclusivement imputable à l'institution de sécurité sociale et qui a profité à l'assuré social, il est donc dérogé au principe de la rétroactivité. La décision nouvelle n'a effet que pour l'avenir.

L'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 s'applique non seulement aux décisions de révision et de récupération prises par les organismes de sécurité sociale de droit public mais aussi aux décisions prises par un organisme de droit privé lorsqu'une erreur de droit ou matérielle a été commise par cet organisme. Il violerait les articles 10 et 11 de la Constitution s'il était interprété en sens contraire⁴.

7.

L'alinéa 3 de l'article 17 de la loi du 11 avril 1995 déroge lui-même à l'alinéa 2, et revient dès lors à la règle de l'effet rétroactif de la décision de révision, si l'assuré social sait ou devait savoir, dans le sens de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations, qu'il n'a pas ou plus droit à l'intégralité d'une prestation.

Dans un arrêt du 21 novembre 2017⁵ dont la cour partage l'analyse, la cour de céans, autrement composée, rappelait les éléments suivants :

- cette règle, introduite par la loi du 25 juin 1997 modifiant la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social, a été inspirée par des considérations

² H. MORMONT et J. MARTENS, « La révision des décisions administratives et la récupération de l'indu dans la Charte de l'assuré social » in J.F. NEVEN et S. GILSON (dir.), *Dix ans d'application de la Charte de l'assuré social*, Kluwer, 2007, p. 61

³ Sur l'effet de cet article 18 et le fait qu'il ne déroge en réalité pas à la règle de l'article 17, alinéa 2, voy. Cass., 6 mai 2002, *Pas.*, p. 1078.

⁴ Cr. Constit., 21 décembre 2005, n° 196/2005; J. MARTENS, « La Charte de l'assuré social, le privilège du préalable et la décision administrative 'exécutoire'. Commentaire de l'arrêt n° 196/2005 rendu par la Cour d'arbitrage le 21 décembre 2005 », *Chr. D.S.*, 2006, p. 57.

⁵ RG 2016/AN/148

- budgétaires et par la volonté de réserver le bénéfice de la non-rétroactivité aux assurés sociaux de bonne foi⁶ ;
- cette disposition ne requiert pas de la part de l'assuré social concerné des manœuvres frauduleuses⁷ ou un dol spécial – c'est-à-dire une intention particulière⁸ – dont l'exigence serait difficile à concilier avec les termes « devait savoir » puisque ceux-ci permettent d'englober des hypothèses dans lesquelles l'assuré social n'a même pas connaissance de l'indu. Pour que l'article 17, alinéa 3, soit applicable, il suffit, mais il faut, que l'assuré social ait su ou dû savoir qu'il n'avait pas ou plus droit aux prestations (ou à la part des prestations) accordées par erreur⁹ ;
 - au plan de la charge de la preuve, il incombe à l'assuré social qui entend se prévaloir de l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 d'établir les éléments de fait qui commandent son application ;
 - à l'inverse, eu égard à son caractère d'exception à la règle précitée, mais aussi au fait que la bonne foi est présumée et que le renvoi qu'opère l'article 17, alinéa 3, vise une norme de nature pénale, c'est à l'institution de sécurité sociale qu'il incombe de prouver les circonstances de fait qui justifient l'application de ce troisième alinéa¹⁰.

8.

Conformément à l'article 2, alinéa 1^{er}, 2^o, de la Charte de l'assuré social, l'organisme de droit privé agréé pour collaborer à l'application de la sécurité sociale pour la branche des allocations d'accidents de travail constitue une institution coopérante de sécurité sociale, partant, une institution de sécurité sociale, pour l'exécution et l'application de ladite charte. L'entreprise d'assurances auprès de laquelle l'employeur souscrit l'assurance contre les accidents du travail conformément à l'article 49 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, qui satisfait aux règles et conditions visées par cette loi, constitue une institution de sécurité sociale.

Conformément à son article 2, alinéa 1^{er}, 8^o, l'acte juridique unilatéral de portée individuelle émanant d'une institution de sécurité sociale et qui a pour but de produire des effets juridiques à l'égard d'un ou de plusieurs assurés sociaux est une décision, pour l'exécution et l'application de la charte¹¹.

B. APPLICATION EN L'ESPECE

⁶ *Doc.Parl.Chambre*, Session 1996-1997, 907/1-Exposé des motifs, p. 15; voy aussi: H. MORMONT et J. MARTENS, *op. cit.*, p. 69 et C. trav. Bruxelles, 23 juin 2005, R.G.: 40.587, juridat.

⁷ C. trav. Liège, 14 septembre 2009, R.G. : 34.941/2007, juridat.

⁸ Voy. G. Cornu, *Vocabulaire juridique*, PUF-Quadrige, 4^e éd., v^o Dol.

⁹ Pour des cas d'application en jurisprudence, voy. H. MORMONT et J. MARTENS, *op. cit.*, pp. 69-71.

¹⁰ H. MORMONT, « La charge de la preuve dans le contentieux judiciaire de la sécurité sociale », *R.D.S.*, 2013, p. 386; voy. aussi: S. GILSON et J.F. NEVEN, « La Charte de l'assuré social à la lumière de la jurisprudence » in J. CLESSE et F. KEFER (dir.), *Questions de droit social*, CUP, 2007, vol. 94, p. 113 ; M. PALUMBO et P. KALLAÏ, « Lorsque l'indu n'est pas dû : les obstacles à la répétition de l'indu par l'institution de sécurité sociale », observations sous C. constit., 20 janvier 2010, *J.L.M.B.*, 2011, p. 1417 et comp. Cass., 12 décembre 2005, *Chr.D.S.*, 2007, p. 466.

¹¹ Dispositions rappelées dans l'arrêt de la Cour de cassation du 20 mai 2019, S.17.0053.F/4

1. De l'erreur visée à l'article 17, alinéa 2, de la Charte de l'assuré social et du paiement

9.

Monsieur B. soutient qu'en effectuant spontanément les paiements litigieux en octobre 2001, l'assureur-loi a méconnu les mécanismes de subrogations légales s'imposant à lui alors qu'il ne pouvait ignorer que Monsieur B. avait bénéficié d'indemnités versées par sa mutuelle (une expertise médicale a été diligentée dans le cadre de la procédure) et n'a à aucun moment interpellé Monsieur B. pour s'assurer de la non-intervention d'une mutuelle en sa faveur, pas plus que la mutuelle elle-même.

10.

AG INSURANCE soutient que l'article 17, alinéa 2, de la Charte de l'assuré social ne peut s'appliquer, à défaut dans son chef d'avoir pris une décision erronée et devant être rectifiée puisque sa seule erreur est d'avoir mal exécuté un jugement, et ce, sans prendre le moindre acte juridique unilatéral de portée individuelle ayant pour but de produire des effets juridiques à l'égard de Monsieur B.

11.

En l'espèce, la cour considère que les paiements erronés réalisés en octobre 2011 par AG INSURANCE en faveur de Monsieur B., même s'ils n'ont pas fait l'objet d'une décision écrite, résultent bien d'une décision implicite et non d'une erreur purement matérielle, telle qu'un mauvais numéro de compte. Rien ne permet en l'espèce de retenir cette dernière hypothèse. Dans ces circonstances, le paiement est un acte juridique impliquant une décision, fût-elle implicite.

Il y a donc bien eu une décision erronée – devant être rectifiée – prise par AG INSURANCE et l'indu litigieux est bien la conséquence de cette décision. En outre, cette erreur est bien imputable à AG INSURANCE.

2. De la demande reconventionnelle et de la notion de révision

12.

Par ailleurs, AG INSURANCE soutient qu'il ne pourrait être considéré que la demande reconventionnelle formulée constituerait une révision du dossier au sens de la Charte (tout comme la présente décision).

13.

Monsieur B. soutient quant à lui qu'en formant sa demande de récupération d'indu, AG INSURANCE prend une nouvelle décision visant à revoir les prestations octroyées à la suite d'un examen de la légalité des prestations qui lui ont été payées et que les dispositions de l'article 17 de la Charte de l'assuré social s'appliquent à toutes décisions destinées à rectifier

une erreur – de droit ou matérielle – dont est entachée une décision d'institution de sécurité sociale, y compris une décision de récupération d'indu.

14.

En l'espèce, la cour considère qu'en présence d'une décision devant être rectifiée, AG INSURANCE a pris, parallèlement à sa demande reconventionnelle (volet de la procédure judiciaire) et implicitement, une décision de rectification, au sens de l'article 2, 8°, de la Charte de l'assuré social, visant à obtenir de Monsieur B. le remboursement de cet indu (volet de la procédure administrative).

Implicitement, cette décision de récupération comporte la décision rectificative ou de révision énonçant que Monsieur B. n'avait pas droit à cette somme¹², outre la décision visant à obtenir le remboursement de cette somme, qui est en l'espèce également formulée dans le cadre de la procédure judiciaire.

15.

Il n'est donc nullement question d'appliquer la Charte de l'assuré social aux procédures judiciaires et aux décisions prises dans ce cadre comme le soutient AG INSURANCE. Mais bien aux décisions prises par AG INSURANCE au sens de l'article 2, 8°, de la Charte de l'assuré social, même si ces décisions ont été prises implicitement et parallèlement à l'introduction de la demande reconventionnelle.

3. Application ou non de l'article 17, alinéa 3, de la Charte de l'assuré social

16.

Enfin, AG INSURANCE estime qu'elle est en droit de se prévaloir de l'application de l'article 17, alinéa 3, de la Charte de l'assuré social considérant que :

- Monsieur B. a reçu, de sa part, la somme de 20 613,96 EUR (dont une partie a été versée pour compte de Monsieur B. aux administrations fiscales et sociales) mais également, de la part de sa mutuelle, une somme de 38 872,89 EUR ;
- par conséquent, Monsieur B. ne pouvait ignorer avoir été indemnisé deux fois du même dommage et ce d'autant plus qu'il était représenté par un avocat dans le cadre de la procédure initiale.

17.

Monsieur B. considère que AG INSURANCE ne rapporte pas la preuve de ce qu'il savait ou aurait dû savoir qu'il ne pouvait cumuler les indemnités en loi et en assurance maladie-invalidité.

18.

Quant à la question de savoir si AG INSURANCE démontre que Monsieur B. savait ou devait savoir qu'il avait été indemnisé deux fois du même dommage (par la perception

¹² Voy. en ce sens : « Un fait constitue-t-il une "décision" ? », H. FUNCK, Chron. D.S., 2016, pp. 235 et 236

parallèlement de ses indemnités de mutuelle pour la période du 18 mai 1998 au 30 septembre 2001 et des sommes versées par AG INSURANCE en octobre 2001) et que ce cumul était interdit, il ressort des éléments soumis à l'appréciation de la cour que :

- il a été dit pour droit dans l'arrêt interlocutoire du 26 juin 2023 que :
 - o Monsieur B. a perçu d'AG INSURANCE la somme nette de 17 519, 04 EUR, versée en deux fois les 8 octobre et 19 octobre 2001 ;
 - o Monsieur B. a reçu de sa mutuelle ses indemnités couvrant la période du 18 mai 1998 au 30 septembre 2001 ;
- les versements de la mutuelle et les versements d'AG INSURANCE n'étaient donc pas concomitants ;
- c'est à la suite d'un jugement rendu par le tribunal du travail le 28 janvier 2001 qu'AG INSURANCE verse à tort en octobre 2001 la somme nette de 17 519, 04 EUR à Monsieur B. ;
- ce n'est que dans le cadre d'une action en révision introduite devant le tribunal du travail en 2003 que, le 18 mars 2004, soit plus de 3 ans après l'erreur, AG INSURANCE profite de cette procédure pour introduire une demande reconventionnelle en paiement d'indu ;
- la lecture de l'arrêt interlocutoire du 26 juin 2023 permet de percevoir les difficultés avec lesquelles les parties, puis la cour, près de 20 ans plus tard, ont tenté de refaire les comptes ;
- AG INSURANCE ne dépose aucun courrier de sa part ou de la mutuelle par lesquels les versements effectués en 2001 auraient été annoncés et précisés, ni aucun extrait de compte mentionnant une quelconque communication ;
- Monsieur B. explique que :
 - o dans le cadre de la procédure judiciaire relative à la contestation de l'indemnisation primaire il est passé d'un taux de 4 à 8 % au début de la procédure judiciaire à 25 % *in fine*, qu'il ne comprenait pas grand-chose à ces procédures et n'avait aucune idée de ce que ces taux représentaient financièrement, qu'il ne s'est pas rendu compte qu'AG INSURANCE se trompait dans l'exécution du jugement du 28 janvier 2001 ;
 - o il a reçu à la même époque de son employeur des compléments de salaire liés à l'accident de travail et il a pensé que les sommes perçues représentaient ces montants ;
 - o suite à l'accident du travail, il a eu des difficultés psychologiques et a été aidé par son épouse pour gérer son administratif, mais que cela était très compliqué.

19.

La législation sociale présente un degré de technicité tel qu'il ne peut pas être attendu d'un assuré social normalement prudent et diligent d'en connaître tous les détails et arcanes.

En l'espèce, suite à l'accident du travail dont il a été victime le 18 octobre 1997, Monsieur B. a été confronté à une procédure administrative puis judiciaire longue et ardue. Il ne peut

être considéré que Monsieur B. connaissait de façon évidente les sommes qui lui étaient dues.

Le fait que AG INSURANCE qui est un assureur-loi rodé à l'application de la législation ait commis une erreur et l'ait laissé perdurer plusieurs années avant d'introduire sa demande reconventionnelle, dans le cadre d'une procédure ayant un objet différent que la cause de l'indu, est de nature à laisser envisager qu'un assuré social ordinaire pouvait également ne pas s'apercevoir de cette erreur.

20.

Compte tenu de l'ensemble des éléments relevés au point qui précède, pris conjointement, il n'est pas établi par AG INSURANCE que Monsieur B. savait ou devait savoir au sens de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations, qu'il n'avait pas droit aux sommes que AG INSURANCE lui a versées pendant la période en litige.

L'article 17, alinéa 3, de la loi du 11 avril 1995 n'était donc pas d'application.

21.

Il en résulte que, conformément à l'article 17, alinéa 2, de la Charte de l'assuré social, AG INSURANCE n'était pas autorisée à réviser son octroi antérieur (soit les paiements d'octobre 2001) avec un effet rétroactif et, partant, à récupérer un indu résultant exclusivement d'une telle révision.

La demande reconventionnelle est donc non fondée.

22.

Les parties ne critiquent pas le jugement en ce qu'il a statué sur les dépens d'instance.

Le jugement subsiste donc à cet égard.

23.

Sauf s'il existe un accord procédural sur le montant de l'indemnité de procédure ou un motif ou une demande de dérogation au montant de base de l'indemnité de procédure, il appartient au juge de déterminer d'office le montant de base correct de l'indemnité de procédure en appliquant les dispositions du barème des indemnités de procédure¹³, et ce, même si ce montant est supérieur ou inférieur au montant postulé¹⁴.

¹³ Cass. 13 janvier 2023, C.22.0158.N, www.juportal.be (traduction libre de la Cour de céans).

¹⁴ Cass. 15 juin 2007, C.05.0483.N, www.juportal.be

Ce faisant, le juge ne méconnaît pas le principe dispositif, le relevé des dépens visé par l'article 1021 du Code judiciaire ne constituant pas une chose demandée ou une demande au sens de l'article 1138, 2°, du même Code¹⁵.

24.

Dans les matières visées par l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire ou des dispositions sectorielles analogues, il y a lieu de considérer que c'est toujours l'institution de sécurité sociale, ou l'institution coopérante de sécurité sociale, qui succombe, sauf en cas de recours téméraire et vexatoire.

AG INSURANCE doit donc être condamnée aux dépens d'appel, liquidés au dispositif du présent arrêt.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

Après en avoir délibéré et statuant publiquement et contradictoirement,

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire et notamment son article 24 dont le respect a été assuré,

Complétant ses arrêts des 21 juin 2013, 20 novembre 2015 et 26 juin 2023 et vidant sa saisine,

Statuant par évocation,

Dit la demande reconventionnelle introduite par AG INSURANCE dans ses conclusions d'instance non fondée.

Délaisse à AG INSURANCE ses propres dépens d'appel et la condamne aux dépens de Monsieur B., liquidés à la somme de 408,10 EUR et indexés par la cour à la somme de 437,25 EUR à titre d'indemnité de procédure d'appel.

¹⁵ Cass. 15 juin 2007, C.05.0483.N, www.juportal.be

Ainsi arrêté et signé avant la prononciation par :

H. R., Conseiller faisant fonction de Président,
C. V., Conseiller social au titre d'employeur,
S. K., Conseiller social au titre de travailleur ouvrier,
Assistés de N. P., Greffier,

Lesquels signent ci-dessous excepté Madame C. V., Conseiller social au titre d'employeur,
qui s'est trouvée dans l'impossibilité de le faire (article 785 du Code judiciaire).

Le Greffier

le Conseiller social

le Président

et prononcé, en langue française à l'audience publique de la 3-A Chambre de la Cour du travail de Liège, division Liège, au Palais de Justice, Annexe Sud du Palais de Justice, Place Saint-Lambert 30 à 4000 LIEGE, le **29 janvier 2024**, par :

H. R., Conseiller faisant fonction de Président,
Assistée de N. P., Greffier.

le Greffier

le Président