



Numéro du répertoire 2020 /
R.G. Trib. Trav. 17/117/A
Date du prononcé 12 février 2020
Numéro du rôle 2018/AU/96
En cause de : CPAS D'ARLON C/ ANMC

Expédition

Délivrée à Pour la partie
le € JGR

Cour du travail de Liège

Division Neufchâteau

Chambre 8-A

Arrêt

ACCIDENTS DE TRAVAIL, MALADIES PROFESSIONNELLES - accidents
du travail
Arrêt contradictoire
Définitif

+ Accidents du travail (secteur public) - proposition de règlement – accord entre la victime et le débiteur de la réparation – action subrogatoire de l'organisme mutuelliste – inopposabilité de l'accord – action recevable – confirmation du jugement ordonnant une expertise

Art. 136 § 2 L. coord. 14/07/1994

EN CAUSE :

LE CPAS D'ARLON, dont les bureaux sont établis à 6700 ARLON, Rue Godefroid Kurth 2/1,

Partie appelante, représentée par Maître Vincent NEUPREZ, avocat à 4000 LIEGE, Quai de Rome 2.

CONTRE :

1. **L'ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES, en abrégé ANMC**, dont les bureaux sont établis à 1031 SCHAERBEEK, Chaussée de Haecht 579/40, inscrite à la Banque Carrefour des Entreprises sous le numéro 0411.702.543,

Partie intimée, représentée par Maître Aude HUART, avocate, qui se substitue à Maître Jean-Christian WITTAMER, avocat à 6700 ARLON, rue des Martyrs 19,

2. **Monsieur O.**

Partie intimée, ci-après dénommé Monsieur O., ne comparaisant pas.

•
• •

INDICATIONS DE PROCEDURE

Vu le jugement entrepris, rendu contradictoirement entre parties le 11 septembre 2018 par le tribunal du travail de Liège, division Arlon, 2^e chambre (R.G. 17/117/A),

Vu la requête d'appel reçue au greffe de la cour le 20 décembre 2018,

Vu les conclusions prises pour le CPAS d'Arlon et pour l'ANMC,

Entendu les conseils du CPAS de Arlon et de l'ANMC à l'audience publique du 11 décembre 2019, à laquelle Monsieur O. n'était pas présent ni représenté.

I.- ANTÉCÉDENTS

- 1.** Monsieur O. a travaillé en qualité d'ouvrier polyvalent pour le CPAS d'Arlon du 10 mai 2012 au 8 mai 2014 dans le cadre de l'article 60 § 7 de la loi organique des CPAS (loi du 8.07.1976).
- 2.** Le 13 juin 2013, il a été victime d'un accident du travail. A l'issue de la procédure administrative, le MEDEX a, dans des conclusions du 9 septembre 2014, estimé que le cas était consolidé le 1^{er} juin 2014, avec une incapacité permanente de travail de 15 %.
- 3.** Par courrier recommandé du 1^{er} octobre 2014, le CPAS d'Arlon a adressé à Monsieur O. une proposition de règlement sur la base de la décision du MEDEX, proposition que Monsieur O. a acceptée le 6 octobre 2014.
- 4.** Par un courrier du 22 octobre 2014, ETHIAS a informé l'ANMC de cette indemnisation et lui a demandé si elle entendait user de son droit de subrogation.
- 5.** Par courrier du 27 octobre 2014, l'ANMC a fait savoir que ses débours en indemnités s'élevaient à 829,23 € et en a réclamé le remboursement sur la base de l'article 136, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Cette somme correspond à la rente de 15 % pour la période du 2 juin 2014 (lendemain de la consolidation) au 31 octobre 2014 (fin du mois dans le cours duquel ETHIAS a informé l'ANMC de la consolidation), qui avait été prise en charge par l'ANMC dans le cadre du paiement de l'incapacité temporaire. ETHIAS a remboursé cette somme le 28 novembre 2014, ainsi que divers frais.
- 6.** Le 7 novembre 2014, le CPAS d'Arlon a pris une décision d'octroi d'une rente viagère annuelle en faveur de Monsieur O., notifiée par un courrier daté du 13 novembre 2014 et adressé par recommandé du 17 novembre 2014.

Depuis, Monsieur O. est indemnisé sur cette base. Il perçoit en outre une indemnité mensuelle versée par l'ANMC.
- 7.** Par courrier du 5 décembre 2014 adressé à ETHIAS, l'ANMC a contesté le taux de l'IPP retenu (15%) ainsi que la date de consolidation. L'ANMC a également demandé la prise en charge de soins de santé repris dans un relevé.

8. Par courrier du 14 janvier 2015, ETHIAS a fait valoir :

- que la détermination du taux d'IP et de la date de consolidation sont du ressort du service médical compétent déterminé par l'employeur,
- que la victime a marqué son accord sur le taux d'IPP et sur la date de consolidation, et que ces éléments ont été officialisés par le CPAS d'Arlon,
- que les périodes d'incapacité depuis la consolidation doivent être considérées comme des périodes de maladie, et que la jurisprudence est unanime à ce sujet.

9. A nouveau interpellée par l'ANMC (courriers des 3 mars et 9 juillet 2015), ETHIAS a communiqué le 7 août 2015, à titre de jurisprudence, un jugement du tribunal du travail de Bruxelles du 27 avril 2007.

10. Les échanges de courriers ultérieurs n'ont pu déboucher sur un accord.

11. Par citation du 10 mars 2017, l'ANMC entend exercer son droit de subrogation et fait valoir que l'accord de Monsieur O. sur la proposition du MEDEX ne lui est pas opposable. Elle demande avant-dire-droit la désignation d'un médecin expert. Elle réclame en outre le paiement d'une somme provisionnelle de 2.077,81 € sur la base d'un relevé de prestations de soins de santé.

L'action est également dirigée à l'encontre de Monsieur O. uniquement afin que celui-ci « permette par sa présence l'exécution de l'expertise sus-indiquée ».

II.- LE JUGEMENT ENTREPRIS

12. Par jugement du 11 septembre 2018, le tribunal a déclaré la demande recevable, considérant que le débiteur de la réparation ne peut se prévaloir de stipulations d'une convention qu'il aurait conclue avec la victime sans l'accord de l'organisme assureur.

Il a considéré que le litige était d'ordre exclusivement médical et a désigné le docteur DE GREIFT en qualité d'expert-médecin. Celui-ci a ensuite été remplacé par le docteur MONS DELLE ROCHE (ordonnance du 26 septembre 2018).

III.- L'APPEL

13. Le CPAS d'Arlon demande à la Cour :

- de réformer le jugement dont appel en ce qu'il reçoit la demande de l'ANMC et en ce qu'il ordonne une expertise,
- de dire la demande de l'ANMC en remboursement de ses débours non fondée,
- de condamner l'ANMC aux dépens liquidés comme suit :

- dépens d'instance : 262,37 €
- dépens d'appel : 349,80 €
- éventuels frais d'expertise.
- de délaisser à l'ANMC ses frais de citation,
- de statuer ce que de droit quant au surplus,
- à titre infiniment subsidiaire, de réserver à statuer quant aux débours listés par l'ANMC.

14. L'ANMC demande la confirmation du jugement. Elle demande que la cause soit renvoyée devant le premier juge et que le CPAS d'Arlon soit condamné aux dépens d'appel.

IV.- RECEVABILITÉ DE L'APPEL

15. L'appel est régulier quant à la forme et au délai.

V.- POSITION DES PARTIES

Position du CPAS d'Arlon

16. La position du CPAS d'Arlon peut être résumée comme suit :

- la procédure administrative et médicale organisée par l'arrêté royal du 13 juillet 1970¹ a été suivie ;
- Mr O. ayant marqué son accord sur la proposition d'indemnisation, la procédure a abouti à une décision en première évaluation coulée dans un acte de l'autorité, notifié par recommandé à Mr O., et cet acte s'impose à tous, y compris à l'ANMC ;
- la notification de cette décision fait courir le délai de révision de 3 ans, conformément à l'article 11 de l'arrêté royal du 13 juillet 1970 ;
- par conséquent, au jour de la citation de l'ANMC, soit le 10 mars 2017, la seule action qui était ouverte à Mr O. était une action en révision, telle que visée par l'article 11 précité ; Mr O. n'a toutefois pas fait usage de cette possibilité dans le délai de révision (délai préfix), lequel expirait le 13 novembre 1970 ;
- les conditions légales permettant à l'ANMC d'user de son droit de subrogation ne sont pas réunies : il n'est pas établi que les obligations d'information vis-à-vis de l'organisme assureur que l'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 impose à l'assuré social ont été respectées ;

¹ 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 l'hypothèse où il serait démontré que l'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité aurait été respecté (quod non), l'article 136, § 2, de la loi coordonnée ne s'applique pas au cas d'espèce pour la période postérieure au 22 octobre 2014 :
 - d'une part, à partir de cette date, l'ANMC n'est plus intervenue à titre d'avances provisoires, Mr O. étant indemnisé par le CPAS d'Arlon dans le cadre de la loi du 3 juillet 1967 relative aux accidents du travail dans le secteur public ;
 - d'autre part, l'ANMC, subrogée dans les droits de son affilié, ne dispose ni de plus ni de moins de droits que Mr O. ; or, seule l'action en révision lui était ouverte ;
 - l'ANMC est donc intervenue sur les bases légales qui lui sont applicables et de sa propre initiative, non dans le cadre d'une quelconque subrogation ;
 - il ne saurait en être autrement au risque de priver de tout effet juridique une décision administrative, seule source de droit à la rente due à Mr O., prise conformément aux dispositions d'ordre public applicables en la matière ;

- l'article 136, § 2, alinéa 5, de la même loi ne s'applique pas au présent cas :
 - Mr O. ne fait état d'aucun vice de consentement ni d'aucune violation de la loi du 3 juillet 1967 qui permettrait d'annuler l'accord intervenu ;
 - il n'est pas envisageable qu'un tiers à cet accord, pour des raisons financières qui lui sont propres, puisse le remettre en cause ;
 - l'accord donné par Mr O. à la proposition de règlement du CPAS d'Arlon ne constitue pas une convention au sens de l'article 136, § 2, alinéa 5 de la loi coordonnée : dans cette disposition, le terme « convention » vise l'accord ou la transaction entre la victime de l'accident et le tiers responsable du dommage, car c'est cet accord ou cette transaction qui, par sa simple conclusion, ouvre un droit à réparation ; la jurisprudence et la doctrine en la matière visent exclusivement une transaction intervenue entre la victime de l'accident et le tiers responsable ;
 - en l'espèce, ce n'est pas l'accord de Mr O. sur la proposition de règlement qui lui ouvre le droit à une indemnisation mais la décision de l'autorité administrative prise en conformité avec l'article 10 de l'arrêté royal du 13 juillet 1970 ;
 - cet accord n'est donc pas une convention au sens de l'article 136, § 2, alinéa 5 mais n'est qu'une étape qui doit être obligatoirement franchie pour permettre d'aboutir à une décision administrative, seule source de droit.

Position de l'ANMC

17. L'ANMC fait pour l'essentiel valoir ce qui suit :

- suite à son accident, Mr O. n'a jamais pu reprendre son travail en raison des douleurs qu'il ressentait au moindre mouvement du bras ;
- le taux de 15% fixé par le MEDEX est exceptionnellement bas compte tenu du fait que Monsieur O. n'a jamais récupéré les capacités physiques suffisantes pour reprendre son activité professionnelle ;
- la date de consolidation a été fixée trop tôt ;
- l'incapacité à reprendre le travail est imputable à l'accident de travail ;
- l'accord de Mr O. sur la proposition d'indemnisation fait naître une convention qui n'est pas opposable à l'organisme assureur (article 136 § 2 de la loi coordonnée) ;
- Monsieur O. a signalé son accident de travail à sa mutualité locale (Mutualité Chrétienne luxembourgeoise) qui a ensuite relayé l'information aux services (nationaux) de l'Alliance ; elle a été en l'espèce dûment informée, peu importe comment, l'article 295 §2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 n'exige pas que l'information soit donnée via un document, elle peut l'être d'autre manière.
- que les examens médicaux qu'elle a fait réaliser indiquent tous de manière précise et concordante que la situation médicale de la victime n'était pas en état d'être consolidée à la date retenue par le MEDEX ;
- les rapports qu'elle dépose remettent clairement en cause le rapport du MEDEX, il est donc nécessaire de procéder, avant-dire-droit, à une expertise judiciaire afin de fixer les incapacités dont fut atteint Monsieur O.

VI.- APPRÉCIATION

1) Le cadre juridique

- *La procédure administrative : l'arrêté royal du 13 juillet 1970*

18. La procédure de détermination de l'incapacité de travail est organisée par le chapitre IV 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.

Les dispositions de cet arrêté organisent la procédure comme ceci :

- l'accident est déclaré suivant les formes prévues (articles 6 et 7),
- le service médical (administration de l'expertise médicale - MEDEX) intervient notamment pour fixer la date de consolidation et le pourcentage de l'incapacité permanente de travail résultant des lésions physiologiques occasionnées par l'accident (article 8),
- le service médical notifie à l'autorité sa décision qui consiste soit en l'attribution d'un pourcentage d'incapacité permanente, soit en une guérison sans incapacité permanente (article 9, § 3, alinéa 1er),

- lorsque l'accident entraîne un pourcentage d'incapacité permanente, l'autorité vérifie si les conditions d'octroi des indemnités sont réunies; elle 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 ou à ses ayants droit le paiement d'une rente. Cette proposition mentionne la rémunération servant de base au calcul de la rente, la nature de la lésion, la réduction de capacité et la date de consolidation (article 9, § 2, alinéa 3),
- en cas d'accord de la victime, la proposition est reprise dans une décision de l'autorité ; cette décision est notifiée à la victime ou à ses ayants droit sous pli recommandé à la poste (article 10).

19. Une demande en révision peut être introduite dans les trois ans à dater de la notification de la décision ou d'une décision coulée en force de chose jugée (article 11).

- La loi du 3 juillet 1967

20. L'article 19, alinéa 1^{er}, de 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, dispose :

« Toutes les contestations relatives à l'application de la présente loi, y compris celles qui concernent la fixation du pourcentage de l'incapacité de travail permanente, sont déférées à l'autorité judiciaire compétente pour connaître les actions relatives aux indemnités prévues par la législation sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. »

21. Les actions en paiement des indemnités se prescrivent par trois ans à dater de la notification de l'acte juridique administratif contesté (article 20 de la loi du 3 juillet 1967).

22. Aux termes de l'article 17, § 2, de la loi du 3 juillet 1967, « toute convention contraire aux dispositions de la présente loi est nulle de plein droit. »

- L'action subrogatoire de l'organisme assureur : l'article 136, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

23. L'article 136, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dispose :

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

commun sont inférieures aux prestations de l'assurance, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de l'assurance.

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

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

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 1er.

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.
(...). »²

24. La Cour de cassation a affirmé à plusieurs reprises que, lorsque l'organisme assureur agit contre le débiteur de la réparation, il n'exerce pas une action distincte de celle de la victime mais, par une demande distincte, il intente l'action en paiement des indemnités de la victime elle-même (voir les arrêts cités par J.-P. Jansens et N. Malmendier, « Article 76 quater, § 2 de la loi du 9 août 1963. Interdiction du cumul et droit de subrogation », *R.D.S.*, 1994, p. 130).

25. L'organisme assureur peut notamment intenter une action aux côtés de la victime contre l'assureur-loi lorsque celui-ci procède à la consolidation des lésions alors que le médecin-conseil de l'organisme assureur estime qu'elles ne sont pas consolidées. Il peut aussi agir lorsque l'indemnisation par l'assureur-loi est inférieure aux prestations de l'assurance maladie invalidité et que son médecin conseil estime que le taux d'incapacité reconnu par l'assureur-loi est insuffisant (F. Falez, « Le recours des organismes assureurs contre l'assureur-loi », *1903-2003. Accidents du travail: cent ans d'indemnisation*, Colloque organisé le 5 décembre 2003 par la Faculté de droit de l'ULB Série 'Collection de la Faculté de droit de l'Université Libre de Bruxelles', n° 47, Bruxelles, Bruylant, p. 270-271).

26. L'action subrogatoire contre l'assureur-loi peut être intentée en dehors de la présence de la victime, ou conjointement avec elle (O. De Leye, « Les actions subrogatoires de l'organisme assureur contre l'assureur-loi », *J.T.T.*, 1994, p. 185).

27. L'organisme assureur peut aussi exercer l'action en révision (C. trav. Bruxelles, 21 décembre 1987, *Chr.D.S.*, 1989, 229 ; voir V. Delfosse, B. Graulich et N. Simar, *Actualités du droit*, 1993/4, p. 751 et suiv. ; P. Jansens et N. Malmendier, article cité, *R.D.S.*, 1994, p. 130).

² Souligné par la Cour.

28. L'action subrogatoire peut entraîner des expertises judiciaires, l'organisme assureur subrogé ayant intérêt à faire la lumière sur le dommage à réparer par une autre législation. Il a été jugé que la victime ne pouvait pas refuser de subir cette expertise, car en revendiquant les indemnités d'incapacité de travail, elle contracte l'obligation de permettre à l'organisme assureur d'exercer son droit de subrogation (Ph. Gosseries, « L'interdiction du cumul de la réparation pour même dommage selon l'article 70, § 2, de la loi du 9 août 1963 », *J.T.T.*, 1989, p. 172, n° 14, et l'arrêt cité à la note 22).

29. Un accord, même homologué par le tribunal du travail, intervenu entre la victime d'un accident du travail et l'assureur-loi, est inopposable à l'organisme d'assurance maladie-invalidité (Cass., 12 juin 1986, *Pas.*, I, 1263 et *R.W.*, 1986-87, 1482 ; voir Ch. Persyn, « Problemen bij samenloop van vergoedingsregelingen : het gemene recht, arbeidsongevallen en ziekteverzekering », *R.W.*, 1990-91, n° 9, p. 289, note 176).

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 CPAS d'Arlon, débiteur de la réparation. En application de l'article 136, § 2, alinéa 5 de la loi coordonnée, cette convention est inopposable à l'ANMC. 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 CPAS 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 CPAS n'est pas plus opposable à l'ANMC que la convention elle-même. La Cour 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 de l'ANMC recevable. En effet, l'accord n'étant pas opposable à l'ANMC, celle-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 l'ANMC 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 l'ANMC 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 CPAS n'étant pas opposable à l'ANMC, l'on ne peut à ce stade considérer que le dommage pour lequel l'ANMC intervient encore actuellement est déjà réparé. Ce n'est que si l'action de l'ANMC est déclarée 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 qui 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 § 1er, 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 § 1er, 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 CPAS 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 l'ANMC (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 Monsieur O.

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.

La Cour relève d'ailleurs qu'ETHIAS a déjà accepté de rembourser des prestations à l'ANMC 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 CPAS d'Arlon 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.

37. En cas de confirmation d'un jugement ordonnant une mesure d'instruction, la cause doit être renvoyée au premier juge (article 1068, al. 2 du Code judiciaire).

Il y a donc lieu de renvoyer la cause au tribunal du travail.

38. En ce qui concerne les frais d'expertise, le CPAS d'Arlon estime que c'est en violation de l'article 1017, alinéa 2 du Code judiciaire que le jugement le condamne à consigner la provision. Il fait valoir que l'ANMC n'est pas un assuré social et que c'est à elle de prendre en charge les frais d'expertise qui auraient été exposés. Il souligne que l'article 16 de la loi du 3 juillet 1967, qui met des dépens à charge de l'employeur, ne s'applique que pour les rapports entre la victime et l'administration-employeur.

Suivant l'article 26, § 1^{er} de l'arrêté royal du 13 juillet 1970, la charge des dépens incombe à l'administration ou à l'établissement qui occupait la victime au moment de l'accident, sauf si la demande est téméraire et vexatoire.

Toutefois, cette règle ne concerne que les dépens relatifs à l'action exercée par la victime de l'accident et elle ne s'applique pas à l'instance mue par l'organisme assureur (cf., à propos de l'article 68 de la loi du 10 avril 1971 : Cass., 14 juin 1999, *Bull.*, 1999, p. 861 et *Pas.*, I, n° 355).

Il y a donc lieu de réformer le jugement en ce qu'il impose au CPAS d'Arlon de consigner la provision.

•
• •

Conformément à l'article 1017, alinéa 1er du Code judiciaire, le CPAS d'Arlon est condamné aux dépens d'appel.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

Statuant contradictoirement en application de l'article 747 §2 du Code judiciaire ;

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 ;

Déclare l'appel principal recevable et très partiellement fondé ;

Réforme le jugement en ce qu'il impose au CPAS d'Arlon de consigner la provision de l'expert ;

Confirme pour le surplus le jugement entrepris en ce qu'il a déclaré l'action de l'ANMC recevable et en ce qu'il a ordonné une expertise médicale ;

Conformément à l'article 1068, alinéa 2 du Code judiciaire, renvoie la cause au tribunal du travail ;

Condamne le CPAS d'Arlon aux dépens d'appel, soit la somme de 349,80 € représentant l'indemnité de procédure ;

Condamne le CPAS d'Arlon à la contribution de 20,00 € due au Fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

Ainsi arrêté et signé avant le prononcé par :

Jérôme MARTENS, conseiller faisant fonction de président,
Guy MAGERMANS, conseiller social au titre d'employeur,
Michèle BESONHE, conseiller social au titre d'employé,
Assistés de Stéphane HACKIN, greffier,

Monsieur Guy MAGERMANS, conseiller social au titre d'employeur, étant dans l'impossibilité de signer l'arrêt au délibéré duquel il a participé, celui-ci est signé, conformément à l'article 785 alinéa 1 du Code judiciaire, par les autres membres du siège qui ont participé au délibéré.

Le Greffier

Le conseiller social

Le Président

et prononcé, en langue française à l'audience publique de la chambre 8-A de la cour du travail de Liège, division Neufchâteau, au Palais de Justice, Place Charles Bergh 7 à 6840 Neufchâteau, le **mercredi 12 février 2020**, où étaient présents :

Jérôme MARTENS, conseiller faisant fonction de Président,
Stéphane HACKIN, greffier,

Le Greffier

Le Président