

# La Charte de l'assuré social et la matière du risque professionnel

Mireille JOURDAN, Sophie REMOUCHAMPS et Sandra CALA

## *Références à la Doctrine*

*Dumont, M., "La Charte de l'assuré social", R.R.D., 1997, pp. 391-429.*

*Dumont, M., "Mise en œuvre de la Charte de l'assuré social", Actualités de droit social, Formation Permanente CUP, vol. XXXII, sept. 1999, 118-184.*

*Graulich, B. et Dumont, M., "La Charte de l'assuré social", Questions d'actualité: matières judiciaire, pénale et sociale, Formation permanente CUP, vol. XXI, 1998, pp. 9-68.*

*Graulich, B. et Palsterman, P., "La Charte de l'assuré social", Chron. D.S., 1998, pp. 261-279.*

*Palsterman, P., "L'application de la "Charte de l'assuré social" dans le secteur des accidents du travail", in (coll.) "Accidents du travail – Une centenaire pleine d'avenir", Bull. ass., 2002, dossier n° 8, pp. 77-117.*

## *Insérer doctrine Indu*

## *Insérer législation + législation indu*

## **I. INTRODUCTION**

La loi du 11 avril 1995 qui vise à instituer la Charte de l'assuré social a prévu, depuis le 1er janvier 1997<sup>1</sup>, une série d'obligations à charge des institutions de sécurité sociale envers les assurés sociaux, étant essentiellement un devoir d'information et de conseil ainsi que l'obligation de respecter des délais dans l'instruction du dossier. Elle offre également des garanties dans les décisions statuant sur le droit des assurés sociaux aux prestations.

Elle n'en affecte en rien les conditions d'octroi ou le contenu des diverses prestations.

Les difficultés d'application des divers mécanismes protecteurs visés par la Charte à la matière du risque professionnel ont été soulignées dès les premiers commentaires qui ont été faits sur la question. Ce constat se fait à propos de notions telles que l'introduction de la demande et la révision de la décision notamment (celle-ci visant dans chacune des deux branches du risque professionnel des situations spécifiques, qui ne recouvrent pas les hypothèses prévues par la Charte).

Il a été fait, de manière plus spécifique, pour les accidents du travail du secteur privé où, à côté des hypothèses d'intervention du Fonds des Accidents du travail, l'indemnisation est confiée à des entreprises privées de gestion du risque d'assurance, situation qui a, du reste, amené le législateur à inclure les entreprises d'assurances privées dans le champ d'application de la loi, en leur donnant le statut d'institutions coopérantes de sécurité sociale.

Il découle de ce constat que le risque professionnel - et surtout la matière des accidents du travail dans le secteur privé - occupe une place quelque peu à part des autres matières, car il obéit à des règles propres, indépendantes de la procédure administrative classique visée dans la Charte. Ceci n'empêche toutefois pas l'assuré social de pouvoir s'appuyer, chaque fois qu'il le pourra, sur une règle protectrice

---

<sup>1</sup> 1999 pour le secteur public

contenue dans celle-ci et ses arrêtés royaux d'exécution, s'il ne retrouve pas dans la réglementation de garanties correspondantes.

Nous proposons ci-après de voir dans quelle mesure les dispositions de la Charte ont pu influencer le mécanisme d'octroi<sup>1</sup> des prestations en matière de risque professionnel.

Nous ne reprendrons donc pas ci-après toutes les dispositions contenues dans la Charte mais uniquement celles davantage susceptibles de s'appliquer aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

La Charte s'appliquant au secteur public, c'est l'ensemble des deux branches de risque professionnel, dans les deux secteurs, que nous tenterons de couvrir.

## II. RAPPEL DES PRINCIPES CONTENUS DANS LA CHARTE

Note : Le présent point II est sans doute superflu. Il s'agira de voir les autres textes et leur articulation. Il est donné ici pour rappel et son plan est repris pour l'application des principes, au point III ci-après.

*L. du 11 avr. 1995 visant à instituer «la Charte» de l'assuré social, art. 3, 4 et 7 à 23 modifiée par la loi du 25 juin 1997.*

*A.R. du 19 déc. 1997 portant exécution des articles 3, alinéa 1<sup>er</sup>, et 7, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1997 visant à instituer «la Charte» de l'assuré social.*

*Remarque préliminaire : Définitions et champ d'application*

1) La Charte donne une définition de la sécurité sociale qui correspond très largement à celle figurant dans la loi du 15 janvier 1990 sur la Banque Carrefour de la sécurité sociale.

En ce qui concerne les régimes auxquels elle s'applique (art. 2, 1<sup>o</sup>, a) à g)), l'on peut retenir que, outre l'ensemble des branches reprises à l'article 21 de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, sont couverts l'ensemble de ces mêmes branches dont l'application est étendue aux personnes occupées dans le secteur public et les branches du secteur public qui remplissent une fonction équivalente à celles-ci. La Charte s'applique donc à des régimes qui relèvent du statut de la fonction publique<sup>2</sup>

2) La Charte vise essentiellement les relations entre institutions de sécurité sociale et assurés sociaux.

Par institutions de sécurité sociale, elle entend les ministères, institutions publiques de sécurité sociale ainsi que tout organisme, autorité ou toute personne morale de droit public qui accorde des prestations de sécurité sociale.

Elle inclut dans ces institutions de sécurité sociale d'autres organismes de droit privé, appelés institutions coopérantes de sécurité sociale<sup>3</sup>. Il s'agit des organismes privés agréés pour collaborer à l'application de la sécurité sociale.

---

<sup>1</sup> Au sens large : octroi, modification, suppression

<sup>2</sup> Voir B. GRAULICH et P. PALSTERMAN, « La Charte de l'assuré social », *Chron. Dr.Soc.*, 1998, p. 261.

<sup>3</sup> Hors les secrétariats sociaux d'employeurs et les offices de tarification des associations de pharmaciens

3) La notion d'assurés sociaux couvre les personnes physiques qui ont droit à des prestations sociales, qui y prétendent ou qui peuvent y prétendre, ainsi que leurs représentants légaux et leurs mandataires.

4) La loi définit également ce qu'il y a lieu d'entendre par « données médicales à caractère personnel ». Il s'agit de toutes données sociales concernant une personne physique identifiée ou identifiable et dont on peut déduire une information sur l'état antérieur, actuel ou futur de sa santé physique ou psychique, à l'exception des données purement administratives ou comptables relatives aux traitements ou aux soins médicaux.

5) Enfin, par "décision" au sens de la Charte, il faut entendre tout 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.

## **1 DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL**

Les institutions de sécurité sociale ont une obligation d'information de l'assuré social, à laquelle est associé un devoir de conseil.

Si une demande d'information ou de conseil est adressée erronément à une institution de sécurité sociale non compétente pour la matière concernée, elle doit être transmise sans délai par cette institution à celle vers qui elle aurait dû être dirigée. Le demandeur doit être averti simultanément du transfert. Est ici visé le transfert entre institutions de sécurité sociale.

### **1.1 LE DEVOIR D'INFORMATION**

En vertu de l'article 3 de la loi, les institutions de sécurité sociale sont tenues de fournir, à l'assuré social qui en fait la demande écrite toute information utile concernant ses droits et ses obligations et de communiquer d'initiative tout complément d'information nécessaire à l'examen de sa demande ou au maintien de ses droits.

Pour être utile au sens de la loi, l'information doit indiquer clairement les références du dossier traité et le service qui gère celui-ci. Elle doit être précise et complète afin que l'assuré social puisse exercer tous ses droits et obligations. Elle est gratuite et doit être fournie dans un délai de quarante-cinq jours<sup>1</sup>.

Par application de cette disposition, l'arrêté royal du 19 décembre 1997 sous rubrique fait obligation aux institutions de sécurité sociale de fournir les informations utiles à l'octroi ou au maintien de l'assurabilité et à l'octroi de prestations ainsi que les coordonnées des personnes aptes à fournir des renseignements complémentaires.

À cette fin, elles doivent rédiger un document, actualisé régulièrement, décrivant les droits et obligations des assurés sociaux figurant dans la législation que l'institution doit appliquer; sur demande, ce document est mis gratuitement à disposition des assurés sociaux. En outre, est mis à la disposition de ceux-ci selon les mêmes modalités un document de synthèse relatif à l'ensemble des institutions de sécurité sociale.

En matière de paiement, la loi du 11 avril 1995 prévoit que les institutions de sécurité sociale et les services chargés du paiement des prestations sociales sont tenus de porter à la connaissance des

---

<sup>1</sup> Ce délai pouvant être augmenté par le Roi

intéressés, au plus tard au moment de l'exécution du paiement, toute décision individuelle, motivée, les concernant<sup>1</sup>.

## **1.2 LE DEVOIR DE CONSEIL**

Les institutions de sécurité sociale doivent également, dans les matières qui les concernent, conseiller tout assuré social qui le demande sur l'exercice de ses droits ou sur l'accomplissement de ses devoirs et obligations (L. du 11 avr. 1995, art. 4).

# **1 GARANTIES DANS L'OCTROI DES PRESTATIONS**

### *Remarque préliminaire*

La Charte contient une série de garanties concernant la gestion par l'institution de sécurité sociale de la demande d'octroi de prestations et celles-ci permettent à l'assuré social de vérifier le bon déroulement de la phase administrative.

En outre, elle fixe les délais de paiement, les conditions de révision de la décision, les délais de recours et les conditions de récupération de l'indu. Ces règles sont élaborées sans préjudice de dispositions plus favorables existant dans chacun des régimes concernés.

## **1.1 LA PHASE ADMINISTRATIVE**

La procédure d'octroi ou de refus de prestations sociales est soumise à diverses règles relatives :

- à l'introduction de la demande;
- au délai de son examen par l'institution,
- à l'obligation pour cette dernière de motiver la décision prise et d'informer sur les voies de recours,
- à la notification de la décision,
- au délai de paiement.

### **1.1.1 Introduction de la demande**

En vertu de l'article 8 de la loi, les prestations sociales sont octroyées:

- soit d'office à l'intervention de l'institution de sécurité sociale chargée du service de ces prestations chaque fois que cela est « matériellement possible »<sup>2</sup>;
- soit sur demande écrite.

La demande doit être signée par l'intéressé et introduite auprès de l'institution de sécurité sociale ayant pour mission de l'instruire.

---

<sup>1</sup> La notification doit en outre mentionner les possibilités de recours existantes ainsi que les formes et délais à respecter à cet effet.

<sup>2</sup> Notion à définir par le Roi

L'institution qui reçoit la demande écrite adresse ou remet un accusé de réception à l'assuré social. Cet accusé doit indiquer le délai d'examen de la demande prévu dans le régime ou le secteur concerné ainsi que le délai de prescription à considérer.

Il est admis qu'un paiement ou une demande de renseignements complémentaire valent accusé de réception (L. du 11 avr. 1995, art. 9, al. 2).

Si la demande a été introduite auprès d'une institution de sécurité sociale incompétente, celle-ci transmet cette demande sans délai à l'institution compétente et en avertit le demandeur. En ce qui concerne la validation de la date d'introduction, cette question n'est pas réglée par la loi, des mesures spécifiques devant être prises par arrêté royal.

En outre, il est expressément prévu que toute demande introduite en vue de l'obtention d'un avantage ressortissant à un régime de sécurité sociale vaut demande d'obtention du même avantage à charge d'un autre régime (polyvalence de la demande) ( id., art. 9, al. 5 ).

### **1.1.2 Examen de la demande**

L'institution de sécurité sociale recueille d'initiative toutes les informations faisant défaut pour apprécier les droits de l'assuré social. Elle est tenue de statuer au plus tard dans les quatre mois calendrier <sup>1</sup> de la réception de la demande ou du fait qui donne lieu à l'examen d'office. Cette disposition est prévue sans préjudice d'un délai plus court prévu par une loi particulière.

Le délai est suspendu si l'institution de sécurité sociale n'a pas reçu de l'intéressé ou d'une autre institution (étrangère) tous les renseignements demandés, nécessaires pour prendre sa décision.

Lorsque ce délai ne peut être respecté, l'institution en informe le demandeur et lui en fait connaître les raisons; de même si la demande nécessite l'intervention d'une autre institution.

En cas de silence du demandeur, suite à une demande de renseignements complémentaires qui lui serait faite par l'institution de sécurité sociale, un rappel doit lui être adressé.

En cas de silence persistant, l'institution de sécurité sociale peut statuer en se basant sur les renseignements dont elle dispose, et ce passé un délai d'un mois après ce rappel. Elle doit toutefois avoir accompli toute démarche utile en vue de l'obtention desdits renseignements.

Le demandeur est autorisé à faire connaître un motif justifiant un délai de réponse plus long (L. du 11 avr. 1995, art. 11).

### **1.1.3 Motivation et mentions de la décision**

Il y a à la fois obligation de motiver la décision et de faire figurer dans celle-ci des mentions permettant l'exercice du recours judiciaire. La sanction de l'absence de motivation et celle frappant l'absence des mentions obligatoires est différente.

#### **1.1.3.1 Motivation de la décision**

Les décisions d'octroi d'un droit, d'un droit complémentaire, d'une régularisation ou de refus de prestations sociales doivent être motivées. Quoique la Charte ne donne pas de précisions quant à ce, il est généralement admis que la motivation doit ici correspondre aux conditions fixées dans la loi du 29

---

<sup>1</sup> Dans le texte de la loi initiale, le délai était exprimé en jours ouvrables (90 jours). Il est devenu de 4 mois calendrier dans la loi modificative du 25 juin 1997 (M.B., 13 sept.). Il peut être temporairement dérogé à ce délai afin de le porter à 8 mois au maximum, et ce par A.R. (Art. 10, al. 4).

juillet 1991 relative à la motivation des actes administratifs. La doctrine<sup>1</sup> rappelle que, si la Charte ne renvoie pas expressément à la loi de 1991, elle n'y déroge pas non plus. En vertu des principes, la motivation doit donc consister dans l'indication dans l'acte lui-même des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Cette motivation doit être adéquate.

Si la décision porte sur une somme d'argent, elle doit mentionner le mode de calcul de celle-ci. La communication de ce mode de calcul vaut à la fois motivation et notification (art. 13)<sup>2</sup>.

L'absence de motivation adéquate entraîne la nullité de la décision, conformément à la loi du 29 juillet 1991 citée.

### **1.1.3.2 Mentions**

Toute décision d'octroi ou de refus des prestations doit contenir les mentions suivantes:

- possibilité d'introduire un recours devant la juridiction compétente;
- adresse des juridictions compétentes;
- délai et modalités d'introduction du recours;
- contenu des articles 728 et 1017 du Code judiciaire<sup>3</sup> ;
- références du dossier et du service qui le gère;
- possibilité d'obtenir toute explication sur la décision auprès du service qui gère le dossier ou d'un service d'information désigné.

La sanction du défaut de mention de ces indications est que le délai de recours ne commence pas à courir (art. 14, al. 2).

### **1.1.4 Notification de la décision**

En vertu de l'article 16 de la Charte, il faut entendre par "notification " une lettre ordinaire ou la remise d'un écrit.

Cette règle vaut sans préjudice des dispositions particulières prévoyant l'envoi d'un recommandé.

En cas de contestation, il appartiendra à l'institution de sécurité sociale de prouver la réalité et la date de la notification, d'où des difficultés certaines, vu le principe (contradictoire) de ne pas exiger d'envoi recommandé. Signalons que les notifications ne sont pas requises dans deux hypothèses: s'il s'agit d'une décision faisant suite à une simple indexation ou d'une décision de paiement des prestations qui n'est que l'exécution répétée d'une décision antérieure (sauf si elle refuse les prestations demandées, en tout ou en partie) (A.R. du 19 déc. 1997 – art. 3).

### **1.1.5 Délai de paiement**

Le paiement des prestations doit, aux termes de l'article 12 de la Charte, intervenir au plus tard dans les quatre mois de la notification de la décision d'octroi et, au plus tôt, à partir de la date à laquelle les conditions de paiement sont remplies.

Cette disposition est également prévue sans préjudice d'un délai plus court contenu dans une législation particulière.

Si les prestations sont payées annuellement, les paiements sont censés respecter cette disposition s'ils sont effectués dans l'année concernée ou au plus tard fin février de l'année suivante.

---

<sup>1</sup> B. GRAULICH et P. PALSTERMAN, « La Charte de l'assuré social », cité, p. 272

<sup>2</sup> Les mentions obligatoires devant figurer sur les formules de paiement sont à fixer par le Roi.

<sup>3</sup> Qui visent, d'une part, les règles en matière de comparution et, d'autre part, la question des dépens (et notamment la mise à charge de ceux-ci de l'institution de sécurité sociale).

À défaut pour l'institution de sécurité sociale d'avoir effectué le paiement dans le délai et sans préjudice des droits de l'intéressé de saisir le tribunal du travail, elle est tenue d'informer le demandeur en indiquant les motifs du retard de paiement.

Cette information devra être renouvelée tous les quatre mois aussi longtemps que le paiement n'a pas été effectué<sup>1</sup>.

## **1.2 LE DROIT AUX INTÉRÊTS**

Les prestations portent intérêt de plein droit, uniquement pour les bénéficiaires sociaux, à partir de la date de l'exigibilité et au plus tôt à partir de la date du paiement de celles-ci. Ce paiement doit intervenir au plus tard dans les quatre mois de la notification d'octroi et au plus tôt à partir de la date à laquelle les conditions de paiement sont remplies.

Si la décision d'octroi est prise avec un retard imputable à l'institution de sécurité sociale, les intérêts sont dus à partir de l'expiration du délai de quatre mois de la réception de la demande ou du fait donnant lieu à l'examen d'office et au plus tôt à partir de la date de prise de cours de la prestation (L. du 11 avr. 1995, art. 20).

En ce qui concerne les avances, les intérêts de plein droit ne sont pas dus sur la différence entre le montant versé parce que l'organisme ne dispose pas des informations nécessaires pour prendre une décision définitive et le montant qui découlera de celle-ci, si lesdites avances s'élèvent à 90% ou plus du montant dû sur la base de la décision définitive.

La loi du 22 février 1998 portant des dispositions sociales (M.B. 3 mars 1998) a ajouté une disposition concernant les pensions. Elle a inséré dans l'article 20 de la Charte un alinéa 4 selon lequel les intérêts ne sont en tout état de cause pas dus lorsque des avances sont payées et que

- la décision définitive dépend d'informations qui doivent être fournies par le demandeur lui-même ou par une autre institution que celle visée à la Charte comme institution de sécurité sociale tombant dans son champ d'application ;
- la décision définitive dépend de la décision de deux ou plusieurs organismes de pension et pour autant que les demandes de pension aient été introduites dans un délai de huit mois qui précède la date de prise de cours de celle-ci ;
- ce n'est que lors de la décision définitive que l'on peut constater que l'assuré social satisfait aux conditions requises pour avoir droit à une prestation minimum.

Par ailleurs, en cas de paiement indu, si celui-ci résulte de fraude, de dol ou de manœuvres frauduleuses de la part de l'intéressé (id., art. 21), les prestations payées indûment portent intérêt de plein droit, et ce à partir du paiement.

La Charte a confié au Roi le soin de déterminer par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres et après avis du Conseil National du Travail les conditions d'assimilation à la fraude, au dol ou à de manœuvres frauduleuses, de l'omission par le débiteur de faire une déclaration prescrite par une disposition qui lui a été communiquée (déclaration qui pourrait être « prescrite par une disposition légale ou réglementaire ou découler d'un engagement antérieur »).

## **1.3 LA REVISION DE LA DÉCISION**

Une décision peut être revue dans les cas de figure suivants :

---

<sup>1</sup> Ce délai peut également être porté temporairement à 8 mois par le Roi.

- 1) Si la décision prise est entachée d'une erreur de droit ou d'une erreur matérielle, une nouvelle décision est prise à tout moment et d'initiative par l'institution de sécurité sociale (L. du 11 avr. 1995, art. 17).

Celle-ci sortit ses effets à la date à laquelle la décision rectifiée aurait dû prendre effet. Mais des aménagements sont apportés à cette règle :

- il faut tenir compte des règles de prescription ;
- si l'erreur est due à l'institution de sécurité sociale, elle prend effet le premier jour du mois qui suit la notification si le droit à la prestation est inférieur à celui reconnu initialement.

Dans les autres cas, ce sera à la date de prise d'effet de la décision initiale.

La Charte de l'assuré social renvoie cependant à l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations, en ce qu'il vise l'hypothèse où l'assuré social savait ou devait savoir qu'il n'avait pas droit à l'intégralité d'une prestation.

- 2) L'institution de sécurité sociale peut rapporter sa décision et en prendre une nouvelle dans le délai d'introduction d'un recours devant le tribunal du travail ou même si un recours a été introduit et ce jusqu'à la clôture des débats, dans les cas suivants:

Si, à la date de prise de cours de la prestation, le droit a été modifié par une disposition légale ou réglementaire;

Si un fait nouveau ou des éléments de preuve nouveaux ayant une incidence sur les droits du demandeur sont invoqués en cours d'instance;

S'il est constaté que la décision administrative est entachée d'irrégularité ou d'erreur matérielle (id., art. 18).

En d'autres termes,

- en cas d'erreur de droit ou matérielle, la décision de revision peut intervenir n'importe quand ;
- en cas d'erreur matérielle : n'importe quand ou dans le délai de recours ou encore pendant la procédure (avant la clôture des débats) ;
- en cas de modification du droit à la prestation suite à une nouvelle disposition légale ou réglementaire : dans le délai de recours ou pendant la procédure ;
- si des éléments de preuve nouveaux ou un fait nouveau sont intervenus en cours d'instance, éléments ou fait ayant une incidence sur les droits du demandeur : pendant celle-ci.

Lorsqu'existe, pour une première demande d'octroi d'une prestation sociale, une décision administrative ou une décision judiciaire ayant force de chose jugée, une nouvelle demande peut, selon l'article 19 de la loi, être introduite dans les formes prévues pour la demande initiale.

Cette nouvelle demande ne peut toutefois être déclarée fondée qu'au vu d'éléments de preuve nouveaux, c'est-à-dire qui n'avaient pas été soumis antérieurement à l'autorité administrative ou au tribunal du travail compétent, ou encore en raison d'une modification d'une disposition légale ou réglementaire.

La prise d'effet de la nouvelle décision est le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel la nouvelle demande a été introduite<sup>1</sup>.

En vertu de l'article 19 de la loi, le Roi peut dans certains cas<sup>2</sup> déterminer que les dispositions de la loi concernant la possibilité d'introduire une nouvelle demande sur la base d'éléments nouveaux ou en raison d'une modification d'une disposition légale ou réglementaire ne sont pas d'application aux branches de la sécurité sociale qui connaissent une procédure de revision spécifique<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Sans préjudice des dispositions légales existantes

<sup>2</sup> Pour lesquels sont requis un A.R. délibéré en Conseil des Ministres et l'avis du Conseil d'Etat

<sup>3</sup> Ajouté par l'A.R. du 25 juin 1997

## **1.4 LES DÉLAIS DE RECOURS**

Les recours contre les décisions prises par les institutions de sécurité sociale, qu'il s'agisse de décisions d'octroi, de paiement ou de récupération doivent, à peine de déchéance, être introduits dans les trois mois de leur notification ou de la prise de connaissance de la décision par l'intéressé en cas d'absence de notification.

Tout recours en reconnaissance d'un droit à l'encontre d'une institution de sécurité sociale doit également, et toujours à peine de déchéance, être introduit dans le même délai de trois mois, à dater de la constatation de la carence de l'institution.

Ces recours sont prévus sans préjudice des dispositions plus favorables prévues dans des législations particulières (L. du 11 avr. 1995, art. 23).

## **1.5 L'INDU**

### **1.5.1 Les mesures de la Charte s'appliquant à l'indu**

La Charte de l'assuré social, instituée par la loi du 11 avril 1995, contient des dispositions particulières susceptibles de s'appliquer aux paiements indus faits à la victime.

Ces dispositions portent sur

- les mentions que doit comporter la décision de répétition de l'indu (art. 15),
- le régime de la décision de revision (article 17),
- la renonciation à l'indu (art. 22),
- les intérêts dus sur les prestations payées indûment (articles 21 et 21bis).

Elles sont rapidement passées en revue ci-après hors la revision (voir ci-avant).

### **1.5.2 Les mentions de la décision de récupération de l'indu (article 15)**

Les décisions de répétition de l'indu doivent, en sus des mentions relatives à la motivation de toute décision<sup>1</sup>, contenir les indications suivantes:

- la constatation de l'indu;
- le montant total de l'indu ainsi que le mode de calcul de celui-ci;
- le contenu et les références des dispositions en infraction desquelles les paiements ont été effectués;
- le délai de prescription pris en considération;
- le cas échéant, la possibilité pour l'institution de sécurité sociale de renoncer à la répétition de l'indu et la procédure à suivre afin d'obtenir cette renonciation;
- la possibilité de soumettre une proposition motivée en vue d'un remboursement échelonné.

Ces mentions sont visées à l'article 15 de la loi.

Rappelons par ailleurs, et ce n'est pas sans poser problème, qu'en application de l'article 16 de la Charte, les décisions ne doivent pas être envoyées par recommandé. Ce sera cependant à l'institution de sécurité sociale d'établir la date d'envoi de la décision.

---

<sup>1</sup> Etant les mentions visées à l'article 14 de la loi du 11 avril 1995.

Comme pour les décisions d'octroi ou de refus de prestations, si les mentions prévues ci-dessus ne figurent pas sur les décisions de répétition de l'indu, le délai de recours ne commence pas à courir.

Le délai de recours est visé par la Charte en son article 23. Sauf dispositions plus favorables dans le secteur concerné, le délai, prescrit à peine de déchéance, est de trois mois à dater de la notification de la décision ou de la prise de connaissance de cette décision par l'assuré social en cas d'absence de notification.

### **1.5.3 La renonciation à l'indu**

C'est l'article 22 de la loi qui contient les dispositions de la Charte en matière de renonciation à l'indu par l'institution de sécurité sociale. Elles s'appliqueront pour autant qu'il n'existe pas de dispositions légales ou réglementaires propres au secteur concerné.

Le paragraphe 5 permet au Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Conseil national du travail, d'exclure l'application de ces dispositions pour certaines branches de la sécurité sociale.

La Charte prévoit que l'institution de sécurité sociale peut renoncer à la récupération de l'indu, dans les conditions déterminées par son comité de gestion et approuvées par le ministre compétent, et ce pour les cas suivants:

1. dans les cas dignes d'intérêt ou dans les catégories de cas dignes d'intérêt, et ce à la condition que le débiteur soit de bonne foi;
2. si la somme à récupérer est minime;
3. s'il s'avère que le recouvrement de la somme à récupérer est aléatoire et trop onéreux par rapport au montant à récupérer.

Il y a en outre renonciation d'office à la récupération en cas de décès de celui à qui les prestations sociales ont été payées si, à ce moment, la réclamation de l'indu ne lui avait pas encore été notifiée, hors les cas de dol ou de fraude. Il s'agit ici d'une renonciation d'office.

L'indu peut néanmoins, sans préjudice de l'application de l'article 1410 du Code judiciaire, être récupéré sur les prestations qui, au moment du décès de l'intéressé, étaient échues mais ne lui avaient pas encore été versées ou n'avaient pas encore été versées à l'un des ayants droit<sup>1</sup>.

La question de savoir si l'assuré social s'est vu reconnaître un droit à la renonciation n'est pas claire. B. GRAULICH et P. PALSTERMAN<sup>2</sup> précisent à cet égard que l'emploi du verbe « pouvoir » doit au moins s'interpréter comme la traduction d'un pouvoir discrétionnaire de la part de l'institution de sécurité sociale, sur laquelle un contrôle judiciaire marginal pourrait être exercé (ils citent le contrôle du respect par l'institution des principes de bonne administration, de ses propres critères, et de leur application d'une manière non discriminatoire). L'étendue de la compétence des juridictions du travail sur la décision prise par l'institution pose également question<sup>3</sup>.

### **1.5.4 Les intérêts sur les prestations indues**

---

<sup>1</sup> À savoir dans l'ordre: le conjoint avec qui le bénéficiaire cohabitait au moment du décès; les enfants avec qui le bénéficiaire vivait au moment de son décès; la personne avec qui le bénéficiaire vivait au moment de son décès; la personne qui est intervenue dans les frais d'hospitalisation, et ce à concurrence de son intervention; la personne qui a payé les frais funéraires, à concurrence de ces frais.

<sup>2</sup> B. GRAULICH et P. PALSTERMAN, « La Charte de l'assuré social », cité, p. 273,

<sup>3</sup> Voir I. MATHY, « Etendue des pouvoirs du juge à l'égard des décisions prises par une autorité administrative en matière de sécurité sociale », obs. sous C.A., 21 déc. 2004, J.L.M.B., 2005, p. 324

La loi du 11 avril 1995 prévoit une disposition spécifique pour ce qui est des intérêts sur les prestations indûment perçues. Il s'agit de l'article 21, qui prévoit l'octroi de plein droit des intérêts à dater du paiement dans les cas de fraude, dol ou manœuvres frauduleuses de la part de l'assuré social.

L'article 21bis habilite le Roi à déterminer des modalités de calcul de l'intérêt, ainsi que son taux (lequel ne peut être inférieur au taux normal des avances en compte courant hors plafond fixé par la Banque nationale).

Il peut également, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du C.N.T., assimiler à la fraude, dol ou manœuvres frauduleuses l'omission par le débiteur de faire une déclaration prescrite par une disposition qui lui avait été communiquée.

La Charte ne règle ainsi pas la question des intérêts sur l'indu de bonne foi (c'est-à-dire reçu sans fraude, dol ou manœuvres frauduleuses). Aussi, en dehors des hypothèses de l'article 21, c'est le droit commun qui s'applique, la constatation d'un paiement indu faisant naître des intérêts de retard à partir du jour de la sommation de payer<sup>1</sup>.

### **III APPLICATION DES PRINCIPES CONTENUS DANS LA CHARTE**

La Charte s'appliquant à l'ensemble du risque professionnel, secteurs privé et public, elle contient ainsi des innovations importantes en ce qui concerne la qualification d'institution de sécurité sociale.

1) Puisque sont reprises dans la définition de la sécurité sociale les branches du secteur public qui remplissent une fonction équivalente à celles visées à l'article 21 de la loi du 29 juin 1981, la Charte s'applique à la réparation du risque professionnel d'accident et de maladie dans le cadre de la loi du 3 juillet 1967. Sont donc visés tous les employeurs publics dès qu'ils sont tenus d'octroyer des prestations dans l'une ou l'autre branche.

2) Dans le secteur privé des accidents du travail, du fait de la loi du 25 juin 1997, modificative de la Charte de l'assuré social, ont été intégrées dans le concept "institutions de sécurité sociale " les institutions coopérantes de sécurité sociale. Les entreprises d'assurances (et non seulement le F.A.T.) sont ainsi couvertes par la notion<sup>2</sup>, tout en ne disposant pas des privilèges associés à la puissance publique (privilège du préalable, exécution forcée).

Il s'agit des entreprises d'assurances visées à l'article 49 de la loi du 10 avril 1971, c'est-à-dire celles qui

1. sont autorisées aux fins de l'assurance contre les accidents du travail ou peuvent exercer l'assurance contre les accidents du travail en Belgique par l'intermédiaire d'une succursale ou en régime de libre prestation de services conformément à la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances ;
2. satisfont à toutes les règles et conditions imposées par la même loi.

Les assureurs agréés sont donc concernés, dans la mesure où il s'agit des entreprises d'assurances visées par la loi du 10 avril 1971. Il en va de même s'il s'agit d'une collaboration prêtée, même dans le

---

<sup>1</sup> C. trav. Liège, 13 mars 2003, inédit, R.G. 29.089/00 et jurisprudence citée ; voir également C. trav. Liège, 25 oct. 2006, cité et C. trav. Liège, 6 sept. 2006, cité.

<sup>2</sup> Et ce au même titre que les caisses de compensation pour allocations familiales, les mutualités, les organismes agréés de paiement d'allocations de chômage

cadre d'une police de droit privé, à l'application de la loi du 3 juillet 1967 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles dans le secteur public<sup>1</sup>.

Dans le secteur privé des maladies professionnelles, le schéma est plus classique : seul le Fonds des maladies professionnelles est concerné en tant qu'institution de sécurité sociale.

\*  
\*       \*

Nous envisageons ci-après successivement le secteur privé et le secteur public. Nous ne prétendons nullement à l'exhaustivité. Le peu de références à la Charte dans le contentieux judiciaire fait qu'une bonne part des réflexions qui suivent a un caractère essentiellement exploratoire. Nous avons, cependant, tenté de nous faire l'écho des principales discussions jurisprudentielles existantes.

## **2 SECTEUR PRIVÉ**

### **2.1 ACCIDENTS DU TRAVAIL**

*A.R. du 24 novembre 1997 portant exécution, en ce qui concerne l'assurance «accidents du travail» dans le secteur privé, de certaines dispositions de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer «la Charte» de l'assuré social (M.B. 23 décembre 1997).*

*A.R. du 27 octobre 1999, modifiant le précédent (M.B. 4 janvier 2000).*

*A.R. du 11 mars 2002, portant exécution de certaines dispositions de la loi du 11 avril 1995 visant à intituler « la Charte » de l'assuré social, et modifiant l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants (M.B. 29 mars 2002).*

Les principales mesures d'exécution des dispositions de la Charte de l'assuré social au secteur des accidents du travail ont été prises par un arrêté royal du 24 novembre 1997<sup>2</sup>.

Les principes ci-dessus sont dès lors intégrés dans le mécanisme de la réparation de l'accident du travail. La procédure a été mise sur pied par la loi du 10 avril 1971 et revue au fil du temps (notamment lors de la modification des rôles et compétences des entreprises d'assurances et du Fonds des accidents du travail par l'arrêté royal n° 530 et par d'autres transferts de compétences ultérieurs entre les entreprises d'assurances et le F.A.T.).

Avant la Charte, la matière des accidents du travail contenait déjà des règles qui assurent à la victime et à l'ayant droit des garanties, même au niveau de la 'phase administrative', c'est-à-dire lors de l'examen par l'entreprise d'assurances (ou par le FAT) de l'accident. Confrontés à la réglementation existante, il faut constater que les principes et garanties de la Charte s'avèrent souvent non seulement

---

<sup>1</sup> B. GRAULICH et P. PALSTERMAN ont relevé que ceci ne semble pas le cas pour les polices de droit privé prévoyant des avantages équivalents à ceux prévus par l'une des législations sur les accidents du travail (B. GRAULICH et P. PALSTERMAN, "La Charte de l'assuré social", cité, p. 264) et leurs commentaires sur la constitutionnalité d'une telle restriction, dès lors que les polices de droit privé prévoyant des avantages équivalents à ceux de la loi du 10 avril 1971 sont un élément de leur statut social : ainsi, les stagiaires en formation professionnelle, le personnel ALE, les pompiers volontaires, etc.)

<sup>2</sup> A.R. du 24 nov. 1997 portant exécution, en ce qui concerne l'assurance «accidents du travail» dans le secteur privé, de certaines dispositions de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer «la Charte» de l'assuré social.

en retrait par rapport aux droits consacrés par la loi du 10 avril 1971 et ses arrêtés d'exécution, mais également parfois tout à fait inadéquats.

La raison principale de cet état de choses réside dans la circonstance que le droit à la réparation naît dès la survenance de l'accident et dans le mécanisme légal, qui implique l'intervention immédiate d'un assureur, tenu au respect de délais et de règles d'indemnisation strictement définies. La victime ne se trouve pas, en cas d'accident du travail, dans une situation comparable à celle d'une personne demandant à une institution d'apprécier ses droits à une prestation et de prendre une décision, dans l'élaboration de laquelle elle n'aurait aucun contrôle. Qu'il suffise, en effet, de préciser que la victime peut, dès l'accident, saisir les juridictions du travail pour bénéficier aussitôt des garanties juridictionnelles dans l'examen de ses droits.

## **2.1.1 Le devoir d'information et de conseil**

Des mesures d'exécution spécifiques de ce devoir sont prévues dans les arrêtés d'exécution. La sanction en cas de non observation de celles-ci ne l'est pas et ceci sera un constat régulier : les dispositions de la Charte sont-elles assorties de sanctions efficaces ?

### **2.1.1.1 Le devoir d'information**

#### **2.1.1.1.1 L'information en général**

En vertu de l'arrêté royal du 24 novembre 1997, l'information légale doit respecter les principes contenus dans la loi du 11 avril 1995, à savoir que doivent être assurés:

- le droit pour tout intéressé d'introduire une demande d'information auprès de l'entreprise d'assurances ou du F.A.T. concernant toute question (et aussi concernant un paiement) ainsi que l'obligation pour l'institution à qui la demande a été adressée de fournir une réponse contenant une information utile (avec références du gestionnaire et numéro de dossier) et complète sur les droits et obligations de l'intéressé, et ce dans un délai de 45 jours ouvrables à dater de la réception de la demande; il n'y a pas de distinction faite entre l'entreprise d'assurances ou le Fonds : ce droit existe donc vis-à-vis des deux.
- l'obligation de fournir d'office une information utile et complète, et ce dans le même délai. À noter que les hypothèses visées par cette obligation d'information d'office ne sont pas précisées, non plus que la nature de l'événement qui serait le point de départ du délai. Peut-être s'agit-il de confirmer, par exemple, l'obligation d'information d'office en cas de règlement administratif de l'accident<sup>1</sup>.

Un arrêté royal du 11 mars 2002<sup>2</sup> a précisé ce qu'il faut entendre par information utile : il s'agit de toute information susceptible de fournir à la victime ou à l'ayant droit, dans le cadre de leur demande, des éclaircissements sur leur situation individuelle en ce qui concerne l'accident du travail en cause. Ces indications porteront 'notamment'<sup>3</sup> sur la reconnaissance de l'accident du travail, les conditions

---

<sup>1</sup> Il faut en effet rappeler qu'en vertu de l'A.R. du 10 décembre 1987 fixant les modalités et conditions de l'entérinement des accords par le F.A.T., l'entreprise d'assurances est tenue d'informer la victime (ou les ayants droit) de la possibilité pour elle de réclamer les documents suivants: déclaration d'accident remplie par l'employeur et certificat médical de premier constat, calcul de la rémunération de base avec les relevés salariaux détaillés, règlement des indemnités d'incapacité temporaire et dossier de prothèse. En cas d'accident mortel, seuls doivent être communiqués les éléments relatifs à la rémunération de base et au règlement des indemnités d'incapacité temporaire

<sup>2</sup> M.B. 29 mars 2002

<sup>3</sup> Nouvel art. 1bis de l'A.R. du 24 nov. 1997

d'octroi des prestations, les éléments pris en compte pour l'établissement de leur montant et pour l'application des règles de cumul.

Si l'on se retourne vers la réglementation du secteur, on peut trouver quelques cas d'application évidents de ces règles. Ainsi, l'on sait que, outre l'octroi de certaines des allocations complémentaires, le F.A.T. a des missions spécifiques, étant notamment

- d'agir en qualité d'agent de liaison en matière d'accidents du travail dans le cadre des règlements et directives de l'Union européenne (article 58, § 1<sup>ier</sup>, 5<sup>o</sup> de la loi) ;
- d'accorder l'assistance sociale (article 58, § 1<sup>ier</sup>, 8<sup>o</sup> de la loi) ;
- d'appliquer et d'exécuter les limitations de cumul (article 58, § 1<sup>ier</sup>, 10<sup>o</sup> de la loi).

Un devoir d'information existe très certainement quant à ces points et particulièrement quant aux formes que l'assistance sociale peut revêtir. Rappelons que en vertu de l'article 66<sup>ter</sup> de l'arrêté royal du 21 décembre 1971<sup>1</sup>, il s'agit d'accorder

- une assistance (dont la forme n'est pas définie) à la victime ou aux ayants droit afin de sauvegarder leurs droits découlant directement ou indirectement de l'accident du travail ;
- une assistance spéciale (celle-ci pouvant compenser une aide financière chaque fois que le Comité de gestion constate, sur la base d'un rapport motivé, que l'intervention d'une autre institution s'avère impossible ou insuffisante) ;
- une aide financière à la victime en matière de prothèses et d'appareils d'orthopédie reconnus nécessaires par le Fonds (octroi, entretien et renouvellement).

Relevons encore, parmi les obligations d'information, celle particulière dans le cadre de l'entérinement d'accord par le F.A.T. concernant le rapport de consolidation.

Il est en effet prévu que, à la demande de la victime (ou de ses ayants droit) ou de son médecin (médecin traitant ou médecin consulté par la victime), le rapport de consolidation est également transmis. Ce rapport comporte une description:

- 1) des antécédents socio-économiques de la victime;
- 2) de l'état pré-existant éventuel;
- 3) des lésions initiales;
- 4) de l'évolution de ces lésions;
- 5) des lésions permanentes avec mention à titre indicatif des articles correspondants du Barème officiel belge des invalidités (BOBI);
- 6) de la fixation de l'incapacité de travail temporaire et permanente;
- 7) des appareils de prothèse et d'orthopédie accordés à titre temporaire et à titre définitif;
- 8) de la date de consolidation, et
- 9) des éléments pris en considération pour la fixation de l'allocation supplémentaire pour l'assistance régulière d'une tierce personne.

Au rapport de consolidation sont jointes les conclusions des rapports d'examen pratiqués par les médecins spécialistes.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> A.R. du 21 décembre 1971 concernant les allocations et l'assistance sociale accordées par le F.A.T. (M.B. 28 décembre 1971)

<sup>2</sup> Initialement, le rapport de consolidation devait, d'une part, indiquer les articles du BOBI (Barème officiel belge des invalidités) ayant servi à déterminer le taux d'incapacité permanente et, d'autre part, pour les incapacités temporaire et permanente, procéder à une ventilation entre l'incapacité physique et l'incapacité globale sur le plan économique. Il s'agissait, ce faisant, de tendre à une évaluation plus uniforme de l'incapacité, en tenant bien sûr compte du fait que le barème officiel, si précis soit-il, est impuissant à fixer un taux d'incapacité de travail suite à un accident du travail, mais uniquement à identifier la lésion et à donner une évaluation du dommage subi sur le plan purement physique (sur cette question: C. PERSYN, "De arbeidsongevallenwet na het K.B. n<sup>o</sup> 530", *Oriëntatie*, 1988, p. 93). Ce texte a été remanié par l'arrêté royal du 13 août 1990 (M.B., 16 oct.). À l'heure actuelle, la référence au BOBI n'a plus qu'un caractère indicatif ("... avec mention à titre indicatif des articles correspondants ...") et la distinction entre l'incapacité sur le plan physique d'une part et l'incapacité globale sur le plan économique de l'autre a disparu ("... la fixation de l'incapacité temporaire et permanente ...").

#### 2.1.1.1.2 L'information en matière de paiement

En matière de paiement, il y a obligation de porter à la connaissance de l'intéressé, au plus tard au moment de l'exécution de celui-ci, la décision motivée le justifiant, avec mention des voies de recours, ainsi que de ses formes et délais (voir infra).

#### **2.1.1.2 Le devoir de conseil**

La doctrine<sup>1</sup> considère que le devoir de conseil prévu à l'article 4 de la Charte est un principe d'interprétation du devoir d'information et qu'il doit aller jusqu'à indiquer à l'assuré social la meilleure façon de faire valoir ses droits ou de respecter ses obligations : l'entreprise d'assurances et le F.A.T. doivent donc permettre à la victime et à l'ayant droit de faire valoir leurs droits dans les méandres de la réglementation et leur faciliter toutes informations à cette fin (p. ex., en matière de prescription, de droit aux appareils de prothèse et d'orthopédie)<sup>2</sup>.

Relevons que la question se pose plus précisément de l'étendue de ce devoir de conseil dans le chef du Fonds des accidents du travail par rapport aux droits que la victime peut faire valoir auprès des entreprises d'assurances : jusqu'à quel point le F.A.T. peut-il s'ériger en défenseur de celle-ci contre l'assureur ?<sup>3</sup> De même, en cas de cumul avec une pension, fait-il partie du devoir de conseil d'attirer l'attention de la victime sur le fait que bénéficier d'une (petite) pension peut entraîner une réduction de l'allocation ou de la rente, alors que renoncer à cette pension aboutirait à un plus grand bénéfice financier pour l'intéressé ?

Des cas d'application de la mise en œuvre de ce devoir de conseil (mais qui existaient avant la Charte) sont certes le refus d'entérinement d'accords – indemnités lorsque le Fonds estime que les conditions légales ne sont pas remplies. Mais ceci trouve certainement son explication principale dans le caractère d'ordre public de la loi, qui permet au Fonds de rejeter l'accord des parties lorsqu'il estime, par exemple, que la rémunération de base n'est pas correctement calculée.

Relèvent toutefois de son pur devoir de conseil dans ces hypothèses les communications faites à la victime sur la manière de faire valoir ses droits par rapport à la question juridique soulevée. L'on peut également citer les circulaires à destination des entreprises d'assurances, les invitant à prendre elles-mêmes des initiatives envers les assurés, notamment afin de les informer de l'expiration du délai de revision.

### **2.1.2 Garanties dans l'octroi des prestations**

#### **2.1.2.1 La phase administrative**

Les garanties visées par la Charte concernent toute la procédure de la demande en reconnaissance de l'accident, les mécanismes d'indemnisation ainsi que les règles en matière de paiement.

---

<sup>1</sup> B. GRAULICH et P. PALSTERMAN, "La Charte de l'assuré social", cité, p. 267.

<sup>2</sup> Voir circulaire n° 246 du 25 mai 1998 du F.A.T. aux organismes agréés pour l'assurance contre les accidents du travail.

<sup>3</sup> P. PALSTERMAN, "L'application de la "Charte de l'assuré social" dans le secteur des accidents du travail", in (coll.) "Accidents du travail – Une centenaire pleine d'avenir", Bull. Ass., 2002, dossier n° 8, p. 15

#### 2.1.2.1.1 Introduction de la demande

##### 2.1.2.1.1.1 *Mode d'introduction*

Aucune règle particulière ne figure dans l'arrêté royal du 24 novembre 1997, l'introduction de la demande devant se faire conformément aux dispositions de la loi du 10 avril 1971 (déclaration de l'accident, en principe par l'employeur) ou du droit commun, auquel la loi du 10 avril 1971 renvoie implicitement (octroi d'allocations).

##### 2.1.2.1.1.2 *Accusé de réception*

Un arrêté royal du 27 octobre 1999 (M.B., 4 janv. 2000) est venu modifier l'arrêté royal du 24 novembre 1997 en y insérant un article 4bis, selon lequel la notification de la décision d'acceptation de l'accident du travail, qui intervient dans les deux semaines à dater de la réception de la déclaration, a valeur d'accusé de réception<sup>1</sup>.

##### 2.1.2.1.1.3 *Octroi d'office*

La Charte prévoit en son article 8 que les prestations sociales sont octroyées soit d'office chaque fois que cela est matériellement possible, soit sur demande écrite.

Si l'essentiel de l'indemnisation requiert une demande (indemnités, aide de tiers, tiers en capital), certaines parmi les allocations dites complémentaires sont allouées d'office. Il s'agit de l'allocation de réévaluation, de l'allocation de péréquation et de l'allocation supplémentaire.<sup>2</sup>

Par contre, il faut une demande pour percevoir l'allocation d'aggravation, l'allocation de décès et l'allocation spéciale.<sup>3</sup>

Il faut donc, dans la plupart des cas, introduire une demande, qui va faire l'objet d'une instruction administrative par l'institution (coopérante) de sécurité sociale.

En ce qui concerne la demande introduite auprès d'une institution de sécurité sociale incompétente, l'arrêté royal prévoit (art. 5) que les demandes d'allocations d'aggravation, de décès ainsi que d'allocation spéciale introduites auprès d'une entreprise d'assurances ou du Fonds, c'est-à-dire celles qui ne sont pas allouées d'office, sont validées quant à leur date d'introduction, même si l'institution n'est pas compétente. Il faut en effet rappeler que, pour les allocations dites complémentaires, le paiement est tantôt à charge du Fonds, tantôt à charge de l'entreprise d'assurances : allocation d'aggravation à charge du F.A.T. pour les accidents du travail avant le 1<sup>er</sup> janvier 1988 et de

---

<sup>1</sup> La date de prise d'effet de cette modification est le 1<sup>er</sup> janvier 1997

<sup>2</sup> Ces allocations sont organisées comme suit

- allocation de réévaluation : A.R. du 23 sept. 2005 portant modification de l'A.R. du 10 déc. 1987 relatif aux allocations accordées dans le cadre de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (M.B. 30 septembre 2005), A.R. du 15 sept. 2006 modifiant l'A.R. du 10 déc. 1987 (M.B. 21 septembre 2006) et A.R. du 7 mai 2007 portant modification du même A.R. du 10 déc. 1987 (M.B. 1<sup>er</sup> juin 2007)
- allocation de péréquation : A.R. du 10 déc. 1987 (M.B. du 6 janvier 1988)
- allocation supplémentaire : A.R. du 21 déc. 1971 concernant les allocations et l'assistance sociale accordée par le F.A.T. (M.B. 31 décembre 1971), A.R. du 10 déc. 1987 et loi du 22 février 1998 portant des dispositions sociales (M.B. 3 mars 1998) ayant donné lieu à l'A.R. du 27 mai 1999 modifiant l'A.R. du 10 déc. 1987 (M.B. 30 juin 1999).

<sup>3</sup> Ces allocations sont organisées comme suit :

- allocation d'aggravation : A.R. du 10 déc. 1987
- allocation de décès : A.R. du 10 déc. 1987
- allocation spéciale : loi du 29 décembre 1990 portant des dispositions sociales (M.B. 9 janvier 1991) et loi du 22 février 1998 (vue ci-dessus) ayant donné lieu à l'A.R. du 27 mai 1999 ci-dessus.

l'entreprise d'assurances pour les autres ; idem pour l'allocation de décès et allocation spéciale toujours à charge du F.A.T.<sup>1</sup>

#### 2.1.2.1.1.4 Polyvalence de la demande

En ce qui concerne la polyvalence de la demande, cette question n'est pas réglée dans les mesures d'exécution. Rappelons que la Charte a confié au Roi le soin de déterminer quelle demande introduite dans le cadre d'un régime de sécurité sociale déterminé vaut demande dans le cadre d'un autre régime. Le principe est ainsi fixé dans la loi (art. 9, alinéa 5).

Or, cette question présente un intérêt évident pour les régimes maladie professionnelle et accident du travail ainsi que AMI. Une demande introduite dans un secteur peut avoir intérêt, même si elle n'aboutit pas dans celui-ci, à pouvoir être validée dans un autre. Mis à part le mécanisme de l'article 63 de la loi du 10 avril 1971, qui règle cette question entre le régime des accidents du travail et celui des soins de santé et indemnités, il n'existe aucune disposition permettant, par exemple, à une victime d'une lésion professionnelle de faire valider dans un autre régime, ainsi en maladie professionnelle, une demande introduite en accident du travail qui n'aurait pas abouti. La question reste actuellement réglée uniquement par les règles de prescription de la demande judiciaire (et la rétroactivité de la demande) mais non par la Charte.

#### 2.1.2.1.2 Examen de la demande

L'article 10 de la loi prévoit que l'institution de sécurité sociale statue au plus tard dans les quatre mois calendriers de la réception de la demande ou du fait qui a donné lieu à l'examen d'office, délai prévu sans préjudice d'un autre, plus court, prévu par une loi particulière.

Le délai visé par la Charte court à partir de l'introduction de la demande, même incomplète. Il reste de quatre mois, même si la prise de décision requiert l'intervention d'une autre institution belge de sécurité sociale.

Par contre, il est suspendu pendant la période au cours de laquelle l'entreprise d'assurances reste dans l'attente d'une information nécessaire que doit donner l'assuré social même ou une institution étrangère de sécurité sociale. En ce qui concerne la collecte des informations nécessaires à l'instruction de la demande auprès de l'assuré social, l'entreprise d'assurances doit autant que possible rassembler ces informations de son propre chef (p. ex., en consultant le registre national ou d'autres sources dans le réseau de la Banque-carrefour de la sécurité sociale).

Il a été écrit sur cette question que le délai fixé par la Charte est susceptible d'accélérer les demandes d'octroi d'allocations à charge du F.A.T. Il représente toutefois un recul par rapport à la pratique des entreprises d'assurances et par rapport aux obligations mises à leur charge par l'article 63 de la loi<sup>2</sup>.

Sur la question du délai d'examen de la demande de reconnaissance de l'accident du travail, l'article 63 de la loi du 10 avril 1971 règle la procédure à suivre par l'entreprise d'assurances en ce qui concerne l'admission ou le refus de l'accident, ou encore lorsqu'elle émet des doutes sur celui-ci.<sup>3</sup>

En cas de doute ou de refus de prise en charge (de même, encore, qu'en cas de modification ultérieure du pourcentage d'incapacité), la loi du 10 avril 1971 impose des notifications à toutes les parties intéressées (victime, O.A., F.A.T.)

---

<sup>1</sup> Voir JOURDAN M. et REMOUCHAMPS S., Indemnisation de l'accident (sur le chemin) du travail : le paiement des prestations, E.P.D.S., Kluwer, 2007, p. 35 & s.

<sup>2</sup> Voir encore B. GRAULICH et P. PALSTERMAN, « La Charte de l'assuré social », cité, p. 270

<sup>3</sup> Le fait d'émettre des doutes ou réserves donnera lieu à un complément d'enquête.

L'obligation de prendre position sur la reconnaissance de l'accident doit intervenir dans les 30 jours à dater de la réception de la déclaration.<sup>1</sup>

Il faut relever que la loi du 10 avril 1971 ne contient pas de sanction spécifique si l'entreprise d'assurances n'a pas fait connaître sa décision dans les 30 jours de la réception de la déclaration, hors le risque de devoir prendre en charge des indemnités journalières jusqu'au jour où cette notification sera faite.

Cette disposition ne s'applique cependant pas au Fonds des accidents du travail<sup>2</sup>.

En ce qui concerne l'articulation entre les deux dispositions légales (art.10 de la Charte de l'assuré social et art. 63 de la loi du 10 avril 1971), Le F.A.T. a rappelé dans une circulaire du 25 mai 1998<sup>3</sup> que ce délai maximum d'instruction de la demande ne porte pas atteinte aux dispositions de l'article 63. Si ce délai ne peut pas être respecté, le demandeur doit être informé du pourquoi. Ainsi, en cas de déclaration d'accident non couvert par une assurance, le F.A.T. communique l'information (donnée lors de l'envoi de l'accusé de réception) quant à la durée de l'examen portant sur la prise en charge. Si, passé ce délai, aucune décision n'a encore été communiquée, il y a lieu d'informer à nouveau le demandeur du motif du retard et de lui rappeler à chaque fois la date de prescription et la possibilité d'interrompre celle-ci.

#### 2.1.2.1.3 Motivation et mentions de la décision

Les obligations spécifiques mises dans la Charte à charge des institutions de sécurité sociale sont assorties de sanctions : nullité (motivation) et absence de prise de cours du délai de recours (mentions).

##### 2.1.2.1.3.1 *Motivation de la décision*

###### 2.1.2.1.3.1.1 *Principes*

Toutes les décisions doivent être motivées. Il est admis que cette motivation doit correspondre aux conditions de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation des actes administratifs.

Relevons que, du fait de l'inclusion des entreprises d'assurances parmi les institutions coopérantes de sécurité sociale et de l'obligation faite à celles-ci de motiver conformément aux dispositions de la loi du 29 juillet 1991, ces entreprises d'assurances se voient imposer une obligation traditionnellement réservée aux autorités administratives.

###### 2.1.2.1.3.1.2 *La sanction de l'absence de la motivation*

Il s'agit, selon la majorité des auteurs et de la jurisprudence, de la nullité de l'acte.

---

<sup>1</sup> Ce délai peut être prolongé en cas de force majeure.

<sup>2</sup> Cass., 8 sept. 2003, R.G., S.02.0125.N

<sup>3</sup> Circulaire n° 246, citée.

Dans sa récente contribution « La motivation des actes administratifs en droit social »<sup>1</sup>, S. GILSON considère que la sanction de l'absence de motivation de l'acte, formalité substantielle, entraîne la nullité de l'acte et même que la Charte de l'assuré social doit être considérée comme d'ordre public. Il en découle que cette nullité serait, en conséquence, absolue, le moyen devant être soulevé d'office, le cas échéant, par le juge.

L. DEAR et O. DEPRINCE vont dans le même sens<sup>2</sup>.

L'on peut très utilement retenir en outre les développements d'I. MATHY, qui relève que :

*« A première vue, l'article 159 de la Constitution ne semble permettre aux juridictions judiciaires que d'écarter l'application des décisions administratives, tant réglementaires qu'individuelles. Ceci est vrai dans la mesure où un acte administratif est soumis au juge judiciaire par le biais d'une exception d'illégalité. Mais, en matière de sécurité sociale, si le tribunal du travail ne connaît pas directement des actes réglementaires, dont l'annulation doit être malgré tout réservée au Conseil d'Etat, il peut en revanche connaître de recours directs contre des actes de portée individuelle et, dans cette mesure, il est correct de dire qu'il a réellement le pouvoir de les annuler (ou d'en constater la nullité, si la paraphrase rassure les plus réticents) »<sup>3</sup>.*

Comme le retient également la cour du travail de Mons dans un arrêt du 15 mars 2006<sup>4</sup>, si une disposition légale prévoit une motivation formelle, celle-ci revêt un caractère substantiel et le défaut sur ce point entraîne la nullité de l'acte qui comporte ce que l'on appelle communément en telle hypothèse un vice de forme.

Une position minoritaire est de considérer qu'il n'y a « pas de nullité sans grief ». Position minoritaire, car la règle « pas de nullité sans grief » concerne les nullités en droit judiciaire, étant une application de l'article 861 du C.J., qui ne peut trouver à s'appliquer lorsqu'il s'agit d'examiner la validité d'un acte administratif.

La nullité qui s'attache au défaut de motivation formelle telle qu'exigée par la loi du 29 juillet 1991 constitue donc une nullité absolue qui doit être soulevée d'office par le juge et qui, en toute hypothèse, s'applique, qu'il y ait grief ou non.

La question de l'effectivité de la Charte se pose particulièrement, par rapport à l'obligation de motivation, de la sanction de son non respect : ayant un pouvoir de pleine juridiction,<sup>5</sup> le juge du travail ne s'attachera pas outre mesure au contrôle de légalité externe. Après avoir constaté une éventuelle irrégularité (entraînant la nullité de la décision), il se prononcera sur le fond du droit. Par conséquent, les discussions relatives au pouvoir du juge en matière d'annulation de l'acte administratif et de ses conséquences semblent avoir ici peu d'intérêt pratique (contrairement, par exemple, à une sanction), sauf que la décision litigieuse doit pouvoir être écartée, étant illégale.

---

<sup>1</sup> GILSON, S., « La motivation des actes administratifs en droit social », in La motivation formelle des actes administratifs, sous la direction scientifique de JADOUL, P., et VAN DROOGHENBROECK, S., Ed. La Charte, 2005, p. 290

<sup>2</sup> L. DEAR et O. DEPRINCE, « Incidence de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs sur le licenciement du personnel contractuel du secteur public », J.T.T., 2005, p.173

<sup>3</sup> I. MATHY, « Etendue des pouvoirs du juge à l'égard des décisions prises par une autorité administrative en matière de sécurité sociale », J.L.M.B., 2005, p. 334.

<sup>4</sup> C. trav. Mons, 15 mars 2006, R.G. 18.083, Justel

<sup>5</sup> Comme l'écrit Mme I. MATHY : « En règle générale, l'institution de sécurité sociale exerce un pouvoir lié. Le tribunal du travail exerce alors un contrôle dit « de pleine juridiction », moyennant le respect du principe dispositif et des droits de la défense. En effet, dans ce cas, le droit impose à l'autorité de donner à sa décision un contenu prédéfini, déterminé uniquement par la réunion de conditions objectives portées par la réglementation, ce qui permet de qualifier la décision de « déclarative » de droit. (I. MATHY, « Etendue des pouvoirs du juge à l'égard des décisions prises par une autorité administrative en matière de sécurité sociale », cité)

Mais peut-elle sortir d'autres effets ? Ainsi, une question est également à régler quant aux effets de la nullité qui serait invoquée, et notamment en matière de prescription : une décision de guérison sans séquelles<sup>1</sup> peut-elle sortir des effets quant au délai de l'action à introduire, si cette décision est nulle et que, par conséquent, aucun effet juridique ne peut en principe y être attaché ?

#### 2.1.2.1.3.1.3 *Le contenu de la motivation*

Relevons deux questions particulières, l'une réglée par des dispositions spécifiques (le paiement des prestations), l'autre faisant l'objet de débat (les données médicales).

##### 2.1.2.1.3.1.3.1 *Les décisions en matière de paiement*

En ce qui concerne l'exigence de motivation en cas de paiement, cette condition est supposée remplie dès lors que l'intéressé a connaissance au plus tard au moment de l'exécution de celui-ci de la décision motivée qui le justifie. Cette décision doit contenir en outre la mention des voies de recours, ses formes et délais<sup>2</sup>.

##### 2.1.2.1.3.1.3.2 *Les données médicales*

Le principe étant la motivation de la décision, reste à concilier celui-ci avec les éléments du dossier à caractère médical. Cette question se posera pour toutes les décisions de ce type (accident du travail ou maladie professionnelle)<sup>3</sup>.

1. P. PALSTERMAN écrit<sup>4</sup>, à propos des rapports entre la Charte de l'assuré social et la loi du 29 juillet 1991, que le champ d'application matériel des deux législations est différent et que la Charte ne tranche pas la principale controverse soulevée par la loi de 1991 dans le domaine social, qui est la communication dans la décision des éléments médicaux. La sanction de la loi de 1991, qui est la nullité de l'acte administratif, est dépourvue d'effet pratique en l'espèce, dès lors que le juge saisi du litige examinera le fond du droit et qu'en conséquence le risque pour l'institution de sécurité sociale de devoir payer des prestations en raison d'une insuffisance de motivation de la décision de refus est bien moins grand que le risque d'être déclaré responsable du dommage né d'une divulgation intempestive de données sensibles.
2. Ceci étant, il faut relever qu'en accident du travail le recours judiciaire s'exercera généralement contre une décision de l'entreprise d'assurances ou du F.A.T. rejetant l'accident du travail, refusant une période d'incapacité ou fixant un taux d'I.P.P. En l'absence de décision de l'entreprise d'assurances (ou du F.A.T.), il pourra être mû s'il y a absence de prise de position quant à l'accident, retard dans l'indemnisation de l'incapacité temporaire, voire dans la proposition de règlement définitif.

Dans la pratique, dans la majorité des cas, soit il n'y aura pas (encore) de décision prise, soit elle visera les conditions légales d'octroi (rejet de l'accident, etc.).

Si elle est médicale, il pourra s'agir

- soit d'une décision de guérison sans séquelles : ce type de décision consiste généralement en un bref avis administratif (courrier) auquel est joint un certificat médical sommaire reprenant les mentions habituelles mais ne contenant pas de motivation sur le plan médical. Or, sur cette

---

<sup>1</sup> Qui ouvre un délai de forclusion

<sup>2</sup> Voir également ci-dessus pour les mentions des formules de paiement

<sup>3</sup> De même que chaque fois que le dossier médical est un élément du fondement de la décision administrative.

<sup>4</sup> P. PALSTERMAN, "L'application de la "Charte de l'assuré social" dans le secteur des accidents du travail", in (coll.) "Accidents du travail – Une centenaire pleine d'avenir", Bull. Ass., 2002, dossier n° 8, p. 101

question, les scrupules généralement exprimés quant au risque de violation du secret médical sont inexistants, cette décision devant être notifiée à la victime elle-même ;

- soit d'un refus de prise en charge d'une période d'incapacité, de soins, de frais : force est de constater que celles-ci ne sont pas motivées, ni médicalement, ni autrement sauf par un renvoi à une décision (non communiquée) du médecin-conseil <sup>1</sup> ;

- soit d'une proposition de règlement hors procédure judiciaire, étant un accord-indemnité, fixant les conditions légales d'indemnisation et prévoyant, en outre, toute une série de mentions<sup>2</sup>. Ces mentions ne constituent pas une motivation mais une description de l'accident. Quant au rapport de consolidation, contenant la description des séquelles qui peut être demandé par la victime<sup>3</sup>, celui-ci servira de base à la fixation d'autres droits, ainsi, dans le cadre de l'examen d'une éventuelle procédure en revision, en cas de survenance d'un autre accident ou s'il y a lieu à une autre indemnisation. Il s'agit d'un descriptif des lésions plutôt que d'une motivation.

Nous sommes d'avis, sur cette question de communication des données médicales, que le risque de voir figurer dans les explications qui sont données à la victime des éléments relevant du secret médical ne sont pas de nature à justifier une absence totale de motivation, puisque, en tout cas, les données médico-légales seront consultables par toutes les parties au litige et seront en possession de celles-ci dans le cours de la procédure judiciaire. Les faire figurer dans une décision constatant l'absence de toutes séquelles indemnissables à partir d'une date déterminée ou la raison de l'exclusion d'une période d'I.T.T. ou encore la justification d'un taux d'incapacité permanente permettrait, au contraire, à l'assuré social de mieux comprendre la position de l'entreprise d'assurances et de faire valoir ses droits en conséquence de cause. Ceci pourrait, par exemple, l'aider à comprendre qu'il ne doit pas introduire de recours ou - à l'inverse - que son dossier n'a pas été pris en compte ou l'a été insuffisamment.

Si l'on ne voit, de ce fait, généralement que peu de risques à ne pas motiver sur le plan médical - puisque le juge est saisi d'un contentieux de pleine juridiction - alors qu'on le devrait et que

---

<sup>1</sup> Rappelons ici que, en vertu de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, celui-ci a le droit de consulter son dossier. La loi précise que la demande de consultation du dossier doit émaner du patient et que cette consultation doit intervenir dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 15 jours de la réception de la demande. L'art. 7, § 4 de la loi prévoit de ne pas divulguer, à titre exceptionnel, certaines informations médicales dans l'hypothèse où la communication de l'information risque de causer un préjudice grave à la santé du patient. Ne sont pas transmises les annotations personnelles du médecin. Ces droits peuvent être exercés ici, comme dans les autres hypothèses où intervient une décision d'ordre médical.

<sup>2</sup> L'accord-indemnité conclu entre l'entreprise d'assurances et la victime doit reprendre le lieu de l'accident et décrire la nature des lésions encourues. Il doit détailler les périodes d'incapacité temporaire, totale ou partielle et constater que la victime a été pour ces périodes indemnisée et remboursée des frais exposés (médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers ainsi que des frais d'appareils de prothèse et d'orthopédie) ou, si ces frais ont été pris en charge par un tiers, que ce dernier a été remboursé.

L'accord doit fixer la date de consolidation, le taux d'incapacité permanente et le besoin (ou non) de l'assistance régulière d'une tierce personne. Il doit mentionner que le taux d'incapacité permanente a été fixé en tenant compte de l'incapacité économique de travail de la victime (âge, profession, possibilités de reclassement, possibilités de réadaptation, situation du marché de l'emploi, ...).

L'accord doit encore déterminer la rémunération de base et fixer l'allocation annuelle (Conformément à l'article 24 de la loi) ainsi que l'allocation supplémentaire éventuelle pour l'assistance régulière d'une tierce personne. Enfin, l'accord doit stipuler que l'allocation annuelle sera remplacée à l'expiration du délai de trois ans qui suit son entérinement par une rente viagère, sous réserve du paiement du capital prévu par la loi et régler la question du renouvellement et de l'entretien des appareils de prothèse et d'orthopédie qu'il détermine.

En cas d'accident mortel, l'accord fixe la rémunération de base et les rentes à allouer en faisant pour chaque ayant droit la distinction entre la rente viagère et la rente temporaire. Il prévoit de manière expresse, pour le conjoint survivant, la limitation en matière de cumul avec une pension de retraite ou de survie.

Enfin une disposition particulière doit figurer pour les ascendants, selon que la victime était ou n'était pas la principale source de revenus; pour ceux-ci également figure la clause de limitation en matière de cumul.

<sup>3</sup> Voir ci-dessus

soulever la nullité d'une décision administrative a ainsi peu d'effet, il n'en demeure pas moins que toutes les parties au litige auraient, dans le souci d'une information correcte et d'une appréciation du bien-fondé de la décision prise – intérêt à faire figurer au début du dossier les éléments d'ordre médico-légal permettant de vérifier la justesse de la position de l'assureur.

3. Rappelons par ailleurs que l'article 4 de la loi du 29 juillet 1991 dispose que l'obligation de motivation ne s'impose pas lorsque l'indication des motifs de l'acte peut notamment constituer une violation des dispositions en matière de secret professionnel.

En droit administratif, il est admis que l'article 4 de la loi (et plus particulièrement le secret professionnel) ne peut faire obstacle à ce que la motivation imposée par la loi contienne les motifs médicaux sur lesquels s'appuie la décision.

C'est en ce sens que s'est prononcé le Conseil d'Etat dans le cadre de la loi du 29 juillet 1991 appliquée à l'obligation pour le S.S.A. de motiver une décision d'inaptitude définitive<sup>1</sup>.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a également pris position sur les contours de cette communication<sup>2</sup>, en ce compris sur la question du secret médical après décès : l'obligation de secret n'empêche pas qu'une information soit donnée au conjoint et à la famille proche. Le Conseil National a en effet considéré dans un avis du 16 février 2002<sup>3</sup> que le médecin traitant peut, comme il est déjà d'usage à l'heure actuelle, fournir à l'époux, à l'épouse, au partenaire ainsi qu'aux proches parents toutes informations concernant la cause de la mort et les circonstances du décès. A leur demande, le médecin traitant peut communiquer à leur médecin généraliste et/ou à leur médecin traitant toutes les données pouvant être importantes pour leur état de santé. Des informations sur la cause de la mort ne peuvent être fournies que si la personne décédée ne s'y est pas opposée, si elles ne portent pas atteinte à sa mémoire et ne concernent pas un tiers qui doit être protégé.

Il a rappelé cette position dans un avis du 19 juin 2004<sup>4</sup>, où il précise qu'il persiste à considérer, comme repris dans son avis du 16 février 2002, que le médecin traitant peut, suivant ce qui est d'usage depuis des années, donner à l'époux, à l'épouse, au partenaire ainsi qu'aux proches parents, les explications nécessaires concernant la cause de la mort et les circonstances du décès. Mais il doit en l'occurrence tenir compte d'une éventuelle opposition de la personne décédée, veiller à ne pas porter atteinte à la mémoire de la personne décédée et ne pas communiquer des données ayant trait à des tiers.

Enfin, la Cour de cassation a considéré que le secret professionnel est institué dans un but particulier, qui est de protéger le patient ; en conséquence, il ne peut être invoqué pour détourner le but dans lequel il a été institué<sup>5</sup>.

Cette jurisprudence peut être transposée.

#### *2.1.2.1.3.1.3.3 Les mentions en matière de paiement*

#### *2.1.2.1.3.2 Mentions*

L'arrêté royal du 24 novembre 1997 déroge à l'article 14 de la loi du 11 avril 1995 sur trois points:

---

<sup>1</sup> Voir infra

<sup>2</sup> Voir infra

<sup>3</sup> Conseil National de l'Ordre des médecins, avis du 16 février 2002, Bulletin du Conseil National, n°95, p.3

<sup>4</sup> Conseil National de l'Ordre des médecins, avis du 19 juin 2004, Bulletin du Conseil National, n° 105, p.2

<sup>5</sup> Cass., 7 mars 2002, R.G. C990220 N (dans le cadre de l'article 901 du Code civil).

(1) la possibilité de contester la décision: l'article 4 de l'arrêté royal prévoit que la mention relative à la faculté de contester la décision devant le tribunal du travail doit être plus explicite: il doit y être mentionné que la procédure peut être introduite par exploit d'assignation signifié à l'entreprise d'assurances ou au F.A.T. par un huissier de justice ou par un procès-verbal de comparution volontaire;

(2) outre la disposition de l'article 728 du Code judiciaire, l'article 68 de la loi du 10 avril 1971 doit également figurer, à savoir que, sauf si la demande est téméraire et vexatoire, les dépens de toutes actions fondées sur la loi du 10 avril 1971 sont à charge de l'entreprise d'assurances;

(3) le délai de prescription dans lequel l'assuré social peut réclamer son droit aux prestations <sup>1</sup> ainsi que les modes possibles d'interruption de la prescription.

Vu le principe contenu dans l'article 14, alinéa 2, de la loi, selon lequel en cas de défaut des mentions légales, la sanction est que le délai de recours ne commence pas à courir, il faut considérer qu'il en est également ainsi à défaut pour l'institution de sécurité sociale de mentionner un des trois points ci-dessus<sup>2</sup>. Le point (3) ne trouve toutefois pas à s'appliquer tel quel dans l'hypothèse d'une décision de guérison sans séquelles, de telle sorte que la mention complète correspondante (délai de forclusion) devrait impérativement y figurer.

Enfin, relevons que des dispositions particulières gouvernent les modalités de paiement : les formules de paiement doivent, dans un souci de transparence, permettre au bénéficiaire de contrôler le paiement intervenu et, dans cette optique, les mentions suivantes sont obligatoires:

- En cas d'indemnité d'incapacité temporaire et premier paiement d'allocation d'incapacité permanente:
  - nature de la prestation;
  - période et taux d'incapacité de travail;
  - rémunération de base;
  - allocation brute;
  - retenues sociales et fiscales;
  - allocation nette, et
  - le cas échéant: mention distincte pour l'indemnité pour aide de tiers et éventuellement mention qu'il ne s'agit que de paiements provisionnels;
- En cas de remboursement de frais:
  - nature de la prestation;
  - date ou numéro de la facture;
- En cas de remboursement global de plusieurs prestations, ces mentions sont détaillées par prestation ou par facture;
- En cas de paiement en capital:
  - nature de la prestation;
  - taux d'incapacité de travail;
  - rémunération de base;
  - mode de calcul du capital;
  - allocation brute;
  - retenues sociales et fiscales;
  - allocation nette, et
  - le cas échéant: mention distincte en cas d'aide de tiers.

#### 2.1.2.1.4 Notification de la décision

---

<sup>1</sup> Depuis l'A.R. du 27 octobre 1999, modifiant l'A.R. du 24 novembre 1997 (M.B., 4 janv. 2000), la 'date extrême du délai de prescription' dans lequel l'assuré social peut exiger son droit aux prestations ne doit plus être indiquée, mais bien le délai.

<sup>2</sup> Voy. notamment C. trav. Liège, 22 mars 2000, inéd., R.G. n° 27 497/98.

Si le texte légal reste en principe d'application, à savoir qu'une lettre ordinaire ou la remise d'un écrit (avec toutes les difficultés inhérentes à ceci) suffit, cette règle vaut sans préjudice de dispositions particulières. Il y a donc lieu de considérer comme indispensables et restant applicables les modes de notification prévus par la loi du 10 avril 1971 (notamment en matière de décision de guérison sans séquelles) vu l'importance de ces décisions et leurs répercussions sur les droits de la victime. Rappelons que, en cas de difficultés, le texte légal prévoit que la charge de la preuve de la notification appartient à l'entreprise d'assurances ou au F.A.T.

Signalons encore que l'article 2 de l'arrêté royal du 24 novembre 1997 prévoit que les notifications ne sont pas exigées:

- lorsque la décision résulte exclusivement de l'indexation des allocations, rentes et allocations échues;
- lorsqu'il s'agit de décisions de paiement de prestations dans le cas où ces paiements ne sont que l'exécution répétée d'une décision antérieure, notifiée conformément à ces dispositions légales. L'exception à l'exception concerne les refus d'accorder totalement ou partiellement les prestations demandées.

#### 2.1.2.1.5 Délai de paiement

Le délai normal de paiement prévu par la loi (dans les quatre mois calendrier de la notification de la décision d'octroi et au plus tôt à la date à laquelle les conditions de paiement sont remplies) ne peut s'appliquer pour les indemnités, allocations et rentes prévues par la loi du 10 avril 1971 puisque l'époque de paiement y est déterminée par un texte spécifique. Celle-ci fixe, par exemple, une date d'exigibilité générale pour les indemnités journalières : elles sont payables aux mêmes époques que les salaires.

En outre, pour les prestations payables annuellement, ce n'est pas le délai général de la Charte qui va en déterminer la date de paiement (au plus tard en février de l'année suivante). Dans ces hypothèses, en effet, la loi du 10 avril 1971 fixe également l'époque de paiement, ainsi, pour le paiement des rentes de moins de 10 %, c'est dans le courant du mois de novembre de l'année en cause.

Tout paiement effectué après l'échéance est tardif. Ajoutons que, en accident du travail, en cas de retard, il y a lieu à paiement d'intérêt, d'office.

Si le paiement n'est pas effectué dans le délai imparti, l'institution chargée du paiement des prestations doit, en outre, en vertu de la Charte, en informer le demandeur en indiquant le motif du retard. Cette obligation d'information va donc s'appliquer, sans que le texte n'attache de sanction spécifique au non respect de celle-ci.

#### 2.1.2.2 **Le droit aux intérêts**

Les intérêts sur les indemnités dues en vertu d'un accident du travail ont un sort réglé depuis la loi du 10 avril 1971, qui prévoit que ceux-ci courent de plein droit dès l'exigibilité de ces indemnités (et non pas à partir de la date où les prestations doivent être mises en paiement conformément à l'article 12 de la loi du 11 avril 1995, c'est-à-dire en règle générale quatre mois après la décision, qui doit elle-même intervenir dans les quatre mois de la réception de la demande).

Cette question garde néanmoins son importance en ce qui concerne les remboursements de frais et notamment les frais de déplacement et la compensation pour rémunération perdue suite à ceux-ci, ainsi que pour le remplacement des appareils d'orthopédie, de prothèse, etc. et l'indemnité pour frais

funéraires. Rappelons à cet égard la discussion jurisprudentielle quant à la notion d'indemnité, qui devrait être close, depuis l'arrêt de la Cour de cassation du 19 février 2007<sup>1</sup>.

Par ailleurs, en ce qui concerne le cumul entre une pension et des prestations d'accident, celui-ci ne devrait pas être affecté par la loi du 22 février 1998<sup>2</sup>, puisqu'elle concerne l'intérêt en cas d'avance sur pension. Or, dans l'hypothèse du cumul, c'est la prestation d'accident du travail qui est diminuée.

### 2.1.2.3 La revision de la décision

Les règles de la Charte en matière de revision ne s'appliquent pas telles quelles au secteur des accidents du travail, puisque existe une procédure de revision particulière, qui a pour but d'apprécier une éventuelle modification de l'état de la victime après la consolidation des lésions, mais qui ne peut remettre en cause la décision initiale.

Selon la doctrine<sup>3</sup>, la justification éventuelle d'exclure le secteur des accidents du travail de l'article 17 de la loi du 11 avril 1995 n'est pas la procédure en revision mais la procédure en fixation des droits elle-même, celle-ci ne reposant pas sur une décision unilatérale d'une autorité administrative mais sur un contrat négocié par les parties et entériné par le F.A.T. ou sur une décision judiciaire précédée d'un débat contradictoire (ces procédures s'apparentant davantage à des mécanismes de droit privé).

La disposition de la Charte ne s'applique donc pas sauf dans les décisions en matière de paiement.

La question a été posée à la Cour de cassation de l'articulation entre l'article 63, § 4 de la loi et la Charte. Dans un arrêt du 11 juin 2007<sup>4</sup>, la Cour a en substance considéré que :

En vertu de l'article 63, § 4 de la loi sur les accidents du travail, l'entreprise d'assurances est, en cas de contestation sur la nature ou le taux de l'incapacité de travail de la victime, obligée de payer les avances sur indemnités journalières ou allocations annuelles visées aux articles 22, 23, 23bis ou 24, par provision, sur la base du taux d'incapacité proposé par elle.

L'article 17, 1<sup>er</sup> alinéa de la Charte dispose que lorsqu'il est établi que la décision est affectée d'une erreur juridique ou matérielle, l'institution de sécurité sociale prend une nouvelle décision de sa propre initiative, qui entrera en vigueur à la date à laquelle la décision corrigée aurait dû intervenir, sans préjudice des dispositions légales et réglementaires en matière de prescription.

Le 2<sup>ème</sup> alinéa de cet article dispose que, sans préjudice de l'application de l'article 18, si l'erreur est imputable à l'institution de sécurité sociale, la nouvelle disposition entre en vigueur le premier jour du mois après sa signification en cas de droit à une prestation réduite par rapport au droit initialement conféré.

Or, les paiements obligatoires visés à l'article 63, § 4 de la loi sur les accidents du travail d'avances interviennent dans l'attente de la fixation définitive des sommes à payer en conséquence de l'accident du travail. S'il y a demande de remboursement ultérieur, l'on ne peut considérer qu'il serait statué une nouvelle fois sur le paiement de ces provisions et sur leur montant au sens de la Charte. C'est le montant non modifié des provisions versées qui est revu. La décision qui fixe l'étendue des droits après une décision provisionnelle sur ceux-ci n'est pas une nouvelle décision au sens des articles 17 et 18. Il ne peut en aucune manière être question de la correction d'une erreur juridique ou matérielle.

---

<sup>1</sup> Cass., 19 févr. 2007, J.T.T., 2007, p. 261

<sup>2</sup> Voir ci-dessus, Partie II

<sup>3</sup> Consulter encore B. GRAULICH et P. PALSTERMAN, op. cit., p. 266

<sup>4</sup> Cass., 11 juin 2007, J.T.T., 2007, p. 334

Par conséquent, le moyen qui considère que, en demandant le remboursement des avances qui dépassent les montants définitivement fixés, l'on revient suite à une erreur matérielle ou juridique sur la décision relative à ces avances et qu'ainsi une nouvelle décision est prise au sens de l'article 17 de la Charte, manque en droit.

#### **2.1.2.4 Les délais de recours**

L'article 23 de la loi porte à trois mois le délai de recours contre les décisions en matière d'octroi de paiement ou de récupération de prestations.

Ce texte ne porte pas préjudice aux «délais plus favorables», c'est-à-dire ceux concernant des délais de déchéance plus longs ou les cas où la législation concernée ne prévoit aucun délai de déchéance mais seulement un délai de prescription, comme c'est le cas en accident du travail pour la demande de paiement des indemnités.

La disposition de la Charte est généralement inapplicable puisque le délai de prescription – de trois ans - commence en effet ici à courir à partir de la naissance du droit (et non d'une décision qui serait prise par l'entreprise d'assurances ou le Fonds)<sup>1</sup>. Il est indépendant de l'existence d'une décision<sup>2</sup>. Tout au plus peut-il être influencé par une cause d'interruption de prescription que celle-ci contiendrait.

#### **2.1.2.5 L'indu**

Les dispositions particulières de la Charte dont il peut être fait application en cas de paiements indus faits à la victime sont

- article 15 : les mentions obligatoires de la décision de répétition de l'indu,
- article 22 : la renonciation à l'indu,
- articles 21 et 21 bis : les intérêts,
- article 23 : les recours contre les décisions de récupération.

Il faut également ajouter à cette énumération, l'article 17 (revision). En effet, dès lors que, dans les cas de figure qu'il vise, l'article 17, alinéa 2 prévoit la non rétroactivité de la décision nouvelle, la Charte peut faire obstacle au caractère recouvrable d'un indu.

L'arrêté royal du 24 novembre 1997, portant exécution, en ce qui concerne l'assurance « accident du travail » dans le secteur privé, de certaines dispositions de la Charte de l'assuré social, ne prévoit aucune règle dérogatoire ou supplémentaire. Aucune des dispositions énumérées ci-dessus n'est en effet visée par cet arrêté royal.

Nous nous proposons d'examiner ci-dessous les dispositions applicables en la matière en relation avec les dispositions de la Charte énumérées ci-dessus. L'exposé n'abordera pas l'intégralité de la matière de l'indu, vu le caractère limité de la présente contribution

L'on peut déjà relever que les dispositions de la Charte en matière d'indu, contrairement aux autres secteurs de la sécurité sociale, n'ont été que très peu transposées dans la réglementation.

##### **2.1.2.5.1 Les mentions de la décision de récupération d'indu**

Comme dans les autres branches de la sécurité sociale, l'indu n'est pas rare. Les différentes dispositions anti-cumul, ainsi que l'obligation faite aux entreprises d'assurances de procéder à des

---

<sup>1</sup> Hors hypothèse de la guérison sans séquelle, pour laquelle il y a délai de forclusion si l'action n'est pas introduite dans les trois ans

<sup>2</sup> Hors également l'hypothèse d'une guérison sans séquelles

avances dans l'attente du règlement définitif de l'accident sont en effet susceptibles, en elles-mêmes, de donner lieu à des paiements indus.

Il convient de faire une distinction entre les décisions de récupération prises par le F.A.T. et celles prises par l'entreprise d'assurances. En effet, la loi du 10 avril 1971 et certains de ses arrêtés d'exécution règlent la question pour ce qui est des décisions du F.A.T., alors que tel n'est pas le cas pour celles des entreprises d'assurances.

#### 2.1.2.5.1.1 Les décisions de récupération prises par le F.A.T.

La loi du 10 avril 1971 n'a réglementé le contenu de la décision de récupération que postérieurement à l'adoption de la Charte de l'assuré social. Auparavant, la disposition pertinente (article 60bis) n'envisageait que la question de la renonciation à l'indu et les délais de prescription de l'action en répétition.

Il a fallu attendre la loi du 29 avril 1996<sup>1</sup> pour que la législation encadre la décision de récupération.

Le siège de la matière réside dans l'article 60bis de la loi du 10 avril 1971. Cette disposition a fait l'objet de multiples modifications. Sa version actuelle est le fruit de la loi du 13 juillet 2006<sup>2</sup>, qui a entièrement refondu la disposition légale, la rendant d'ailleurs plus lisible.

La décision de récupération est fixée par le paragraphe 1<sup>er</sup> de la disposition, lequel prévoit :

- une limitation des indus récupérables, étant ceux visés à l'article 17 de la Charte de l'assuré social, et dans les conditions fixées par cette disposition (§ 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>);
- l'obligation de recourir à un envoi recommandé (alinéa 2)<sup>3</sup>.
- une délégation au Roi pour ce qui est de la détermination des mentions de la lettre de récupération (alinéa 4). Le principe de la Charte quant à la sanction (absence de prise de cours des délais en cas de décision ne comportant pas les mentions prescrites) est maintenu (alinéa 4) ;
- le délai de recours ouvert à la victime à l'encontre de la décision (alinéa 2) : trois mois à compter du 3<sup>ème</sup> jour qui suit le dépôt de la lettre recommandée à la poste. La contestation doit être portée devant le tribunal du travail compétent ;
- l'absence de possibilité d'exécution de la décision de récupération avant l'expiration du délai de recours (alinéa 3) ;
- l'interruption de la prescription par l'envoi de la décision par pli recommandé (interruption applicable également à chaque acte de recouvrement ultérieur).

L'arrêté royal déterminant les mentions que doit contenir la décision est l'arrêté royal du 30 décembre 1976, qui porte exécution des articles 60 et 60bis de la loi. Cet arrêté royal a été adapté aux modifications de la loi du 13 juillet 2006 par l'arrêté royal du 5 juin 2007<sup>4</sup>.

Ainsi, le nouvel article 1<sup>er</sup>*quater* de l'arrêté royal du 30 décembre 1976 fixe, à dater du 22 juin 2007 (date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 5 juin 2007), les mentions que doivent comporter les décisions de récupération des prestations payées indûment, étant :

- la constatation de l'indu, le montant total et son mode de calcul,
- le contenu et les références des dispositions en infraction desquelles les paiements ont été effectués,
- le délai de prescription pris en considération,
- la possibilité de contester la décision auprès du tribunal du travail au moyen soit d'un exploit d'huissier<sup>1</sup> signifié par ce dernier au Fonds, soit d'un procès-verbal de comparution volontaire,

---

<sup>1</sup> Loi du 29 avril 1996 portant les dispositions sociales, M.B. 30 avril 1996

<sup>2</sup> M.B. 1<sup>er</sup> septembre 2006 – entrée en vigueur 1<sup>er</sup> septembre 2006.

<sup>3</sup> Cette obligation préexistait à la modification apportée par la loi du 13 juillet 2006.

<sup>4</sup> A.R. 5 juin 2007 portant des dispositions diverses en matière d'accidents du travail, M.B. 22 juin 2007, p. 34556

- le délai dans lequel, à peine de déchéance, l'intéressé ou l'ayant-droit doit contester la décision devant le tribunal du travail<sup>2</sup>,
- l'adresse du tribunal du travail compétent,
- le contenu des dispositions de l'article 728, §§ 1<sup>er</sup>, 2 et 3, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code judiciaire et de l'article 68 de la loi (du 10 avril 1971),
- la possibilité, nonobstant la requête déposée au tribunal du travail, d'introduire une demande auprès du Fonds pour qu'il renonce totalement ou partiellement à la récupération, ainsi que la procédure à suivre afin d'obtenir cette renonciation,
- la possibilité, nonobstant la requête déposée devant le tribunal du travail, d'introduire une demande auprès du Fonds afin de soumettre une proposition motivée en vue d'un remboursement étalé,
- les références du dossier et du service qui le gère,
- la possibilité d'obtenir toute explication sur la décision auprès du service qui gère le dossier,
- le délai de prescription dans lequel les prestations peuvent être exigées, ainsi que la manière par laquelle il est possible d'interrompre la prescription<sup>3</sup>.

Les mentions imposées par l'arrêté royal sont superposables à celles prévues par la Charte. Il s'agit en effet d'une combinaison des mentions imposées par l'article 14 (tel que modifié par l'article de l'arrêté royal du 24 novembre 1997<sup>4</sup>) et l'article 15 de la Charte.

La différence majeure réside dans l'obligation de la formule du recommandé (dont le dépôt à la poste fait courir le délai de recours), ce qui est un ajout heureux par rapport à la Charte.

Rappelons que ces mentions ne visent que les décisions prises à partir de l'entrée en vigueur de la loi du 13 juillet 2006<sup>5</sup>.

#### 2.1.2.5.1.2 *Les décisions de l'entreprise d'assurances*

Contrairement au F.A.T., l'entreprise d'assurances ne dispose pas du « privilège du préalable » : pour se procurer un titre exécutoire, elle doit saisir les juridictions du travail.

Cette circonstance explique peut-être le silence de la réglementation quant aux décisions de récupération d'indu qu'elle pourrait être amenée à prendre. Ni la loi, ni les arrêtés d'exécution ne règle ou n'envisage la question. Il n'en demeure pas moins qu'il aurait été utile d'encadrer l'action de l'entreprise d'assurances, puisque cette dernière peut faire usage du mécanisme de la compensation, dès lors qu'elle reste débitrice d'indemnités à la victime dans le chef de laquelle un indu a été constaté.

---

<sup>1</sup> Cette mention n'est pas en adéquation avec les modifications apportées au Code judiciaire, qui autorise, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2007, l'introduction des demandes principales devant le tribunal du travail par voie de requête contradictoire (art. 704, C.J., tel que modifié par la loi du 13 décembre 2005). L'absence d'harmonisation n'est pas très heureuse, dès lors que la mention en question a précisément pour but d'informer les victimes sur leurs droits. Or, la loi conseille ainsi la voie la plus onéreuse, alors que la requête reste plus facile et plus accessible. On peut cependant espérer que, dès lors que le F.A.T. informe lui-même la victime du mode d'introduction, il ne viendra pas reprocher à la victime d'avoir usé du mode le plus onéreux, afin d'éviter la prise en charge des frais de citation dans le règlement des dépens ...

<sup>2</sup> Trois mois à compter du 3<sup>ème</sup> jour qui suit le dépôt de la lettre recommandée à la poste (article 60, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2).

<sup>3</sup> Ceci vraisemblablement pour permettre à la victime d'apprécier si les prestations dont la répétition est demandée ne sont pas couvertes par la prescription. Ceci présente une importance particulière puisque, si la victime paie une dette prescrite, elle s'acquitte d'une obligation naturelle et ne pourrait ainsi pas obtenir une restitution des montants versés volontairement au F.A.T. (Cass., 6 mars 2006, R.G. S050026N, juridat).

<sup>4</sup> Portant exécution, en ce qui concerne l'assurance « accidents du travail » dans le secteur privé, de certaines dispositions de la loi du 11 avril 1995 visant à instaurer « la charte » de l'assuré social

<sup>5</sup> Pour l'historique des modifications, voir M. JOURDAN et S. REMOUCHAMPS, Indemnisation de l'accident (sur le chemin) du travail : le paiement des prestations, E.P.D.S., Kluwer, 2007, p. 204 & s.

Les obligations de l'entreprise d'assurances quant aux mentions de la décision de récupération doivent dès lors être recherchées dans la Charte elle-même, seule source de droit applicable.

En vertu de la Charte, elle est ainsi tenue de notifier une décision, comportant les mentions des articles 14 (tel que modifié par l'arrêté royal du 24 novembre 1997) et 15. Le recours, le délai de recours et la sanction en cas d'absence de précision de la lettre sont également à trouver dans la Charte elle-même.

En la matière, la Charte apparaît ainsi comme une source de droit autonome, venant compléter le dispositif légal.

#### *2.1.2.5.1.3 Le recours contre la décision*

Ainsi qu'il a été évoqué dans la section précédente, la loi réglemente spécifiquement le délai de recours ouverts aux victimes contre les décisions du F.A.T. mais non ceux contre les décisions de l'entreprise d'assurances.

Ainsi, l'article 60, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, prévoit que le délai de recours contre les décisions du F.A.T. est de trois mois à compter du 3<sup>ème</sup> jour qui suit le dépôt de la lettre recommandée à la poste (article 60, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2). Elle ne prévoit rien pour ce qui est des décisions des entreprises d'assurances, de sorte qu'il y a application du délai uniforme prévu par la Charte.

#### *2.1.2.5.2 La renonciation à l'indu*

En la matière, une distinction entre les paiements récupérables par le F.A.T. et ceux récupérables par l'entreprise d'assurance doit de nouveau être faite, les règles prévues par la loi du 10 avril 1971 et les arrêtés royaux d'exécution étant différentes.

##### *2.1.2.5.2.1 La renonciation par le F.A.T.*

Des dispositions spécifiques ont été adoptées dans la loi du 10 avril 1971 dès 1976, prévoyant la possibilité pour le F.A.T. de renoncer à l'indu.

Dès son introduction dans la loi du 10 avril 1971, l'article 60bis<sup>1</sup> prévoit en effet la possibilité pour le F.A.T. de renoncer totalement ou partiellement à la récupération de prestations indûment payées, dans les cas et aux conditions fixées par le Roi. Le texte actuel de l'article 60bis renvoie **toujours** à un arrêté royal pour la détermination des cas et conditions de renonciation à l'indu (article 60bis, § 2, alinéa 1<sup>er</sup> actuel).

Le siège de la matière réside dans l'arrêté royal du 30 décembre 1976 qui porte exécution des articles 60 et 60bis de la loi du 10 avril 1971<sup>2</sup>. Jusqu'à sa modification par l'arrêté royal du 5 juin 2007, l'arrêté royal d'exécution de l'article 60bis n'avait pas été modifié suite à l'entrée en vigueur de la Charte. Subsistait ainsi un décalage entre les cas d'indu visés par la Charte et ceux applicables au F.A.T.

---

<sup>1</sup> Introduit par la loi du 24 décembre 1976 relative aux propositions budgétaires 1976-1977 (M.B. 28 déc. 1976)

<sup>2</sup> Il faut cependant signaler l'existence d'un cas de renonciation spécifique, visé par une norme différente : la loi du 20 juillet 2006 portant des dispositions diverses (M.B., 28 juil. 2006), qui a repris les termes de l'arrêté royal du 13 janvier 1983, tel que modifié par l'arrêté royal du 5 août 1991. En vertu de ces dispositions, il y a renonciation du Fonds à la répétition à charge de la victime ou de l'ayant droit de la moitié des indemnités, rentes ou allocations perçues indûment sur la base de la réglementation en matière de cumul et qui, au 1<sup>er</sup> janvier 1991, n'étaient pas encore remboursées. Cette règle ne s'applique toutefois pas en cas de manœuvres frauduleuses ou déclarations fausses ou sciemment incomplètes. Les indus non remboursés au Fonds au 1<sup>er</sup> janvier 1991 visés par la réglementation et qui ont été constatés après le 31 décembre 1990 font également l'objet de la même renonciation, pour autant qu'ils se rapportent à la période antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 1991.

L'arrêté royal du 30 décembre 1976 ne prévoyait en effet que 3 hypothèses de renonciation :

- les deux premières concernant les « cas dignes d'intérêt » (article 2),
- la troisième, le cas où le recouvrement s'avère trop aléatoire ou onéreux (article 3).

Tous les cas de renonciation visés par la Charte n'étaient ainsi pas visés, la réglementation ignorant par exemple les cas de renonciation d'office prévus par la Charte. A l'instar de MM. GRAULICH et PALSTERMAN, nous estimons également que l'application au secteur de ces cas non visés pourrait néanmoins être demandée par la victime, sur la base de la Charte<sup>1</sup>.

Le nouveau régime de renonciation vise ainsi les hypothèses suivantes :

1. Les cas dignes d'intérêts (article 2), étant
  - a. d'une part le cas du débiteur qui n'a commis aucune faute ou négligence et
  - b. d'autre part celui pour lequel des raisons impérieuses d'équité justifient à titre exceptionnel la renonciation, et ce pour autant que l'indu n'ait pas été obtenu par des manœuvres frauduleuses ou par des déclarations fausses ou sciemment incomplètes. Il faut néanmoins une décision motivée du Comité de gestion, prise à l'unanimité.
2. Le cas du recouvrement trop onéreux ou aléatoire par rapport aux sommes à recouvrer (article 3). L'application de cette hypothèse doit être définie par un règlement établi par le comité de gestion du F.A.T., approuvé par l'autorité et publié au Moniteur belge. Le règlement est celui du 8 décembre 1977 (M.B. 7 mars 1978), tel que modifié par le règlement modificatif du 24 janvier 1990 (M.B., 16 févr.).
3. Le cas de renonciation d'office visé par la Charte (article 3bis), étant l'hypothèse du décès de celui à qui des prestations indues ont été payées si, au moment du décès, l'indu n'avait pas encore été notifié (alinéa 1<sup>er</sup>)<sup>2</sup>. Cette renonciation d'office ne vaut que pour la victime de bonne foi, c'est-à-dire hors les cas de fraude et de dol.  
Signalons que l'alinéa 2 de l'article 3bis reprend l'exception contenue dans la Charte. Les prestations payées indûment peuvent être portées en diminution des prestations déjà échues qui n'ont pas encore été payées aux personnes visées à l'article 11 de l'arrêté royal du 24 décembre 1987 portant exécution de l'article 42, alinéa 2, de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, relatif au paiement des allocations annuelles, des rentes et des allocations<sup>3</sup>.

#### 2.1.2.5.2.2 La renonciation par l'entreprise d'assurances

Si la Charte prévoit la possibilité de renonciation, cette disposition n'avait, jusqu'en 2006, pas fait l'objet de mesure particulière d'application pour les entreprises d'assurances.

Il importe de relever qu'aucun arrêté royal n'avait, conformément au § 5 de l'article 22 de la Charte, soustrait le secteur des accidents du travail secteur privé de l'application des § 1 à 4. La disposition de la Charte pouvait donc trouver à s'appliquer, théoriquement. Vu le fonctionnement particulier du

---

<sup>1</sup> B. GRAULICH et P. PALSTERMAN, « La Charte de l'assuré social », cité, p. 273, n° 93 : « *L'articulation de la Charte avec les dispositions existantes des différents secteurs n'est pas des plus claires : le texte prévoyant que les nouvelles règles sont établies « sans préjudice des règles propres aux différents secteurs de la sécurité sociale ». A notre sens, pour que la Charte ne s'applique pas à un secteur déterminé, il ne suffit pas que la réglementation concernée prévoie des dispositions en matière de récupération ; il faut encore que celles-ci soient au moins aussi complètes et aussi protectrices des droits des assurés sociaux.* ».

<sup>2</sup> La formulation exacte est : « *Sauf en cas de dol ou de fraude, le Fonds et les entreprises d'assurances renoncent d'office, au décès de celui à qui elles ont été payées, à la récupération des prestations payées indûment si, à ce moment, la réclamation de l'indu ne lui avait pas encore été réclamée.* ». Le texte est plus compréhensible si on le compare à celui contenu dans la Charte (art. 22) sur le même point.

<sup>3</sup> Il s'agit des personnes suivantes :

- le conjoint avec lequel le bénéficiaire vivait au moment de son décès;
- les enfants avec lesquels le bénéficiaire vivait au moment de son décès;
- toute personne avec qui le bénéficiaire vivait au moment de son décès;
- la personne qui est intervenue dans les frais d'hospitalisation;
- la personne qui a acquitté les frais de funérailles.

secteur (gestion autonome), il était cependant malaisé d'asseoir un droit ou une faculté de solliciter la récupération sur la seule base de la Charte de l'assuré social.

Actuellement, il faut se référer à l'article 45quinquies de la loi du 10 avril 1971 (introduit par la loi du 13 juillet 2006). En vertu de celui-ci, et à condition que le débiteur soit de bonne foi, l'entreprise d'assurances renonce à la récupération des sommes payées indûment, dans des cas ou catégories de cas dignes d'intérêt déterminés par le Roi. Cette disposition est mise en œuvre par l'arrêté royal du 30 décembre 1976, tel qu'il a été modifié par l'arrêté royal du 5 juin 2007.

Auparavant, la renonciation dépendait du bon vouloir de l'entreprise d'assurances. Relevons à cet égard un arrêt du 11 décembre 2006<sup>1</sup> de la Cour du travail de Bruxelles, qui rappelle que l'ordre public ne rend pas une renonciation volontaire de l'entreprise d'assurances inopérante, de sorte que, si celle-ci a renoncé à la récupération d'un indu, elle est liée par celle-ci. Par ailleurs, la Cour de cassation a rappelé que la décision de renoncer à récupérer les allocations indûment payées fait naître un droit subjectif dans le chef de l'assuré, de sorte qu'il ne peut plus être porté atteinte à ce droit ultérieurement, notamment en déduisant, des montants échus non encore payés, le montant de l'indu sur lequel porte la renonciation<sup>2</sup>.

Le régime de la renonciation par l'entreprise d'assurances est fixé par les articles 3bis et 3ter de l'arrêté royal du 30 décembre 1976, dont l'intitulé est désormais « arrêté royal du 30 décembre 1976 portant exécution des articles 45quinquies, 60 et 60bis de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ».

L'article 3bis a été décrit ci-dessus (cas de la renonciation d'office lié au décès de la victime de bonne foi avant notification de l'indu). Il s'applique de la même manière pour le F.A.T. que pour l'entreprise d'assurances.

L'article 3ter prévoit une obligation pour l'entreprise d'assurances de renoncer, dans les conditions précisées à l'alinéa 2, totalement ou partiellement, à la récupération des prestations payées indûment. La renonciation ne s'applique que lorsque le débiteur n'a commis aucune faute ni négligence.

L'étendue de la renonciation<sup>3</sup> est déterminée par l'application de la formule suivante :

$E = I - R/2$ , étant entendu que

- E = le montant de l'exonération,
- I = le montant de l'indu,
- R = le revenu imposable globalement figurant sur le dernier avertissement extrait de rôle, diminué de 12 fois le montant visé à l'article 1409 du Code judiciaire.

L'arrêté royal ne précise pas quel est le montant visé à l'article 1409 du Code judiciaire. On suppose qu'il s'agit du plancher des montants totalement insaisissables<sup>4</sup>.

#### 2.1.2.5.3 Les intérêts

Aucune application particulière n'a été donnée de la Charte quant aux intérêts dus sur les prestations indûment payées. Les dispositions de la Charte s'appliquent donc telles qu'elles, étant qu'en cas de fraude, dol ou manœuvres frauduleuses, les intérêts courent de plein droit à dater du paiement des prestations (art. 21).

Les intérêts sur les prestations perçues indûment en-dehors de ces hypothèses suivront le droit commun, étant que les intérêts seront dus dès la sommation de payer.

<sup>1</sup>C. trav. Brux., 11 déc. 2006, Inédit, R.G. 44.107

<sup>2</sup>Cass., 25 mars 2002, R.G. S010106F (il s'agissait d'une personne handicapée)

<sup>3</sup>L'arrêté royal se réfère à l'exonération, soit le montant qui ne sera pas sujet à répétition.

<sup>4</sup>Soit, au 1<sup>er</sup> janvier 2007, 1.197 €, à majorer de 57 € par enfant à charge (A.R. 5 déc. 2006, M.B. 14 déc. 2006).

#### 2.1.2.5.4 Le caractère récupérable de l'indu – examen des hypothèses de revision

La Charte de l'assuré social, dans ses dispositions relatives à la revision, est susceptible de faire obstacle au caractère récupérable de prestations indûment payées.

L'article 17 de la Charte, qui, en son alinéa 1<sup>er</sup>, impose à l'institution de sécurité sociale de remplacer toute décision entachée d'erreur de droit ou matérielle, prévoit également, en son alinéa 2, que la nouvelle décision ne peut avoir d'effet rétroactif dès lors qu'il y a erreur de l'institution de sécurité sociale. L'application de cette règle est conditionnée au fait que l'assuré social ne savait pas ou ne devait pas savoir, au sens de l'arrêté royal du 31 mai 1933, qu'il n'avait pas ou plus droit à l'intégralité de la prestation.

Aussi, dès lors que la nouvelle décision ne peut avoir d'effet rétroactif et ne concernera ainsi que le futur, il ne peut être question d'un indu récupérable<sup>1</sup>.

Vu l'arrêt de la Cour de cassation du 6 mai 2002, qui précise que la non rétroactivité consacrée par l'alinéa 2 de l'article 17 s'applique également aux décisions de revision prises dans le cadre de l'article 18 de la Charte, la non rétroactivité peut s'appliquer à la décision révisant à la baisse le droit aux prestations, quel que soit le moment où elle a été prise par l'institution.

L'article 17 de la Charte est susceptible de s'appliquer au secteur des accidents du travail. En effet,

1. aucun arrêté royal n'a soustrait le secteur de l'application de cette disposition ;
2. la revision, telle qu'elle peut être entendue au sens de l'article 17, n'a pas la même signification que la « revision » au sens de la loi du 10 avril 1971. Il s'agit d'hypothèses différentes. La réglementation « accidents du travail » prévoit une hypothèse de revision des conditions d'indemnisation lorsque, schématiquement, apparaît une modification non prévue dans l'état de la victime (fondée sur un élément nouveau), en relation causale avec l'accident, qui influe sur sa capacité de travail. L'action en revision, au sens de la loi du 10 avril 1971, ne peut jamais être exercée sur la base d'une erreur lors de la détermination des conditions d'indemnisation. En réalité, l'existence de la procédure spécifique de la loi du 10 avril 1971 n'est susceptible d'avoir d'effet que sur l'application au secteur de l'article 19 de la Charte (qui prévoit la possibilité, pour l'assuré social, de demander un réexamen d'une décision initiale, sur la base notamment d'un élément nouveau)<sup>2</sup>.

Il faut d'ailleurs relever que l'article 60bis, dans sa version actuelle (voir supra) limite lui-même l'indu récupérable par le F.A.T. aux cas et conditions visés à l'article 17 de la Charte, ce qui confirme encore l'application de cette disposition au secteur des accidents du travail.

## **2.2 LA MALADIE PROFESSIONNELLE**

### *Références à la législation*

---

<sup>1</sup> Voir notamment J. MARTENS, « La Charte de l'assuré social, le privilège du préalable et la décision administrative 'exécutoire' », *Chron. D.S.*, 2006, p. 573 ; M. PALUMBO et P. KALLAI, « La répétition de l'indu et l'assuré social de bonne foi », obs. sous Cass., 26 mai 2003, *J.L.M.B.*, 2006, p. 191.

<sup>2</sup> Il est cependant piquant de constater que, malgré la possibilité offerte par la Charte de soustraire certains secteurs de l'application de l'article 19 (article 19, alinéa 3), aucune disposition en ce sens n'a été prise pour le secteur des accidents du travail. Or, il résulte de l'exposé des motifs de la loi du 25 juin 1997 que cette possibilité de dérogation a été spécifiquement apportée pour la matière des accidents du travail.

*Arrêté royal du 24 novembre 1997 portant exécution, pour l'assurance maladies professionnelles dans le secteur privé, de certaines dispositions de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la « charte » de l'assuré social (M.B. 23 décembre 1997).*

*Arrêté royal du 8 avril 2002 portant exécution, pour l'assurance maladies professionnelles dans le secteur privé, de l'article 10 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social (M.B. 9 mai 2002).*

*A.R. du 11 mars 2002, portant exécution de certaines dispositions de la loi du 11 avril 1995 visant à intituler « la Charte » de l'assuré social, et modifiant l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants (M.B. 29 mars 2002).*

### *Remarque préliminaire*

Contrairement à la matière de l'accident du travail dans le secteur privé, la réparation de la maladie professionnelle implique uniquement l'intervention d'un organisme public, qui procédera à l'instruction de la demande (préalable administratif) d'une façon qui correspond mieux au mécanisme de la Charte.

L'arrêté royal du 24 novembre 1997 n'a que peu affecté la matière, ne contenant que quelques dispositions relatives à la définition de l'information utile, au délai d'instruction de la demande, aux mentions obligatoires et à l'indu.

## **2.2.1 Le devoir d'information et de conseil**

Le délai pour fournir les informations utiles prend cours à la date de réception de la demande par le Fonds.

L'arrêté royal du 24 novembre 1997 a été modifié par l'arrêté royal du 11 mars 2002<sup>1</sup>, qui a inséré un article 1 nouveau dans ce dernier, article qui définit la notion d'information utile : il s'agit de toutes les informations qui, dans le domaine concerné par sa demande, éclairent l'assuré social sur sa situation personnelle. Ces informations sont établies sur base de la législation applicable à la date de la demande<sup>2</sup>. L'information ne vise ainsi ni les droits dans le cadre de règles d'indemnisation modifiées (mais qui permettraient toujours d'agir dans le délai de prescription) ni celles en cours d'élaboration. Il semble s'agir d'une vision restrictive de l'information au sens de la Charte et cette limitation peut être particulièrement préjudiciable, si l'on se réfère à quelques modifications récentes intervenues dans la matière. Ainsi, à titre d'exemples,

- Un arrêté royal du 6 février 2007<sup>3</sup> a dressé une nouvelle liste des industries, professions, catégories d'entreprises en regard desquelles il y a présomption d'exposition au risque de maladie. Ceci implique que l'arrêté royal du 11 juillet 1969 est désormais abrogé. Cette modification est entrée en vigueur le 9 mars 2007. Une demande antérieure à cette date pourrait, néanmoins, être accueillie depuis la modification du texte, dans le cadre du système actuel, information que, apparemment, le Fonds n'est pas tenu de donner.

---

<sup>1</sup> Arrêté royal du 8 avril 2002 portant exécution, pour l'assurance maladies professionnelles dans le secteur privé, de l'article 10 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social (M.B. 9 mai 2002).

<sup>2</sup> Voir la distinction avec la notion d'information utile par rapport au secteur accident du travail ci-dessus

<sup>3</sup> A.R. du 6 févr. 2007, fixant la liste des industries, professions ou catégories d'entreprises dans lesquelles la victime d'une maladie professionnelle est présumée avoir été exposée au risque de cette maladie (M.B. 27 févr. 2007)

- La loi du 13 juillet 2006<sup>1</sup> a introduit la notion de « maladie en relation avec le travail ». Il s'agit d'une troisième catégorie de maladie pour laquelle réparation peut être demandée. La distinction entre les maladies professionnelles ne porte pas tant sur le type d'activités professionnelles à risque ou le type de maladie mais sur la force du lien causal entre les deux.<sup>2</sup> Il y a, sur ce point une nécessité impérieuse d'information des assurés sociaux.
- L'arrêté royal du 25 février 2007 relatif au droit des victimes atteintes d'affections dorsales résultant d'une exposition à des vibrations mécaniques<sup>3</sup> est venu modifier encore les règles d'indemnisation de ce type de pathologies. La maladie professionnelle originaire étant supprimée de la liste, il y avait lieu de prendre toutes dispositions afin notamment d'éviter que les personnes atteintes par cette affection ne soient privées du droit à l'indemnisation<sup>4</sup>. Rappelons que la matière a déjà connu deux modifications par arrêtés royaux des 2 août 2002 et 27 décembre 2004 sur cette question. L'information est également indispensable et ne devrait dès lors pas se limiter à la législation applicable à la date de la demande.

La réglementation ne prévoit pas l'octroi de prestations d'office. Peuvent cependant rentrer dans cette catégorie, les avantages par rapport à des prestations déjà allouées. Ainsi, la loi du 11 mai 2007<sup>5</sup> augmente l'indemnisation des victimes d'une maladie professionnelle lorsqu'elles atteignent l'âge de 65 ans. Au 1<sup>er</sup> juin 2007, une majoration du taux d'incapacité est prévue, de 1 à 6%. Cette information – et ajustement correspondant – doit intervenir d'office, la loi entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2007.

## **2.2.2 Les garanties dans l'octroi des prestations**

### **2.2.2.1 La phase administrative**

#### **2.2.2.1.1 Introduction de la demande**

L'introduction de la demande, qu'il s'agisse d'une demande de réparation ou de revision<sup>6</sup> est réglée par l'arrêté royal du 26 septembre 1996 déterminant la manière dont sont introduites et instruites par le Fonds des maladies professionnelles les demandes de réparation et de revision des indemnités acquises (M.B. 9 oct. 1996)<sup>7</sup>.

En vertu de ce texte, pour qu'une demande de réparation<sup>8</sup> ou de revision<sup>1</sup> soit recevable, elle est introduite soit au moyen de la formule « papier » adéquate mise gratuitement à disposition par le Fonds, soit par voie électronique<sup>2</sup> :

<sup>1</sup> Loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses

<sup>2</sup> Si le lien est suffisamment fort, l'inscription dans la liste des maladies professionnelles est possible. S'il est plutôt faible, il y aura maladie en relation avec le travail.

<sup>3</sup> A.R. du 25 févr. 2007, réglant la situation des victimes d'affections lombaires dues à des vibrations mécaniques (M.B. 8 mars 2007)

<sup>4</sup> Voir à ce sujet article 36 des Lois Coordinées

<sup>5</sup> Loi du 11 mai 2007 modifiant les lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles coordonnées le 3 juin 1970 en ce qui concerne la détermination du taux d'incapacité permanente des invalides après l'âge de 65 ans (M.B. 19 juin 2007)

<sup>6</sup> Revision : voir infra

<sup>7</sup> Cet A.R. a été modifié par un A.R. du 4 mai 2006 (M.B. 24 mai 2006) - Arrêté royal déterminant la manière dont sont introduites et instruites par le Fonds des maladies professionnelles les demandes de réparation et de revision des indemnités acquises

<sup>8</sup> Par demande de réparation, il y a lieu d'entendre toute demande introduite afin d'obtenir un avantage prévu par les lois coordonnées (art. 1, 3°)

- dans la première hypothèse, le texte prévoit que la demande « doit être complétée conformément aux indications qui y figurent, accompagnée des pièces justificatives y demandées et certifiée exacte, datée et signée par la victime ou, en cas de décès de cette dernière, par ses ayants droit,
- le modèle électronique vise, quant à lui, des indications similaires, à apporter conformément aux instructions qu'il contient.

La question se pose quant à la compatibilité de l'exigence d'une demande complète (avec pièces, ...) avec le texte de la Charte, selon lequel l'assuré social peut introduire « une demande écrite ». aucune autre condition n'y étant fixée.

Suite à l'adoption de la Charte, l'arrêté royal du 24 novembre 1997 a supprimé à l'article 2, 1°, l'exigence d'adresser la demande auprès du Fonds lui-même. Il en découle qu'une demande adressée auprès d'une autre institution de sécurité sociale est actuellement admise.

Le texte vise, par ailleurs, les conditions exigées pour la recevabilité d'une demande de réparation ou de révision introduite auprès d'une institution étrangère compétente, et ce en vertu des conventions internationales de sécurité sociale.<sup>3</sup>

Le texte de l'arrêté royal du 26 septembre 1996 a également été modifié, suite à l'arrêté royal du 24 novembre 1997, pour valider la date de la demande de réparation ou de révision :

- si celle-ci a été introduite auprès du Fonds, elle aura pour date
  - celle du cachet de la poste si elle a été introduite par voie recommandée
  - celle de la réception par le Fonds si elle a été introduite par courrier ordinaire
  - celle de la réception de la demande électronique si cette voie a été choisie
- si la demande a été transmise au Fonds, à savoir qu'elle aurait été introduite par erreur auprès d'une institution de sécurité sociale belge incompétente pour la traiter, elle aura pour date celle de l'introduction auprès de cette institution. Il s'agira du cachet de la poste (envoi par recommandé) ou date de la réception de la demande par l'institution incompétente ;
- s'il s'agit d'une demande formée auprès d'une institution étrangère, la date sera celle de l'introduction auprès de l'institution étrangère compétente en vertu des conventions internationales de sécurité sociale.

En ce qui concerne l'introduction de la demande, par erreur, devant une institution belge incompétente (tout en s'agissant d'une demande de maladie professionnelle), le texte initial prévoyait que la date de la demande serait celle de l'introduction auprès de cette institution, sans toutefois que cette date puisse se situer plus de 14 jours civils avant la date de sa réception au Fonds. Depuis l'arrêté royal du 11 mars 2002, la référence au délai de 14 jours a disparu.

En ce qui concerne le personnel soumis à l'arrêté royal du 21 janvier 1993 relatif à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles en faveur de certains membres du personnel appartenant aux administrations provinciales et locales affiliées à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales, il est prévu que toute demande de révision introduite dans

---

<sup>1</sup> Le texte vise toute demande introduite afin d'obtenir une révision d'un avantage accordé en vertu des lois coordonnées.

<sup>2</sup> Selon modèle approuvé par le Comité de gestion du Fonds sur la base de la loi du 24 février 2003 concernant la modernisation de la gestion de la sécurité sociale

<sup>3</sup> Ce type de demande ne doit pas être établie sur la formule visée à l'art. 2 (formule papier ou voie électronique). Pour être recevable, elle doit toutefois (sauf disposition contraire prévue par une convention internationale de sécurité sociale) être certifiée exacte, datée et signée par la victime ou ses ayants droit (en cas de décès) et contenir tous les renseignements et pièces justificatives qui auraient dû être communiqués dans le cadre de la transmission conformément à l'art. 2.

le cadre et conformément à celui-ci vaut demande au sens de l'arrêté royal du 23 septembre 1996 pour l'application de l'article 48 quater des lois coordonnées<sup>1</sup>.

#### 2.2.2.1.2 Examen de la demande

L'arrêté royal du 24 novembre 1997 portant exécution de la Charte dans le secteur a toutefois précisé, dans son article 1<sup>er</sup>, que, par dérogation à l'article 10, alinéa 1<sup>er</sup> de la Charte, le Fonds statue, au plus tard, dans les huit mois de la réception de la demande ou du fait donnant lieu à l'examen d'office. Cette prolongation de délai a été voulue applicable pendant une période de deux ans, prenant cours le jour de l'entrée en vigueur dudit arrêté (1<sup>er</sup> janvier 1997). Ce délai ne concernait toutefois pas les demandes de remboursement de frais de prestations de soins de santé reprises dans l'arrêté royal du 28 juin 1993 établissant une nomenclature spécifique.

Un second arrêté royal est intervenu, sur la question, le 8 avril 2002<sup>2</sup>, afin de réinstaurer, pendant une nouvelle période de deux ans à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2002, une prolongation de délai. Celle-ci a été justifiée, dans le rapport au Roi, par un accroissement des demandes en réparation introduites dans le système ouvert<sup>3</sup> ainsi que par un « réel problème actuel » de recrutement des médecins statutaires qui risquait de perturber gravement le fonctionnement du Fonds. Vu ces circonstances, le Fonds considérait ne pas pouvoir prendre de « décisions de qualité » dans le délai de quatre mois et a souhaité que celui-ci soit porté une nouvelle fois au double de celui-ci. Cette prolongation ne concerne toutefois pas

- les demandes d'écartement temporaire du risque de maladie professionnelle en raison d'une grossesse ;
- les demandes de remboursement de frais de prestations de santé dans la nomenclature spécifique.

Une disposition a prévu le sort des demandes en cours, étant que pour celles-ci la prolongation ne s'appliquait que dans la mesure où le délai de quatre mois n'avait pas encore expiré à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté.

Il s'agit ici d'une dérogation majeure au délai d'instruction de la demande tel que prévu par la Charte et celle-ci aura des répercussions, non seulement sur le droit pour l'assuré social d'être fixé sur le sort de sa demande dans un délai raisonnable, mais également sur la question des intérêts sur les prestations.<sup>4</sup>

Relevons, en ce qui concerne l'examen de la demande, que, par arrêté royal du 4 mai 2006<sup>5</sup>, l'arrêté royal du 26 septembre 1996 a vu l'inclusion dans son texte d'un article 8 bis, selon lequel le Fonds limite l'examen de la demande à l'affection pour laquelle celle-ci est introduite. Il s'agit d'une disposition qui est entrée en vigueur le 3 juin 2006.

Cet arrêté royal laisse perplexe, confronté aux obligations de la Charte en matière d'information et de conseil aux assurés sociaux. Il est, en outre, en retrait par rapport à la jurisprudence, celle-ci considérant majoritairement que la demande dont le juge est saisi est celle du droit à des prestations de sécurité sociale et que l'examen de la demande par le tribunal portera sur le droit lui-même, indépendamment de la maladie visée dans la demande administrative. En prévoyant actuellement par arrêté royal que l'examen administratif (préalable administratif) porte uniquement sur la demande telle que libellée, le texte actuel semble heurter à la fois la position de la jurisprudence et l'obligation de l'institution de sécurité sociale d'informer et de conseiller l'assuré social dans la procédure

---

<sup>1</sup> qui vise la possibilité de faire valoir ses droits à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé

<sup>2</sup> Arrêté royal du 8 avril 2002 portant exécution, pour l'assurance maladies professionnelles dans le secteur privé, de l'article 10 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social (M.B. 9 mai 2002)

<sup>3</sup> 1999 : 1034 ; 2000 : 1620 ; 2001 (estimation) : 1760

<sup>4</sup> Ce point sera examiné en détail ci-après

<sup>5</sup> Cité

administrative quant à l'étendue de ses droits. Si ceci signifiait que, d'une part, la demande administrative serait examinée telle qu'introduite (et rejetée) mais, d'autre part, que le Fonds serait tenu, parallèlement, de remplir son devoir d'information utile, invitant l'assuré social à réintroduire une demande, encore faudrait-il constater un problème quant à la validation de la date d'introduction de celle-ci. Par ailleurs, il n'est nullement prouvé que le Fonds procède d'initiative de la sorte.

En ce qui concerne son pouvoir d'initiative dans le cadre de l'instruction de la demande, relevons que le texte prévoit des hypothèses particulières :

(1) lorsqu'un conseiller en prévention – médecin du travail déclare, en application de l'article 61 des lois coordonnées<sup>1</sup>, un des cas visés par cette disposition, le Fonds invite le travailleur concerné par cette déclaration à introduire une demande de réparation. Il lui envoie à cet effet un exemplaire de la formule d'introduction de la demande. Dans cette hypothèse, si le travailleur introduit, dans un délai de 120 jours à compter de la date de l'invitation qui lui a été faite, une demande de réparation en raison de la maladie concernée, cette demande a pour date celle de la déclaration du conseiller en prévention – médecin du travail ;

(2) en cas de décès d'une victime de maladie professionnelle, le Fonds invite, dès qu'il est informé du décès et s'il connaît l'existence d'ayants droit, ceux-ci à faire valoir leurs droits.

En ce qui concerne les autres initiatives du Fonds dans le cadre de l'instruction de la demande, ou dans le cadre d'une révision d'office, le texte prévoit que celui-ci peut prendre toutes les mesures « nécessaires » et notamment solliciter auprès du demandeur ou des employeurs de la victime tous renseignements complémentaires nécessaires à l'instruction de la demande pour autant qu'ils ne puissent être obtenus via le flux d'informations organisé par la Banque-carrefour de la sécurité sociale.

Le texte vient, par ailleurs, sanctionner l'inertie du demandeur, étant que, s'il s'abstient de fournir dans un délai d'un mois à compter de la date de la demande qui lui en est faite, des renseignements ou documents sollicités par le Fonds dans le cadre de l'instruction de la demande, il recevra un rappel par voie recommandée à la poste. Si aucune suite n'est donnée à ce rappel dans le délai d'un mois, le Fonds statuera en se fondant sur les éléments dont il a connaissance. Ce texte était également à comparer avec celui de la Charte elle-même.

Selon l'article 13 de l'arrêté royal du 26 septembre 1996, la décision est prise par le Fonds « dès qu'il a terminé l'instruction de la demande ». Celle-ci ne tiendra compte que des éléments portés à sa connaissance au plus tard le jour du dernier examen médical qu'il a effectué ou fait effectuer.

### 2.2.2.1.3 Motivation et mentions de la décision

#### 2.2.2.1.3.1 *Motivation*

##### 2.2.2.1.3.1.1 *Principes*

Toutes les décisions doivent être motivées. Aucun cas particulier (d'absence d'obligation pour certaines décisions ou d'obligation spéciale pour d'autres, ainsi le paiement) n'est prévu. Il faut se reporter au texte de la Charte.

En arrêtant l'instruction de la demande aux seuls éléments médicaux en possession du Fonds lors du dernier examen médical<sup>2</sup>, l'on peut cependant se demander si l'on n'a pas indirectement limité

---

<sup>1</sup> Qui vise les hypothèses où le conseiller en prévention-médecin du travail suspecte une maladie professionnelle

<sup>2</sup> Art. 13, A.R. du 26 sept. 1996

l'obligation de motivation (c'est-à-dire de faire valoir, ici, en fait, les motifs qui peuvent justifier la décision), dès lors que des éléments importants susceptibles d'intervenir après le dernier examen médical ne doivent pas être pris en compte par le Fonds.

#### 2.2.2.1.3.1.2 *Etendue et sanctions*

La question se pose comme en accident du travail. Il faut toutefois préciser que les recours contre une décision du Fonds des maladies professionnelles visent en général la décision statuant sur la demande de réparation. Ces décisions sont actuellement des décisions quasi standard, se limitant à citer les dispositions des lois coordonnées (articles 32 ou 33) suivies d'une brève considération selon laquelle la maladie n'ouvrirait pas le droit à la réparation légale ou que le décès ne serait pas dû ou n'aurait pas été causé (même indirectement) par une maladie précédemment reconnue.

Les mêmes constatations doivent être faites que ci-dessus en ce qui concerne

- le caractère suffisant ou non de cette motivation au regard des exigences posées par la Charte,
- les problèmes liés aux éléments médicaux à la base de la décision,
- la sanction effective de la nullité qui serait prononcée vu la compétence de la pleine juridiction du tribunal.

Rappelons en outre plus particulièrement ici en ce qui concerne la motivation sur le plan médical et le secret médical que dans la mesure où les lois coordonnées garantissent à la personne qui est atteinte d'une maladie professionnelle que ses ayants droits bénéficient d'une indemnisation dans le cas où sa maladie professionnelle a entraîné son décès, l'on peut difficilement soutenir que c'est dans l'intérêt du patient que le secret médical est opposé pour refuser d'indiquer les raisons médicales sur base desquelles se fonde la décision de refus, privant ainsi les ayants droits de l'information utile pour en apprécier valablement le bien fondé<sup>1</sup>.

#### 2.2.2.1.3.2 *Mentions*

- L'article 44, §2 des lois coordonnées reprend les mentions que doit contenir la décision de récupération d'indu<sup>2</sup>. Cette disposition reprend les mentions des articles 14 et 15 de la Charte, sous réserve de certaines adaptations<sup>3</sup>.
- En ce qui concerne les décisions de paiement, les mentions qui, aux termes de l'article 13 de la Charte, doivent figurer sur les formules de paiement, sont<sup>4</sup>
  - pour les indemnités périodiques : la période à laquelle se rapporte le versement, ainsi que le montant net et le numéro de dossier
  - pour les indemnités non périodiques : la description de la nature du versement, le montant et le numéro de dossier.

#### 2.2.2.1.4 Notification de la décision

---

<sup>1</sup> Voir Cass., 7 mars 2002, R.G. R.G. C990220 N dans le cadre de l'application de l'article 901 du Code civil, la Cour considérant que le secret professionnel est institué dans un but particulier, qui est de protéger le patient et qu'il ne peut être invoqué pour détourner le but dans lequel il a été institué.

<sup>2</sup> Introduit par l'article 8, A.R. du 24 nov. 1997

<sup>3</sup> Voir infra

<sup>4</sup> Art. 2, A.R. du 24 nov. 1987

La notification doit être faite par lettre recommandée à la poste, à l'exception de deux types de décisions, étant

- a) les décisions d'octroi ou de refus de remboursement
  - de la quote-part du coût des soins de santé visés à l'article 31, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> de la loi
  - des frais de prestations de soins de santé reprises dans la nomenclature spécifique (octroi du remboursement uniquement)
  - des frais funéraires
  - des frais afférents au transfert de la victime décédée vers l'endroit de son inhumation
- b) de régularisation du droit de la victime du fait :
  - qu'elle atteint l'âge de 65 ans ou
  - qu'une pension de retraite ou de survie lui est accordée en vertu d'un régime belge ou étranger.

L'article 13 de l'arrêté royal du 26 septembre 1996 prévoit l'exigence d'envoi des pièces et de la notification des décisions à la personne intéressée à l'adresse de sa résidence principale<sup>1</sup>. Des dérogations peuvent cependant être prévues à la demande écrite de l'intéressé.

#### 2.2.2.1.5 Délai de paiement

Les modalités de paiement des indemnités sont prévues par un arrêté royal du 10 décembre 1987<sup>2</sup>. Hors la question des mentions devant figurer sur les décisions de paiement, celui-ci ne semble pas avoir été affecté par la Charte.

En la matière,

- les indemnités temporaires sont payables aux mêmes époques que les salaires
- les allocations annuelles sont payables mensuellement à terme échu.

Cependant, lorsque le montant mensuel des indemnités est inférieur à 76,65 EUR (montant indexé), celles-ci sont payables par trimestre<sup>3</sup>.

Le paiement des indemnités peut être effectué par virement à la demande des intéressés auprès d'un organisme financier établi en Belgique ayant conclu avec le Fonds une convention type<sup>4</sup>. Le bénéficiaire peut également renoncer à tout moment au paiement de ses prestations selon cette voie.

#### **2.2.2.2 Le droit aux intérêts**

De nombreuses décisions ont été rendues sur la question de la déduction des intérêts en cas de procédure judiciaire.

Selon l'article 20 de la Charte, les prestations de sécurité sociale portent intérêt de plein droit. Les intérêts sont donc dus par l'effet de la loi dans les conditions édictées par l'article 20 de la Charte, qu'il y ait ou non condamnation judiciaire.

La problématique est la suivante

---

<sup>1</sup> Voir registre national des personnes physiques

<sup>2</sup> A.R. du 10 déc. 1987 fixant les modalités de paiement des indemnités dues en vertu des lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, coordonnées le 3 juin 1970 (M.B. 29 déc. 1987).

<sup>3</sup> Ces règles ne s'appliquent pas aux indemnités versées aux malades professionnels qui bénéficient d'une pension d'invalidé mineur payée par le F.N.R.O.M.

<sup>4</sup> Pour la liste des organismes financiers, voir art. 3 de l'A.R. du 10 déc. 1987.

- Selon l'article 20 de la charte, la règle générale est que les intérêts courent de plein droit à dater de l'exigibilité des prestations et au plus tôt à partir de la date découlant de l'application de l'article 12 de la charte, qui précise les obligations en matière de paiement des prestations, c'est-à-dire qu'il devra intervenir au plus tard dans les quatre mois de la notification de la décision d'octroi, et au plus tôt à partir de la date à laquelle les conditions de paiement sont remplies.
- L'article 20, alinéa 1<sup>er</sup>, en sa seconde phrase, formule toutefois une exception à cette règle, puisqu'il est prévu que, si la décision d'octroi est prise avec un retard imputable à l'institution de sécurité sociale, les intérêts sont dus à partir de l'expiration du délai visé par l'article 10 de la charte, qui précise que l'institution doit statuer au plus tard dans les quatre mois de la réception de la demande ou du fait donnant lieu à un examen d'office. Les intérêts sont toutefois dus au plus tôt à partir de la date de prise de cours de la prestation.

La question s'est donc posée, sur la base de ce texte, de savoir si ceci visait la décision administrative réformée par une décision judiciaire.

Dans un arrêt du 8 mai 2002<sup>1</sup>, la Cour Constitutionnelle a considéré qu'il n'est pas pertinent par rapport aux objectifs du législateur de traiter les bénéficiaires assurés sociaux de manière différente selon que les prestations qui leur sont accordées le sont en exécution d'une décision administrative ou d'une décision judiciaire. La Cour précise qu'en instituant des intérêts moratoires au profit des assurés sociaux, le législateur entendait consacrer « un principe général et sain » visant à protéger le bénéficiaire contre les lenteurs des administrations, et ce en vue de stimuler ces dernières à améliorer leur fonctionnement. Dès lors que les intérêts moratoires constituent la réparation du préjudice causé par le retard mis dans l'exécution d'une obligation, rien ne justifie que l'assuré social qui pâtit d'une erreur de l'administration soit traité différemment de celui qui a souffert de son retard.

Pour la Cour encore, il en découle que l'article 20 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la charte » de l'assuré social, interprété comme n'étant pas applicable aux bénéficiaires assurés sociaux dont les prestations seront payées en exécution d'une décision de justice exécutoire réformant la décision administrative de refus de reconnaître l'aggravation de l'incapacité de travail, n'est pas compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution.

La Cour poursuit en relevant qu'une autre interprétation peut être donnée de l'article 20, dans laquelle la différence de traitement ne saurait exister. Selon cette interprétation, la notion d'exigibilité que contient l'article 20 s'identifie à la naissance du droit, de sorte que les intérêts moratoires prennent cours à la date à laquelle le droit aux prestations est né, c'est-à-dire la date à laquelle les prestations auraient dû être payées. La Cour conclut ainsi que les bénéficiaires assurés sociaux peuvent prétendre, à la même date, à des intérêts moratoires sur les prestations qui leur sont dues, que celles-ci soient accordées en exécution d'une décision administrative ou d'une décision judiciaire.

La Cour de cassation a également été saisie et elle s'est prononcée dans le même sens dans un arrêt du 10 février 2003<sup>2</sup>, précisant qu'en vertu de l'article 20, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer " la charte " de l'assuré social, sans préjudice des dispositions légales ou réglementaires plus favorables (...), les prestations sociales auxquelles s'applique la charte portent intérêt de plein droit, uniquement pour les bénéficiaires assurés sociaux, à partir de la date de leur exigibilité et au plus tôt à partir de la date découlant de l'application de l'article 12 de la loi. De la circonstance que la date de l'exigibilité des prestations pourrait, lorsqu'une décision administrative de refus ou de limitation du droit à celles-ci fait l'objet d'un recours en justice, ne pas s'identifier avec celle découlant de l'application dudit article 12, il ne se déduit pas que l'application de l'article 20, alinéa 1<sup>er</sup>, devrait en pareil cas être écartée au profit de celle de l'article 1153, alinéa 3, du Code civil.

<sup>1</sup> C.A., 8 mai 2002, arrêt n° 78/2002, J.T.T., 2002, p. 501

<sup>2</sup> Cass., 10 févr. 2003, J.T.T., 2003, p.172

Ainsi, la Cour de cassation a également admis pour la décision administrative qui fait l'objet d'un recours en justice l'application de l'article 20 de la charte, rejetant celle de l'article 1153 du Code civil.

Le FMP persiste toutefois à faire valoir divers moyens pour s'opposer à l'application de l'article 20 et la cour du travail de Liège a rendu, en date du 7 mars 2006<sup>1</sup>, un arrêt particulièrement fouillé, complet et circonstancié, qui devrait mettre un terme à ce débat. La cour, rappelant un ensemble de principes gouvernant tant la théorie générale des obligations que la charte de l'assuré social, reprend d'abord la finalité des intérêts moratoires, qui est de rétablir l'équilibre, par référence à l'intérêt légal, que l'écoulement du temps a perturbé. Ils ont donc une finalité économique, étant une indemnisation forfaitaire du retard de paiement. Ils couvrent à la fois le dommage dû à l'absence de jouissance de la somme et celui résultant encore de l'érosion monétaire. La cour examine ensuite comment les intérêts moratoires sont appliqués à la matière. L'examen des lois coordonnées le 3 juin 1970 révèle qu'elles ne contiennent aucune disposition concernant le calcul de ceux-ci, contrairement par exemple, à la loi sur les accidents de travail. Par ailleurs, la Charte ne subordonne pas l'octroi des intérêts à la constatation d'une faute dans le chef de l'institution de sécurité sociale, non plus qu'à un retard puisque le critère est la date d'exigibilité, le système prévoyant un effet différé vu l'art. 12. La loi contient une exception, étant que si la décision d'octroi est prise avec un retard imputable à l'institution de sécurité sociale, les intérêts sont dus à partir de l'expiration du délai visé à l'art. 10 de la charte, ce dernier précisant que l'institution doit statuer au plus tard dans les quatre mois de la réception de la demande ou du fait donnant lieu à un examen d'office et au plus tôt à partir de la date de prise de cours de la prestation. Si l'article 1153 du Code Judiciaire impose l'exigence d'une sommation, l'article 20 de la charte ne requiert pas celle-ci.

La cour s'appuie longuement sur l'arrêt de la cour d'arbitrage du 8 mai 2002, qui avait considéré qu'il n'est pas pertinent par rapport aux objectifs du législateur de traiter les bénéficiaires assurés sociaux de manière différente selon que les prestations qui leur sont accordées le sont en exécution d'une décision administrative ou d'une décision judiciaire. Elle rencontre les moyens du Fonds comme suit :

- Sur le critère de l'exigibilité de la dette de la somme d'argent : la date d'exigibilité s'identifie dans l'art. 20 de la charte à la date à laquelle les prestations auraient dû être payées (interprétation conforme à l'arrêt de la Cour constitutionnelle ci-dessus).
- Par ailleurs, la condition d'exigibilité suppose uniquement que le débiteur ne dispose pas ou plus de terme pour le paiement de sa dette : la dette est exigible même si elle n'a pas encore fait l'objet d'une liquidation. L'argumentation relative au critère de liquidité ne peut, non plus, être retenue.
- Sur l'absence de retard fautif dans le chef du Fonds et sur la cause étrangère libératoire qui en résulterait : la cause étrangère ne peut être libératoire d'une obligation qu'à la condition qu'elle crée l'impossibilité absolue d'exécuter celle-ci et que toute faute soit exclue dans le chef du débiteur.

Aussi, la question se pose-t-elle de savoir si le Fonds peut démontrer l'existence d'une cause étrangère libératoire, à savoir qu'il y aurait absence d'une faute dans son chef. Pour la cour, l'on ne peut retenir à ce titre une erreur d'appréciation qui serait contestée par une décision judiciaire car le travailleur doit pouvoir bénéficier des indemnités à leur date d'exigibilité.

S'il faut, par ailleurs, examiner si le Fonds n'a pas commis de faute - ce qui pourrait constituer une pareille cause étrangère - encore faut-il conclure que, selon la jurisprudence de la Cour de cassation, la cause étrangère ne peut être imputable au débiteur. Or, une administration est évidemment responsable de ses décisions.

Ce dernier motif ne peut que conforter les objectifs d'administration diligente contenus dans la charte de l'assuré social.

Relevons encore que la Cour constitutionnelle a été saisie une seconde fois, et ce suite à une double question posée par la Cour du travail d'Anvers par arrêt du 11 mars 2004. C'est la seconde question

---

<sup>1</sup> C. trav. Liège, 7 mars 2006, R.G. 32.606/2004, Inédit,

préjudicielle qui est importante, puisque la Cour du travail a demandé de comparer la situation d'une personne handicapée (dont l'allocation est versée en exécution d'une décision de justice exécutoire réformant la révision administrative d'office et accordant une allocation plus élevée, qui ne pourrait, dans l'interprétation donnée, prétendre aux intérêts de plein droit prévus à l'article 20 de la Charte) d'une part et la situation d'un bénéficiaire assuré social atteint d'une maladie professionnelle (et qui eu égard à l'arrêt n° 78/2002 de la Cour peut dans les mêmes circonstances prétendre à ces intérêts de plein droit d'autre part.

Dans son arrêt du 16 février 2005<sup>1</sup>, la Cour constitutionnelle a confirmé sa jurisprudence et rappelé que si l'article 20 est interprété comme n'étant pas applicable au bénéficiaire social auquel l'allocation aux personnes handicapées est versée en exécution d'une décision de justice exécutoire et formant la décision administrative d'office et par l'administration d'intégration sociale et octroyant une allocation plus élevée. En d'autres termes, pour la Cour constitutionnelle, l'article 20 de la Charte est également applicable en cas de révision d'office par l'administration d'intégration sociale réformée par une décision judiciaire octroyant une allocation plus élevée.

Il en résulte que, comme précisé par la Cour constitutionnelle, la date d'exigibilité s'identifie dans l'article 20 de la charte de l'assuré social à la date à laquelle les prestations auraient dû être payées : en vertu de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 fixant les modalités de paiement des indemnités dues en vertu des lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, coordonnées le 3 juin 1970, les allocations annuelles, dues en cas de décès ou d'incapacité permanente, sont « payables mensuellement à terme échu », sauf en deçà d'un montant minimum - auquel cas le paiement est trimestriel. Il ressort ainsi que l'allocation annuelle est exigible par tranches mensuelles dès le premier jour qui suit la fin du mois couvert par chacune de celles-ci.

En conclusion, en cas de retard de l'institution de sécurité sociale

- il y a lieu de faire application de l'article 20 de la charte, alinéa 1<sup>er</sup>, en sa seconde phrase, étant que les intérêts sont dus à partir de l'expiration du délai visé à l'article 10, soit le délai de quatre mois à partir de la réception de la demande, délai dans lequel l'institution de sécurité sociale est tenue de statuer, et au plus tôt à partir de la date de prise de cours de la prestation,
- ils sont ensuite dus à la date à laquelle les prestations auraient dû être payées, soit à terme échu pour chaque tranche mensuelle de l'allocation annuelle due.

### **2.2.2.3 La revision**

Comme pour l'accident du travail, la revision de la décision, visée par les lois coordonnées vise une revision intervenant sur le fond du droit, les conditions mises aux possibilités de revision dans le cas de la Charte étant étrangères à celles-ci. La revision interviendra soit à la demande du bénéficiaire soit d'office, mais sans délai (contrairement à l'accident du travail).

Précisions, en ce qui concerne la prise de cours du nouveau montant octroyé, que la décision qui entraîne une diminution des indemnités de la victime, sortira ses effets au plus tôt<sup>2</sup>

- en cas d'incapacité permanente : le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel a été notifiée la décision<sup>3</sup> ;
- en cas d'incapacité temporaire de travail : le 8<sup>e</sup> jour qui suit la date de sa notification.

Dans l'hypothèse de la revision d'office d'un avantage, une sanction est également prévue si la victime se ne présente pas à l'examen médical auquel elle est le cas échéant convoquée par le Fonds,

---

<sup>1</sup> C.A., 16 fév. 2005, arrêt n° 35/2005 – R.G. 2955

<sup>2</sup> Art. 14, A.R. du 26 sept. 1996

<sup>3</sup> Pour autant que 8 jours au moins se soient écoulés entre la date de la notification et le premier jour du mois qui suit

et ce sans motif valable et après deux convocations successives dont la dernière par lettre recommandée à la poste. Dans cette hypothèse, le Fonds statuera en se fondant sur les éléments dont il a connaissance<sup>1</sup>. Cette disposition a été introduite par l'arrêté royal du 4 mai 2006.

Précisons encore que l'article 19 de la charte permet, même après une décision administrative ou une décision judiciaire ayant force de chose jugée concernant une demande d'octroi d'une prestation sociale, d'introduire une nouvelle demande dès lors que sont apportés des éléments de preuve nouveaux qui n'avaient pas été soumis antérieurement à l'autorité administrative ou à la juridiction ou en raison d'une modification d'une disposition légale ou réglementaire. Dans ce cas, toutefois, la nouvelle décision ne pourra prendre cours que le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel la nouvelle demande a été introduite.

#### **2.2.2.4 Les délais de recours**

En ce qui concerne la demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle, la matière connaît un délai de déchéance d'un an à partir de la notification de la décision. Celui-ci est prévu par l'article 53 des lois coordonnées, sans préjudice de l'article 44, § 2 concernant la répétition de l'indu.

En cas d'absence de contestation dans le délai de recours rendant la décision définitive, une possibilité est toutefois encore ouverte d'introduire une nouvelle demande par application de l'article 19 de la charte au vu d'éléments de preuve nouveaux qui n'ont pas été soumis antérieurement à l'autorité administrative.

Pour toute autre décision, rappelons l'importance de faire figurer sur celle-ci les mentions obligatoires, car elles ne font pas courir le délai de recours.

#### **2.2.2.5 L'indu**

##### **2.2.2.5.1 La répétition de l'indu**

La décision de récupération doit être notifiée par lettre recommandée à la poste (article 44, § 2 des lois coordonnées).

L'arrêté royal du 24 novembre 1997 a appliqué en la matière les articles 14 et 15 de la loi, l'adaptant quelque peu.

Ainsi, si restent inchangés les points 1° à 3° (constatation de l'indu, montant total de l'indu ainsi que mode de calcul, texte des dispositions en violation desquelles les paiements indus ont été effectués), l'obligation de mentionner le délai de prescription pris en considération est complétée par une exigence de motivation sur ce point. En outre, sont obligatoires les références du dossier et du service qui le gère (5°), la possibilité d'obtenir des explications à propos de la décision auprès de ce service ou auprès d'un service d'information désigné (6°), la possibilité d'introduire par voie de citation<sup>2</sup> par l'intermédiaire d'un huissier de justice un recours auprès du tribunal du travail compétent dans les trois mois de la notification de la décision de récupération ou de la prise de connaissance de cette

---

<sup>1</sup> Art. 8, A.R. du 26 sept. 1996

<sup>2</sup> actuellement la requête est autorisée et le texte devrait dès lors être adapté

décision par le débiteur, et ce à peine de déchéance (7°), l'adresse du tribunal du travail compétent (8°), les dispositions de l'article 728 C.J. et de l'article 53, 9° des lois coordonnées (dépens), ainsi que la possibilité d'introduire pour le débiteur de soumettre une proposition motivée en vue d'un remboursement étalé de l'indu et d'introduire, par le biais de la formule ad hoc élaborée à cet effet par le Fonds des maladies professionnelles, une demande de renonciation totale ou partielle à la récupération (10°).

L'on notera que ce dernier point ramasse les deux possibilités offertes, étant d'une part une demande d'étalement du remboursement et d'autre part la possibilité d'introduire une demande de renonciation totale ou partielle à la récupération. Il ne met pas, apparemment, en exergue, comme le fait l'article 15, 5° de la loi, la mention relative à la possibilité pour l'institution de sécurité sociale de renoncer à la répétition de l'indu ainsi que la procédure à suivre afin d'obtenir cette renonciation.

L'article 44 des lois coordonnées prévoit, encore, qu'à défaut pour la décision de contenir les mentions ci-dessus, le délai de recours en justice ne commence pas à courir.

En ce qui concerne l'exécution de la décision de récupération, celle-ci

- ne peut être exécutée qu'à l'expiration du délai de recours en justice (article 8, alinéa 3),
- dans l'hypothèse où une demande de renonciation a été introduite, la récupération est suspendue jusqu'à ce que le Comité de gestion se soit prononcé sur celle-ci.

En ce qui concerne la prescription de la récupération, elle est interrompue par le dépôt à la poste de la lettre recommandée ainsi que par tous les actes ultérieurs de recours.

#### 2.2.2.5.2 La renonciation à la répétition de l'indu

Le Fonds des maladies professionnelles peut renoncer totalement ou partiellement à la récupération de l'indu. Ce droit est exercé conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 10 juin 1991<sup>1</sup>.

L'action en répétition se prescrit par trois ans à partir de la date à laquelle le paiement a été effectué. Ce délai,

- est ramené à 6 mois en cas d'erreur résultant uniquement du Fonds, dont l'intéressé ne pouvait normalement se rendre compte,
- est porté à 5 ans lors les prestations indues ont été obtenues par des manœuvres frauduleuses ou des déclarations fausses ou sciemment incomplètes.

Les conditions de la renonciation à la répétition de l'indu sont :

##### 1) Cas dignes d'intérêts

- lorsque le débiteur n'a commis aucune faute ou négligence : possibilité de renonciation totale ou partielle par le Comité de gestion ;
- sauf lorsque les sommes indues ont été obtenues par des moyens frauduleux ou à la suite de déclarations fausses ou sciemment incomplètes : possibilité de renonciation totale ou partielle par le Comité de gestion, par une décision prise à l'unanimité et constatant le caractère exceptionnel ainsi que les raisons impérieuses d'équité.

##### 2) Dans l'hypothèse où les prestations qui ont été payées indûment sont inférieures à un montant de 750 EUR<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> A.R. du 10 juin 1991 déterminant les cas et les conditions dans lesquelles le Fonds des maladies professionnelles renonce totalement ou partiellement à la récupération des prestations payées indûment (M.B. 13 juillet 1991).

<sup>2</sup> Montant indexé.

- 3) En cas de recouvrement trop aléatoire ou trop onéreux par rapport au montant à recouvrer et lorsque celui-ci ne dépasse pas 1250 EUR : possibilité de renonciation à la récupération par voie d'exécution forcée.
- 4) Lorsque la rémunération du débiteur ne dépasse pas le montant fixé à l'article 1049, alinéa 1<sup>er</sup> du Code judiciaire : possibilité de renonciation à la récupération par la voie de la saisie-arrêt sur la rémunération de celui-ci.
- 5) Il peut également être renoncé à la poursuite de l'exécution d'une décision judiciaire
  - si la valeur des biens saisis apparaît insuffisante pour couvrir les frais inhérents à la poursuite de la procédure ;
  - si le débiteur est établi à l'étranger et qu'il ne possède en Belgique aucun bien saisissable.

L'article 53 des lois coordonnées prévoit qu'aucun recours n'est possible contre une décision de renoncer ou non à la récupération de l'indu. Cette disposition pourra toutefois faire l'objet de contestation vu l'arrêt de la Cour constitutionnelle<sup>1</sup> rendu en matière d'allocations aux personnes handicapées. Dans cet arrêt, la cour considère qu'il y a violation des articles 10 et 11 de la constitution, lus en combinaison avec l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme en ce que l'on exclut tout recours auprès d'une juridiction compétente pour exercer un contrôle de légalité contre la décision par laquelle l'institution refuse de renoncer à la récupération d'allocations indûment payées, au motif qu'il ne s'agit pas d'un cas digne d'intérêt.

### 3 SECTEUR PUBLIC

Le débiteur de la prestation est l'autorité employeur. Par « employeur public » il faut entendre tous les organismes assujettis à la loi du 3 juillet 1967. Rappelons que des mesures d'exécution de celles-ci ont progressivement couvert toutes les institutions de l'état fédéral, des communautés, des régions, des institutions qui en dépendent ainsi que les communes (en ce compris les CPAS). Toutes ces institutions sont dès lors soumises aux obligations de la Charte.

Le mécanisme légal va toutefois impliquer l'intervention d'autres acteurs, étant d'une part le Service de santé administratif (MEDEX), chargé de l'instruction de la demande sur le plan médical et d'autre part un réassureur éventuel. En effet, divers arrêtés royaux ont autorisé les administrations et établissements en cause, pour couvrir intégralement ou partiellement la charge qui leur incombe, à souscrire des contrats d'assurance auprès d'une entreprise d'assurances agréée concernant l'assurance accidents du travail ou autorisée à exercer l'assurance contre les accidents du travail en Belgique<sup>2</sup>.

En cas de réassurance, si le rôle de chacun semble clair dans les textes, il n'en est pas ainsi dans la pratique, où le réassureur intervient souvent directement vis-à-vis de la victime, et ce pour divers aspects de l'indemnisation (reconnaissance ou non de l'accident, décision de rejet d'une période d'incapacité temporaire, etc.). Dans ces hypothèses, le F.A.T., qui en vertu de l'article 58, § 1<sup>er</sup>, 9<sup>o</sup> de la loi du 10 avril 1971 exerce le contrôle sur l'application de celle-ci et sur les opérations des entreprises d'assurances relatives à la loi du 3 juillet 1967 et à leurs arrêtés d'exécution est sans moyen pour intervenir. Tout au plus est-il prévu (article 20 sexies de la loi du 3 juillet 1967) que les institutions lui communiquent « les éléments qui sont repris dans les déclarations d'accident du travail

---

<sup>1</sup> C.A., 15 févr. 2006, Arrêt n°26/2006, R.G. 3676

<sup>2</sup> Voir, par exemple, l'art. 27 de l'AR. du 13 juill. 1970

ou sur le chemin du travail, ainsi que ceux qui se rapportent au règlement de ces accidents », et ce en vue de leur traitement statistique.<sup>1</sup>

Les dispositions de la Charte s'appliquant aux institutions de sécurité sociale – parmi lesquelles figurent les entreprises d'assurances dans le secteur privé – doivent cependant et logiquement s'appliquer à ces mêmes entreprises d'assurances dans le cadre de la loi du 3 juillet 1967. Rappelons toutefois qu'aucun lien de droit n'existe entre la victime / l'ayant droit et le réassureur et que l'assuré social sera, dans la phase judiciaire, opposé à l'employeur.

Il a fallu attendre plus de 10 ans après l'adoption de la Charte pour qu'un arrêté royal intervienne, en date du 8 juin 2007<sup>2</sup>, exécutant quelques dispositions de celle-ci. Il vise toutes les autorités soumises à la loi du 3 juillet 1967<sup>3</sup>.

Cet arrêté n'aborde toutefois que très peu de points de la Charte. Il faut dès lors se reporter à celle-ci pour tout ce qui n'est pas visé dans cet arrêté d'exécution et confronter le texte de la Charte avec les conditions et garanties prévues dans la réglementation pour l'octroi des prestations.

La complexité de celle-ci rend toutefois l'exercice très malaisé. Des constats réguliers sont à faire : manque de clarté et divergences de rédaction des arrêtés royaux constituant la réglementation, difficultés de mise en concordance avec les mécanismes de la Charte. Sur le fond, c'est surtout l'absence de tout délai dans l'instruction administrative (médicale) de la demande.

Nous ne reprenons pas ci-après l'exposé de tous les textes réglementaires, exercice qui dépasserait de loin le cadre de cette contribution.

### **3.1 LES OBLIGATIONS D'INFORMATION ET DE CONSEIL**

Parmi les quelques dispositions qu'il contient, l'arrêté royal du 8 juin 2007 explicite l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup> de la Charte. Il précise ce qu'il y a lieu d'entendre par information utile. Il s'agit de toutes les informations susceptibles de fournir à l'assuré social, dans le cadre de sa demande, des éclaircissements sur sa situation individuelle en ce qui concerne l'accident du travail ou la maladie professionnelle dont il est la victime ou l'ayant droit. Ces informations portent notamment sur la reconnaissance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, sur les conditions d'octroi des prestations, sur les éléments pris en considération pour l'établissement du montant de celles-ci, ainsi que pour l'application des règles de cumul (art. 2).

---

<sup>1</sup> Voir ainsi A.R. du 19 avril 1999 (M.B. 26 juin 1999) fixant les éléments de la déclaration d'accident à communiquer au F.A.T., modifié par l'A.R. du 1<sup>er</sup> septembre 2006 (M.B. 11 sept. 2006).

<sup>2</sup> A.R. du 8 juin 2007 portant exécution en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles dans le secteur public de certaines dispositions de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la Charte » de l'assuré social (M.B., 22 juin 2007)

<sup>3</sup> Son art. 1<sup>er</sup> vise la loi du 3 juillet 1967, ainsi que les A.R. du 24 janv. 1969 (relatif à la réparation en faveur des membres du personnel du secteur public, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail), du 12 juin 1970 (relatif à la réparation en faveur des membres du personnel des organismes d'intérêt public, des personnes morales de droit public et des entreprises publiques autonomes, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents sur le chemin du travail) ainsi que de l'A.R. du 5 janv. 1971 (relatif à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles dans le secteur public). Implicite, il couvre ainsi d'autres textes, ainsi l'A.R. 13 juill. 1970 relatif à la réparation, en faveur de certains membres du personnel des provinces, des communes, des agglomérations, des fédérations de communes, des associations de communes, des centres publics d'aide sociale, des services, des établissements et associations d'aide sociale, des services du collège de la Commission communautaire française et de ceux du collège de la Commission communautaire flamande et des caisses publiques de prêts, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail (M.B. 1<sup>er</sup> sept. 1970), l'A.R. du 14 juillet 1995 relatif à la réparation en faveur des membres, des greffiers, et du personnel des comités permanents de contrôle des services de police et de renseignements, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail (M.B., 13 oct 1995), etc.

Il confirme également le point de départ du délai de carence de quarante-cinq jours prévu à l'article 3, alinéa 4 de la Charte : celui-ci prend cours à la date de réception de la demande par l'institution.

## **3.2 LES GARANTIES OFFERTES PAR LA CHARTE**

Celles-ci ne font que très peu l'objet de mesures d'exécution. Il faut donc se référer aux textes eux-mêmes, dont la conformité avec les principes de la Charte n'est pas toujours certaine. Des questions ne peuvent manquer de se poser. Lorsque les textes lui sont contraires, qu'advient-il du texte de la Charte ? Qu'advient-il du texte réglementaire ? Quelles sont les sanctions ? Celles-ci ont-elles une effectivité ?

### **3.2.1 La phase administrative**

Nous suivons le même ordre que précédemment, en distinguant l'accident de la maladie.

#### **3.2.1.1 L'introduction de la demande**

##### **3.2.1.1.1 L'accident du travail**

En vertu de l'article 7 de l'arrêté royal du 24 janvier 1969<sup>1</sup>, l'accident est déclaré par la victime, par ses ayants droit ou par son « chef » ou encore par toute autre personne intéressée. Cette déclaration est faite dans les plus brefs délais par écrit, au moyen d'une formule établie en double exemplaire<sup>2</sup>, dénommée « déclaration accident – modèle A + B<sup>3</sup> ».

Le texte prévoit également que, si l'accident a causé ou s'il est de nature à causer ou entraîner une incapacité de travail de plus d'un jour, la formule à laquelle un certificat doit être joint doit être envoyée au service désigné par l'autorité.

La demande ne peut dès lors pas être introduite directement auprès du MEDEX.

##### **3.2.1.1.2 La maladie professionnelle**

L'arrêté royal du 5 janvier 1971<sup>4</sup> a rendu applicable aux membres du personnel visés par les arrêtés royaux des 24 janvier 1969 et 12 juin 1970 le régime institué par la loi du 3 juillet 1967 en matière de maladie professionnelle.

En vertu des articles 8 et 9 de cet arrêté royal du 5 janvier 1971, la maladie est déclarée par la victime, ses ayants droit, son « chef » ou toute autre personne intéressée, par écrit au service compétent désigné par l'autorité. La déclaration doit être adressée dans les délais les plus brefs avec un rapport médical circonstancié.<sup>5</sup> Ce rapport médical reprend la nature de la maladie professionnelle,

---

<sup>1</sup> A.R. 24 janv. 1969, cité.

<sup>2</sup> En triple exemplaire si l'employeur est réassuré.

<sup>3</sup> Le modèle A contient les données administratives (arrêté ministériel du 7 février 1969 fixant les modèles de déclaration d'accident et arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> septembre 2006 modifiant celui-ci); le modèle B contient l'attestation du médecin.

<sup>4</sup> A.R. 5 janv. 1971, cité.

<sup>5</sup> Formulaire MP1 et MP2 (celui-ci sous enveloppe fermée).

document qui est rempli par le médecin. Celui-ci justifie son diagnostic, les signes cliniques sur lesquels il s'appuie, ainsi que la date présumée du début de l'incapacité.

Contrairement au texte régissant l'introduction de la demande dans le secteur privé, il n'est pas précisé qu'il s'agit d'une condition de recevabilité de celle-ci.

L'arrêté royal du 21 janvier 1993<sup>1</sup>, spécifique au personnel appartenant aux administrations provinciales et locales affiliées à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales, exige toutefois des conditions pour la recevabilité de la demande introduite (art. 11, § 1<sup>er</sup>), étant l'obligation de joindre un rapport médical circonstancié, ainsi que d'autres données d'ordre médical.<sup>2</sup>

### 3.2.1.2 Examen de la demande

Nous envisageons ci-après uniquement les procédures en accident du travail et maladie professionnelle. Il existe également une réglementation particulière concernant la mise en disponibilité ou la mise à la pension de retraite pour motifs de santé<sup>3</sup>.

#### 3.2.1.2.1 L'accident du travail

Le service désigné par l'autorité transmet la déclaration d'accident du travail au Service de santé administratif (MEDEX) dans les 48 heures<sup>4</sup>. S'ensuit l'instruction médicale.

Si la victime ne donne pas suite à deux convocations consécutives, dont la deuxième est adressée par voie recommandée, le règlement du MEDEX prévoit que le dossier est classé sans plus de suite, que l'employeur est informé, cette attitude impliquant « que le fonctionnaire concerné renonce à tout dédommagement dans le cadre de la législation sur les accidents du travail ».

Le MEDEX fera une proposition de consolidation s'il estime que les lésions sont stabilisées et n'évolueront plus de façon significative. Les conclusions sont envoyées à la victime. Elles mentionnent : la nature des lésions, la date de consolidation, le pourcentage d'incapacité permanente<sup>5</sup> et, le cas échéant, les périodes d'incapacité temporaire de travail.

---

<sup>1</sup> A.R. du 21 janv. 1993 relatif à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles en faveur de certains membres du personnel appartenant aux administrations provinciales et locales, affiliées à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (M.B. 16 mars 1993) à l'exclusion du personnel enseignant et assimilé (soumis à un régime spécial en matière de maladie professionnelle).

<sup>2</sup> Ce texte distingue les documents à remettre par la victime et les ayants droit.

<sup>3</sup> Cette procédure est régie par l'arrêté royal du 18 août 1939 portant l'organisation des services médicaux par le Service de santé administratif en lieu et place des commissions provinciales des pensions (M.B. 2 septembre 1939). Il est prévu dans cette hypothèse que le département dont relève l'agent demande directement au S.S.A. les examens prévus par les règlements sur la mise en disponibilité ou sur la mise à la pension de retraite pour cause de blessures, accident ou infirmité. Il doit joindre à sa demande tout renseignement pouvant contribuer à l'éclaircir sur l'origine, la nature, la gravité et la permanence de l'incapacité professionnelle alléguée. Il y a ensuite examen de l'agent par un médecin fonctionnaire du S.S.A., assisté d'un médecin non fonctionnaire au centre médical de ce service le plus rapproché du domicile de l'agent. Les médecins examinateurs consignent conjointement leurs observations et conclusions dans un protocole d'examen. Ce rapport et le dossier transmis par l'administration sont soumis au médecin dirigeant le S.S.A., lequel conclut quant à l'incapacité actuelle et son caractère temporaire ou permanent et, pour autant que la question soit soumise ou se pose d'elle-même, quant au point de savoir si cette incapacité provient de l'exercice des fonctions ou si elle est la conséquence de blessures reçues ou d'accident survenu dans cet exercice ou à son occasion. Pour se prononcer, ce médecin peut faire procéder soit à la demande des médecins examinateurs soit de son propre chef à des examens, analyses ou recherches complémentaires par des spécialistes agréés. S'il l'estime utile, il réexamine lui-même l'agent. L'avis du S.S.A. doit être donné dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de la demande d'examen ci-dessus sauf empêchement de force majeure, qui sera notifié à l'administration intéressée.

<sup>4</sup> Cette transmission se fait sur formulaire prévu.

<sup>5</sup> Terminologie adoptée selon son règlement.

Un recours peut être introduit contre les conclusions de l'expertise médicale dans un délai de 30 jours à dater de la signification de la décision écrite. Ce recours est formé sur le document joint aux conclusions de l'expertise médicale. Deux procédures d'appel sont prévues étant d'une part une consultation et d'autre part l'envoi d'un rapport circonstancié, qui sera soumis au médecin de MEDEX qui a pris la décision en première instance. Après examen de ce rapport, celui-ci notera ses observations dans le dossier et l'enverra au chef de service qualité médicale, qui prendra la décision finale sur la base des pièces disponibles et après un nouvel examen par le médecin chef. Cette décision finale sera lors communiquée à l'employeur<sup>1</sup>.

En cas d'absence temporaire pour accident, un recours peut être introduit par la victime, contre une décision prise en première instance par un médecin contrôle. La procédure de recours sera différente suivant que l'intéressé est un fonctionnaire statutaire ou un contractuel.<sup>2</sup>

Si la victime n'intente pas de recours, les conclusions sont envoyées au service de l'organisme public employeur où la déclaration a été introduite.

L'arrêté royal du 24 janvier 1969 ne prévoit **pas de délai** pour l'examen de la demande, au niveau médical, ci-dessus.

En ce qui concerne la répartition des compétences entre le MEDEX et l'autorité,

1. le MEDEX va

- en cas de persistance de séquelles, fixer le pourcentage de l'invalidité permanente résultant des lésions physiologiques occasionnées par l'accident<sup>3</sup> (article 8) et, une fois le pourcentage fixé, notifier la **décision motivée** (article 9) relative à la détermination du pourcentage d'incapacité à l'autorité. Aucun délai n'est ici non plus prévu pour la notification, une fois le pourcentage fixé.
- en cas d'absence de séquelles, transmettre la décision de guérison (certificat de guérison) non motivée à l'autorité, **sans aucun délai**.

2. l'autorité va

- en cas de persistance de séquelles, tel que notifié par le MEDEX, vérifier si les conditions d'octroi des indemnités sont réunies. Elle examinera les éléments du dommage subi et proposera le paiement d'une rente
- en cas d'absence de séquelles, notifier la décision du MEDEX telle quelle (sans motivation et **sans aucun délai**).

### 3.2.1.2.2 La maladie professionnelle

En vertu de l'article 9 de l'arrêté royal du 5 janvier 1971, le service compétent désigné par l'autorité, auprès duquel la maladie professionnelle a été déclarée, transmet un exemplaire de la déclaration au service médical (MEDEX) dans les quarante-huit heures.

---

<sup>1</sup> Il faut noter que dans son règlement, MEDEX prévoit que « si la victime n'est pas d'accord avec la décision finale, la seule possibilité est de s'adresser au tribunal du travail compétent. Cela doit se faire dans les trois ans de la date d'envoi de la décision finale ». Ceci est en contradiction avec l'art. 20 de la loi.

<sup>2</sup> Voir règlement du MEDEX : pour les statutaires, consultation contradictoire entre les deux médecins (médecin traitant et médecin contrôle) dans les 48 heures avec procédure en cas de désaccord ; recours à l'arbitrage en cas de travailleurs contractuels.

<sup>3</sup> Il est important de relever que le texte se réfère à l'invalidité permanente résultant des lésions physiologiques et non à la répercussion des lésions sur la perte de capacité concurrentielle de la victime.

Celui-ci fixe, selon les dispositions de son règlement interne, le pourcentage de l'invalidité permanente<sup>1</sup> résultant de la maladie professionnelle (art. 10). Il peut, lorsqu'il l'estime nécessaire, requérir le concours médical du Fonds des maladies professionnelles. Aucune précision n'est donnée sur les conditions de ce « concours médical » **ni aucun délai**. Le règlement du MEDEX prévoit que si la victime ne peut répondre à une invitation à se rendre à un examen, elle doit justifier son absence par un certificat médical précisant qu'elle ne peut se déplacer et il peut être, dans ce cas, décidé de reporter l'examen, d'examiner la victime à son domicile ou de la faire examiner à l'étranger.

Les conclusions de l'expertise sont envoyées à la victime – **sans aucun délai**. Si elle ne fait pas appel<sup>2</sup>, le service médical notifiera sa **décision motivée** à l'autorité, décision relative à la détermination du pourcentage d'invalidité (art. 11, alinéa 1<sup>er</sup>). Il faut relever qu'**aucun délai** n'est précisé.

En ce qui concerne l'instruction de la demande de réparation d'une maladie professionnelle dans le cadre de l'A.R. du 21 janvier 1993, celle-ci sera effectuée par le Fonds des maladies professionnelles. Celui-ci a un pouvoir d'initiative, étant de recueillir tout renseignement ou document nécessaires à l'examen du dossier (art. 12, § 1<sup>er</sup>). Un délai est accordé aux personnes visées (15 jours) pour communiquer les renseignements nécessaires. Un rappel peut être adressé (sans aucun délai). Si aucune suite ou demande de prolongation fondée sur des raisons valables n'est donnée à ce rappel dans un délai de huit jours, le Fonds statue sur la base des éléments dont il dispose (art. 12, § 2). Les conclusions du Fonds relatives à la réparation du dommage sont notifiées par lui à l'autorité par voie recommandée (art. 12, § 3).

### 3.2.1.3 Motivation et mentions de la décision

Les textes réglant la procédure administrative contiennent certaines obligations en la matière. Ils n'ont pas été affectés par l'arrêté royal du 8 juin 2007, sauf pour ce qui est des décisions de paiement.

#### 3.2.1.3.1 Les décisions en général

Comme on le verra ci-après, certaines décisions doivent être motivées en vertu de la réglementation. Il ne s'agit pas de la motivation exigée par la Charte, puisque cette obligation préexistait. La question peut toutefois se poser de l'effet de cette obligation actuellement. Est-elle devenue la motivation au sens de la Charte, c'est-à-dire, comme cela est généralement admis, la motivation de la loi de 1991 et, si oui, quelle peut être la sanction efficace d'une absence de motivation ? Quel est, par ailleurs, l'avantage pour la victime de faire valoir l'absence de la décision prise ? L'autorité manque certes à son obligation de bonne administration en ne l'ayant pas pleinement informée, mais quel est l'effet pratique pour la victime, sauf à permettre au tribunal d'écarter cette décision, c'est-à-dire de ne pas en tenir compte, dans la mesure où elle est illégale ?

#### 3.2.1.3.1.1 *L'accident du travail*

En ce qui concerne la décision de l'autorité, la procédure prévoit

- l'hypothèse d'un accord (de la victime ou des ayants droit) : la proposition faite par l'autorité est alors reprise dans un arrêté ministériel constatant cet accord et mentionnant la rémunération de

---

<sup>1</sup> Même remarque que ci-dessus

<sup>2</sup> La procédure d'appel doit être introduite dans les 30 jours à dater de la signification de la décision et être formée sur le document ad hoc joint aux conclusions. Deux procédures d'appel existent, ici également, étant une consultation ou un rapport circonstancié, avec le même déroulement que ci-dessus.

- base, la nature de la lésion, la réduction de capacité, ainsi que la date de consolidation. Ces mentions ne sont pas celles de la Charte et l'on ne peut donc leur appliquer les effets de celles-ci.
- celle de l'absence d'accord : ici aucune disposition spécifique n'existe, ce qui implique l'application des règles de prescription si la victime ou l'ayant droit veulent introduire un recours.

L'accord des parties porte sur le montant de la rente. Le texte laisse en effet aux parties toute liberté de consentement, notamment en ce qui concerne la fixation, dans les limites de la décision du MEDEX, du pourcentage d'I.P.P<sup>1</sup>. L'on ne peut en effet trop insister sur le fait qu'il est à ce stade possible de fixer avec l'autorité un pourcentage différent de celui du MEDEX<sup>2</sup>, et ce d'autant que celui-ci est chargé d'évaluer l'invalidité permanente (selon le texte) et non les répercussions économiques de celle-ci sur la capacité concurrentielle du travailleur (terminologie qu'il reprend cependant dans son règlement). Quoique que cette question dépasse le cadre de cette contribution, elle est particulièrement importante pour le personnel contractuel de la fonction publique, qui ne bénéficie pas de la stabilité d'emploi.

Ainsi que vu ci-dessus, au cas où l'accident n'a, par contre, entraîné aucune invalidité permanente, la décision du MEDEX est transmise au service compétent désigné par l'autorité – **sans aucun délai** - et celui-ci notifie la **décision** (art. 9, 4<sup>e</sup> alinéa) du MEDEX, **sans aucun délai** non plus.

Dans cette hypothèse, en cas d'accord de la victime (pour lequel aucune précision n'est donnée quant à la forme qu'il doit revêtir mais qui peut, notamment, se faire en signant et renvoyant le certificat de guérison), une lettre recommandée lui est ensuite adressée, constatant celui-ci.

En cas de désaccord, il y a lieu à procédure<sup>3</sup>.

#### 3.2.1.3.1.2 *La maladie professionnelle*

Dans le régime général (A.R. du 5 janvier 1971), une fois en possession de la décision motivée du service médical, l'autorité vérifie si les conditions d'octroi sont réunies. Elle examine les éléments du dommage subi et propose le paiement d'une rente. La procédure prévoit ensuite, comme en cas d'accident du travail, s'il y a accord de la victime ou de l'ayant droit, que la proposition est reprise dans une décision de l'autorité, constatant celui-ci. Cette décision contient des mentions spécifiques : rémunération de base, nature de la maladie, réduction de capacité et date à laquelle l'incapacité présente un caractère de permanence, celles-ci n'étant pas les mentions obligatoires au sens de la Charte.

Dans le cadre de l'A.R. du 21 janvier 1993, une fois en possession des conclusions du Fonds, l'autorité vérifie les conditions d'octroi des indemnités et examine les éléments du dommage. Selon le texte, la notification de la décision intervient « **sans tarder** » et est faite à la fois à la victime (ou à ses ayants droit) et au Fonds. Il s'agit d'un projet de décision relatif au paiement d'une rente ou d'une indemnité (art. 13, § 1<sup>er</sup>). La victime (ou les ayants droit) ainsi que le Fonds ont l'obligation, en vertu de l'article 13, § 2, de communiquer leurs remarques dans le mois qui suit la date d'envoi du projet. Si celles-ci sont de nature médicale, il y a obligation pour l'autorité de les transmettre au Fonds. L'autorité ne pourra alors prendre une décision qu'à partir du moment où le Fonds aura communiqué sa décision. **Aucun délai** n'est fixé (art. 13, § 3).

#### **La décision motivée sera prise**

- à la réception des remarques faites par la victime (ou les ayants droit) et le Fonds ou

---

<sup>1</sup> Cass., 8 mai 2000, *Pas.*, 860.

<sup>2</sup> En tout état de cause tout réappréciation qui interviendrait – soit-elle-même judiciaire – ne peut se faire en-dessous de ce taux.

<sup>3</sup> Le règlement du SSA prévoit cependant que si la victime refuse de signer le certificat de guérison ou néglige de le renvoyer, elle est convoquée pour examen au centre médical.

- à l'expiration du délai fixé (c'est-à-dire le mois suivant la date d'envoi par l'autorité du projet de décision) ou
- à la réception des conclusions du Fonds, à qui les remarques de nature médicale auront dû être communiquées.

La motivation de la décision vise : les mentions relatives à la rémunération de base servant au calcul de la rente ou le salaire servant de base à la fixation des indemnités, la nature de la maladie et de l'incapacité, la réduction de capacité ainsi que la date du début de l'incapacité elle-même (qui ne sont pas les mentions de la Charte).

Relevons que, toujours, dans le cadre de l'arrêté royal du 21 janvier 1993, des mesures spécifiques existent en cas d'incapacité temporaire, étant que si l'incapacité de travail est ou devient partielle, c'est le médecin conseil du Fonds qui propose à l'autorité d'examiner la possibilité d'une remise au travail par prestations réduites. **Aucun délai** n'est ici fixé et **aucune motivation** n'est exigée pour cette proposition.

### 3.2.1.3.2 Les données médicales

La question de l'étendue de la motivation sur les données médicales a été abordée ci-dessus. Rappelons toutefois que la position du Conseil d'Etat est claire. Ainsi, par arrêt du 2 décembre 2004<sup>1</sup>, il a considéré que si l'article 4 de la loi du 29 juillet 1991 dispose que l'obligation de motiver ne s'impose pas notamment lorsque l'indication des motifs de l'acte peut violer le droit au respect de la vie privée ou constituer une violation des dispositions en matière de secret professionnel, l'indication des motifs médicaux dans la décision attaquée et la notification de celle-ci n'étaient en l'espèce pas de nature à violer le droit du fonctionnaire au respect de la vie privée, ni à constituer une violation de l'obligation des médecins du Service de santé administratif au secret professionnel. En effet, en vertu de la loi du 29 juillet 1991, le fonctionnaire était en droit de connaître les motifs de droit et de fait, même d'ordre médical, ayant déterminé l'autorité à décider d'un acte individuel le concernant directement.

Dans un précédent arrêt du 8 novembre 2000<sup>2</sup> il a énoncé que l'obligation de motivation formelle, imposée par la loi du 29 juillet 1991, s'applique à la décision du S.S.A. constatant l'inaptitude physique définitive d'un agent à toute fonction. Le S.S.A. ne peut opposer à cet agent le secret médical, puisque ce secret, en tant que secret professionnel, n'a d'autre objet que de le protéger vis-à-vis des tiers. Si la réglementation impose à l'agent (qui veut contester une décision d'inaptitude prise par la Commission des pensions, de le faire par l'intermédiaire d'un médecin de son choix), il n'appartient pas au Conseil d'Etat de qualifier la nature des relations de droit civil entre l'agent et le médecin qu'il doit nécessairement désigner pour contester une décision à laquelle il n'adhère pas. Cette désignation ne peut en tout cas avoir pour effet de dispenser le S.S.A. de ses obligations, notamment quant à la motivation formelle de ses actes. Ce qui aurait été dit au médecin désigné dans ces circonstances ne peut être assimilé à une motivation formelle, dès lors que celle-ci doit être exprimée par écrit. A défaut de tout document consignait les motifs d'ordre médical de l'inaptitude physique définitive du fonctionnaire, il n'est pas satisfait à l'obligation de motivation formelle et le Conseil d'Etat se trouve dans l'impossibilité de contrôler la légalité des motifs sur lesquels se fondent les actes attaqués, et donc de s'assurer que l'inaptitude physique a été "dûment constatée" comme le requiert le statut des agents de l'Etat.

Dans la ligne de cette jurisprudence du Conseil d'Etat, le Conseil national de l'Ordre des médecins a d'ailleurs rendu un avis suivant lequel la communication indirecte des motifs médicaux, via un médecin choisi par le fonctionnaire, n'est pas compatible avec la loi du 29 juillet 1991. En sa séance du

<sup>1</sup> C.E., 2 déc. 2004, n°137.978, voir également, C.E., 9 janv. 1998, n° 70.603 ; C.E., 29 mars 1996, n°58.953 ; C.E., 31 janv. 1996, n° 57.968 ; C.E., 19 mai 1995, n°53.389

<sup>2</sup> C.E., 8 nov. 2000, n°90.693

22 août 1998<sup>1</sup>, examinant la question de la communication à un agent d'une décision définitive à son sujet et de sa motivation médicale, il a conclu que les dispositions légales en la matière doivent être respectées : la décision doit trouver sa motivation dans l'acte. La communication de la décision et de la motivation médicale formelle doit être faite par l'administration directement à l'intéressé sans intervention de tiers.

Le principe est dès lors clairement établi : l'institution de sécurité sociale ne peut se retrancher derrière le secret médical de son médecin-conseil pour se dispenser de son obligation de motiver sa décision et d'indiquer les motifs médicaux sur lesquels elle se fonde.

Cette jurisprudence concerne le personnel statutaire. Elle devrait pouvoir trouver à s'appliquer pour le personnel contractuel.

### 3.2.1.3.3 Les décisions de paiement

L'arrêté royal du 8 juin 2007 règlement comme suit les mentions que doivent contenir les formules de paiement visées à l'article 13, alinéa 1<sup>er</sup> de la Charte. Celles-ci doivent reprendre

#### 1° pour les indemnités d'incapacité temporaire :

- la nature de la prestation
- la période à laquelle celle-ci correspond
- le montant de la rémunération de base
- le montant du précompte professionnel
- le montant du net
- la date de paiement

#### 2° pour le premier paiement de la rente due en raison de l'incapacité permanente de travail (qu'il s'agisse d'une incapacité initiale ou fixée dans le cadre de la révision) ainsi que de la rémunération supplémentaire justifiée par l'aide de tiers :

- la nature de la prestation
- la période à laquelle celle-ci correspond
- le montant brut
- le montant du précompte professionnel
- le montant du net

Le montant de l'indemnité additionnelle est mentionné distinctement.

#### 3° pour le premier paiement de l'allocation d'aggravation définitive ainsi que de l'allocation de décès :

- la nature de la prestation
- la période à laquelle celle-ci correspond
- le montant brut
- le montant du précompte professionnel
- le montant du net

#### 4° pour le remboursement des frais :

- la nature de la prestation
- le montant demandé
- le montant à détailler par prestation en cas de remboursement global

#### 5° pour le paiement en capital :

- la nature de la prestation
- le montant brut
- le montant du précompte professionnel

---

<sup>1</sup> Conseil National de l'Ordre des Médecins, avis du 22 août 1998, Bulletin du Conseil National, n°82, p.15.

- le montant du net

S'agissant des mentions de la Charte, leur absence entraîne les effets (connus) sur le délai de recours.

### 3.2.1.4 Notification de la décision

Ainsi que cela a été vu ci-dessus, il y a généralement deux décisions motivées :

- du service médical/MEDEX à l'autorité : taux d'invalidité permanente
- de l'autorité à la victime/l'ayant droit : proposition de paiement d'une rente vu les séquelles de l'accident ou de la maladie et possibilité d'accord ou non, accord qui – s'il existe - fera l'objet d'une notification.

Dans le cadre de l'arrêté royal du 21 janvier 1993, dans le cas d'une remise au travail par prestations réduites ou encore dans le cas où le médecin conseil du Fonds estime que la victime est apte à reprendre ses fonctions de façon totale, une notification particulière est prévue, à savoir que l'autorité notifie dans les deux jours ouvrables qui suivent la décision de remise au travail la décision de reprise par lettre recommandée ou par remise d'un écrit de la main à la main, à signer pour accusé de réception, ainsi qu'au Fonds par lettre recommandée. En cas de recours et après examen de celui-ci par le Fonds et par l'autorité, une nouvelle décision sera notifiée à la victime et au Fonds de la même manière. Aucune référence n'est faite à une motivation de la décision prise.

Une dernière spécificité de l'arrêté royal du 21 juin 1993 est que la notification de la décision intervient par voie recommandée, à la victime (ou aux ayants droit), au Fonds ainsi qu'aux institutions de sécurité sociale chargées de l'exécution des règles de cumul. **Aucun délai** n'est prévu.

### 3.2.1.5 Délai de paiement

#### 3.2.1.5.1 Accident du travail

En vertu de l'article 20 de l'arrêté royal du 24 janvier 1969, les rentes sont dues à partir du premier jour du mois au cours duquel la consolidation ou le décès intervient. A partir de la date de leur octroi, elles sont payées le premier jour de chaque mois de l'année civile, par 12<sup>ièmes</sup> et par anticipation. Si le taux est inférieur à 10%, la rente est payée une fois par an dans le courant du 4<sup>ième</sup> trimestre.

En ce qui concerne le capital, l'article 23 de l'arrêté royal de 1969 prévoit que celui-ci est payé dans les soixante jours qui suivent la date prévue à l'article 12, § 2 de la loi, c'est-à-dire le premier jour du troisième mois qui suit celui de l'introduction de la demande, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit l'expiration du délai de revision.

#### 3.2.1.5.2 Maladie professionnelle

L'article 20 ci-dessus a été rendu applicable aux maladies professionnelles, et ce par l'article 17 de l'arrêté royal du 5 janvier 1971, qui a modifié le terme « consolidation » par « l'incapacité présente un caractère de permanence ».

S'il s'agit d'une demande dans le cadre de l'A.R. du 21 janvier 1993, le système est identique : les rentes sont payables par 12<sup>ième</sup> et par anticipation. Si le degré d'invalidité permanente n'atteint pas 10%, le paiement intervient une fois par an dans le courant du 4<sup>e</sup> trimestre. A partir de la date d'octroi des rentes, elles sont payées le 1<sup>er</sup> jour ouvrable de chaque mois de l'année civile. Dans le cadre de cette réglementation, en ce qui concerne le paiement des

- rentes et indemnités d'incapacité,

- frais funéraires et frais de transfert de dépouille ainsi que frais afférents aux formalités administratives pour ce transfert,
  - frais de déplacement indemnisés et frais de procédure judiciaire,
- ceux-ci sont payés par l'administration, directement à la victime ou à ses ayants droit et récupérés directement et trimestriellement auprès du Fonds.
- Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, de prothèse et d'orthopédie sont payés directement par le Fonds.

### **3.2.2 Le droit aux intérêts**

En vertu de l'article 20*bis* de la loi du 3 juillet 1967, les rentes et les capitaux prévus par la loi portent intérêt de plein droit à partir du 1<sup>er</sup> jour du 3<sup>e</sup> mois qui suit celui au cours duquel ils deviennent exigibles.

En ce qui concerne la notion d'exigibilité, il faut rappeler que celle-ci a été précisée comme suit :

- La Cour de cassation a considéré dans deux arrêts des 18 juin 2001<sup>1</sup> et 18 décembre 2000<sup>2</sup> que les intérêts sur la rente ne sont pas exigibles à partir du 1<sup>er</sup> jour du 3<sup>e</sup> mois qui suit celui au cours duquel la citation a été lancée mais à partir du 1<sup>er</sup> jour du 3<sup>e</sup> mois qui suit celui au cours duquel la rente elle-même devient exigible et, en cas de contestation judiciaire, elle a rappelé que la rente n'est pas exigible tant que le juge n'a pas fait droit à la demande de paiement par décision devenue exécutoire.
- Dans un arrêt du 8 mai 2002<sup>3</sup>, la Cour constitutionnelle a jugé que l'article 20*bis* viole les articles 10 et 11 de la constitution dans l'interprétation selon laquelle il ne permet pas l'octroi d'intérêts moratoires avant la décision judiciaire devenue exécutoire, mais que cette violation n'existe pas, dans l'interprétation selon laquelle ces intérêts moratoires sont permis. La question tranchée ici concerne dès lors l'intérêt moratoire et non pas l'intérêt de plein droit.

Aucune décision ne semble avoir été rendue sur la notion d'exigibilité au regard des règles de la Charte.

### **3.2.3 La revision**

Comme dans le secteur privé, il existe un mécanisme de revision spécifique, qui ne correspond pas aux hypothèses de revision visées par la Charte.

#### **3.2.3.1 L'accident du travail**

En cas d'accident du travail, l'arrêté royal du 24 janvier 1969 prévoit une double procédure, étant celle de la demande en revision ainsi que la révision d'office.

- En cas de demande de revision fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité<sup>4</sup> de la victime ou sur son décès par suite des conséquences de l'accident, celle-ci peut être introduite dans un délai de trois ans à dater de la notification de la décision de l'autorité constatant l'accord sur la

<sup>1</sup> Cass., 18 juin 2001, *Pas.* 2001, I, 1161 – Conclusions du Ministère public

<sup>2</sup> Cass., 18 déc. 2000, *Pas.*, 2000, I, 1966

<sup>3</sup> C.A. 8 mai 2002, arrêt n° 82/2002 (M.B. 13 août 2002)

<sup>4</sup> Art. 10, § 1<sup>er</sup> – terminologie utilisée

consolidation des séquelles, de celle d'accorder une rente ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée :

- Le bénéficiaire doit adresser sa demande en revision accompagnée de toutes pièces justificatives par voie recommandée, au service compétent.
- L'introduction de la demande en revision par l'autorité se fait par voie recommandée adressée au bénéficiaire, le service compétent devant, dans cette hypothèse, transmettre celle-ci au MEDEX dans les quarante-huit heures.

- En cas de revision d'office, l'autorité demande au plus tard six mois avant l'expiration du délai de revision, au MEDEX d'examiner la victime. Aucun délai n'est prévu pour cet examen mais les conclusions doivent être communiquées aux parties au moins trois mois avant l'expiration du délai de revision, ce qui suppose une instruction dans un bref délai. Sur la base de ces conclusions, chacune des deux parties peut introduire une demande de revision conformément à ce qui est repris ci-dessus.

En ce qui concerne l'instruction de la demande de revision elle-même, l'article 11, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 24 janvier 1969 prévoit un examen par le MEDEX. Selon les dispositions de son règlement concernant les accidents du travail, il maintiendra ou modifiera le pourcentage de l'invalidité permanente. Il notifiera « sans tarder » (art. 11, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3) sa décision à l'autorité. Celle-ci est reprise dans un arrêté ministériel notifié à la victime.<sup>1</sup>

Les conclusions après revision mentionnent la date à partir de laquelle est attribuée la rente éventuellement modifiée, étant le premier jour du mois suivant la date d'introduction de la demande elle-même (A.R. du 24 janvier 1969, art. 10, § 1<sup>er</sup>). Si la victime n'est pas d'accord avec cette décision, une possibilité d'appel est ouverte dans les 30 jours. La procédure de recours<sup>2</sup> est identique à celle du début de dossier.

### **3.2.3.2 La maladie professionnelle**

En cas de maladie professionnelle, l'arrêté royal du 5 janvier 1971 prévoit une procédure similaire, la demande en revision devant toutefois être accompagnée d'un rapport médical constatant les modifications intervenues dans l'état d'infirmité<sup>3</sup> de la victime depuis la date des conclusions médicales sur la base desquelles est fondée la décision prise antérieurement par le service médical ou la décision judiciaire (art. 12, § 1<sup>er</sup>). Le § 2 prévoit<sup>4</sup> que dans cette hypothèse le service compétent transmet la demande au service médical dans un délai de quarante-huit heures.

La procédure d'introduction d'une demande en revision par l'autorité est identique à l'hypothèse de l'accident du travail.

En ce qui concerne la revision d'office, celle-ci doit intervenir au plus tard trois ans après la date à laquelle l'incapacité présente un caractère de permanence (art. 12, § 4). Elle est formée par l'autorité si aucune demande de revision n'a été introduite. Comme pour l'accident du travail, les conclusions médicales sont communiquées « dans les meilleurs délais » à l'autorité et à la victime, qui peuvent, chacune, introduire une demande en revision sur la base de celles-ci.

Pour ce qui est de l'instruction médicale de la demande, l'article 13 de l'arrêté royal prévoit que le service médical examine la victime au plus tard trois mois après l'introduction de la demande en

---

<sup>1</sup> Le paiement des allocations et des rentes peut être suspendu, dans certaines conditions, en cas de non comparution de la victime devant le MEDEX, voir art. 11, § 2.

<sup>2</sup> Pour certaines catégories de fonctionnaires (services locaux et police), les conclusions du MEDEX sont purement consultatives. Elles ne sont dès lors pas susceptibles d'appel.

<sup>3</sup> Terminologie utilisée

<sup>4</sup> Ce qui ne figure pas dans l'A.R. du 24 janv. 1969

revision. Il maintiendra ou modifiera, ainsi, le pourcentage de l'invalidité permanente. **Aucun délai** n'est fixé pour cette décision.

Lorsque celle-ci est prise, il doit la notifier « sans tarder » à l'autorité. La décision du service médical est alors reprise dans une décision de l'autorité, notifiée à la victime<sup>1</sup>.

Dans le cadre de l'A.R. du 21 janvier 1993, la demande en revision par la victime peut se faire de la même manière que la demande en réparation et doit être accompagnée d'un rapport médical circonstancié, constatant les modifications intervenues depuis la date des conclusions médicales sur la base desquelles a été fondée la décision statuant sur la réparation ou la décision judiciaire passée en force de chose jugée.

La revision d'office peut être entamée à l'initiative de l'autorité ou du Fonds lui-même. L'autorité demande la revision d'office par lettre simple adressée au Fonds (art. 14, § 2)<sup>2</sup>. L'instruction de la demande et les mentions ainsi que la notification de la décision administrative sont les mêmes que lors de la demande en réparation.

### **3.2.4 Les délais de recours**

La loi du 3 juillet 1967 prévoit un délai de prescription des actions en paiement des indemnités. Celles-ci se prescrivent par trois ans à dater de la notification de l'acte juridique administratif contesté<sup>3</sup>. Le point de départ n'est dès lors pas celui de la loi du 10 avril 1971.

Le texte actuel est issu de la modification introduite par la loi du 20 mai 1997<sup>4</sup>. Cette nouvelle réglementation est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> août 1997 et inclut les actions introduites avant cette date mais qui n'avaient pas encore fait l'objet d'une décision judiciaire. Même antérieures au 1<sup>er</sup> août 1997, ces actions ne peuvent plus – comme auparavant - être déclarées prescrites après les trois ans à dater du moment où le droit à l'indemnité existait<sup>5</sup>.

La modification de texte a donc porté sur le point de départ du délai de prescription – mais la question est restée posée de définir l'acte administratif contesté.

Dans une circulaire du 10 février 1998<sup>6</sup>, il est précisé qu'il faut entendre par « acte juridique administratif contesté » toute décision qui serait prise par l'employeur ou le service médical pendant la durée de la procédure administrative. La circulaire poursuit que, ces décisions administratives restant des actes préparatoires, elles ne sont pas toujours susceptibles d'être déférées à la censure du Conseil d'état.

Dans un arrêt du 4 juin 2007<sup>7</sup>, la Cour de cassation a rappelé comme suit le mécanisme applicable<sup>8</sup>. La procédure administrative implique l'intervention du service médical pour l'examen du dossier sous ses

---

<sup>1</sup> Comme pour l'accident du travail, des dispositions existent en cas d'absence aux convocations

<sup>2</sup> Des dispositions existent aux fins de sanctionner la victime qui ne se présenterait pas à deux convocations successives

<sup>3</sup> L'art. 20, § 2, de la loi renvoie, pour les causes d'interruption ou de suspension à la loi du 10 avril 1971 ainsi qu'aux lois coordonnées le 3 juin 1970.

<sup>4</sup> Loi du 20 mai 1997 portant diverses mesures en matière de fonctions publiques (M.B. 8 juill. 1997)

<sup>5</sup> Cass., 1<sup>er</sup> oct. 2001, *Pas.*, 2001, I, 1540

<sup>6</sup> Circulaire n° 477 du 10 février 1998 relative à l'application de diverses réformes apportées à la loi du 3 juillet 1967.

<sup>7</sup> Cass., 4 juin 2007, *J.T.T.*, 2007, 311 avec conclusions de M. le Procureur général Leclercq

<sup>8</sup> Il s'agissait d'un agent soumis à l'A.R. 13 juill. 1970 relatif à la réparation, en faveur de certains membres du personnel des provinces, des communes, des agglomérations, des fédérations de communes, des associations de communes, des centres publics d'aide sociale, des services, des établissements et associations d'aide sociale, des services du collège de la Commission communautaire française et de ceux du collège de la Commission

aspects médicaux, examen qui aboutit à une appréciation ou un avis qui doit être soumis à l'autorité compétente. Celle-ci vérifie si les conditions d'octroi des indemnités sont réunies et, dans l'affirmative, examine les éléments du dommage subi et apprécie s'il y a lieu d'augmenter le pourcentage d'invalidité permanente fixé par le service médical. Le paiement d'une rente est alors proposé à l'accord de la victime, par lettre recommandée. Cette proposition doit mentionner la rémunération servant de base au calcul de la rente, la nature de la lésion, la réduction de la capacité et la date de consolidation. Dans l'hypothèse d'absence d'invalidité permanente, l'autorité propose à l'accord de la victime ou de ses ayants droit le résultat de son examen concluant à l'absence de réduction de capacité.

Pour la Cour suprême, ladite autorité n'est donc nullement liée par l'avis du service médical et elle devra prendre une décision sur l'existence d'un accident du travail ou d'un accident survenu sur le chemin du travail donnant ouverture à l'indemnisation, sur l'invalidité permanente éventuelle et sur le montant de la rémunération de base.

En cas d'accord de la victime, cette proposition sera reprise intégralement dans une décision de l'autorité, elle-même notifiée sous pli recommandé.

En conséquence, pour la Cour suprême, lorsque l'article 20 vise « l'acte juridique administratif contesté », celui-ci ne peut consister dans la proposition formulée par le MEDEX notifiée à la victime de l'accident et relative à la date de consolidation ainsi qu'à l'existence éventuelle d'une invalidité ou d'une incapacité permanente de travail.

Cependant (répondant à la deuxième branche du pourvoi, qui soutenait que l'acte juridique administratif contesté au sens de l'article 20 ne pouvait être constitué par la proposition formulée par le MEDEX notifiée à la victime relative à la date de consolidation et à l'existence éventuelle d'une invalidité ou incapacité de travail), la Cour, suivant le Procureur général, considère que l'acte juridique administratif n'est pas exclusivement la décision de l'autorité prévue à l'article 10 mais peut, lorsque la demande en paiement est introduite avant que la décision précitée ait été prise, consister en la proposition du MEDEX visé aux articles 8 et 9 du même arrêté.

Il s'agit dès lors de retenir la possibilité de deux points de départ de la prescription.

La question reste encore posée de la possibilité de prendre comme point de départ l'accident lui-même, étant que l'action doit pouvoir être introduite sans attendre le premier des deux points de départ ci-dessus.

Relevons encore une règle particulière dans le cadre de l'arrêté royal du 21 janvier 1993, à savoir que dans son article 16, en cas de contestation, la victime (ou l'ayant droit) doit soumettre la décision administrative litigieuse au tribunal du travail compétent, et ce dans l'année qui suit la date de notification de celle-ci, et ce à peine de déchéance. Le délai est ici plus court que celui fixé dans la loi du 3 juillet 1967 et s'aligne sur la règle en matière de maladie professionnelle dans le secteur privé : délai de déchéance d'un an.

### **3.2.5 L'indu**

Vu l'absence apparente de toute réglementation particulière, il faut se référer au texte de la Charte.

---

communautaire flamande et des caisses publiques de prêts, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail (M.B. 1<sup>er</sup> sept. 1970)

Relevons néanmoins que, si la constatation et la récupération d'un indu se fondent sur le statut et non sur la loi du 3 juillet 1967, non seulement les dispositions de la Charte ne trouveront pas à s'appliquer, mais qu'en outre les juridictions du travail ne seront pas compétentes.

<b><u>I.</u></b>	<b><u>INTRODUCTION.....</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b><u>II.</u></b>	<b><u>RAPPEL DES PRINCIPES CONTENUS DANS LA CHARTE.....</u></b>	<b><u>2</u></b>
<b><u>1</u></b>	<b><u>DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL.....</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b>1.1</b>	<b>LE DEVOIR D'INFORMATION .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2</b>	<b>LE DEVOIR DE CONSEIL .....</b>	<b>4</b>
<b><u>1</u></b>	<b><u>GARANTIES DANS L'OCTROI DES PRESTATIONS.....</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b>1.1</b>	<b>LA PHASE ADMINISTRATIVE.....</b>	<b>4</b>
1.1.1	INTRODUCTION DE LA DEMANDE .....	4
1.1.2	EXAMEN DE LA DEMANDE.....	5
1.1.3	MOTIVATION ET MENTIONS DE LA DECISION .....	5
1.1.3.1	Motivation de la décision.....	5
1.1.3.2	Mentions.....	6
1.1.4	NOTIFICATION DE LA DECISION.....	6
1.1.5	DELAI DE PAIEMENT .....	6
<b>1.2</b>	<b>LE DROIT AUX INTERETS .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3</b>	<b>LA REVISION DE LA DECISION .....</b>	<b>7</b>
<b>1.4</b>	<b>LES DELAIS DE RECOURS.....</b>	<b>9</b>
<b>1.5</b>	<b>L'INDU .....</b>	<b>9</b>
1.5.1	LES MESURES DE LA CHARTE S'APPLIQUANT A L'INDU .....	9
1.5.2	LES MENTIONS DE LA DECISION DE RECUPERATION DE L'INDU (ARTICLE 15).....	9
1.5.3	LA RENONCIATION A L'INDU .....	10
1.5.4	LES INTERETS SUR LES PRESTATIONS INDUES .....	10
<b><u>III</u></b>	<b><u>APPLICATION DES PRINCIPES CONTENUS DANS LA CHARTE .....</u></b>	<b><u>11</u></b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>SECTEUR PRIVE .....</u></b>	<b><u>12</u></b>
<b>2.1</b>	<b>ACCIDENTS DU TRAVAIL .....</b>	<b>12</b>
2.1.1	LE DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL.....	13
2.1.1.1	Le devoir d'information .....	13
2.1.1.1.1	L'information en général.....	13
2.1.1.1.2	L'information en matière de paiement.....	15
2.1.1.2	Le devoir de conseil .....	15
2.1.2	GARANTIES DANS L'OCTROI DES PRESTATIONS .....	15
2.1.2.1	La phase administrative .....	15
2.1.2.1.1	Introduction de la demande.....	16
2.1.2.1.1.1	Mode d'introduction .....	16
2.1.2.1.1.2	Accusé de réception .....	16
2.1.2.1.1.3	Octroi d'office.....	16
2.1.2.1.1.4	Polyvalence de la demande .....	17
2.1.2.1.2	Examen de la demande .....	17
2.1.2.1.3	Motivation et mentions de la décision .....	18
2.1.2.1.3.1	Motivation de la décision .....	18
2.1.2.1.3.1.1	Principes.....	18

2.1.2.1.3.1.2	La sanction de l'absence de la motivation .....	18
2.1.2.1.3.1.3	Le contenu de la motivation.....	20
2.1.2.1.3.1.3.1	Les décisions en matière de paiement.....	20
2.1.2.1.3.1.3.2	Les données médicales.....	20
2.1.2.1.3.1.3.3	Les mentions en matière de paiement .....	22
2.1.2.1.3.2	Mentions.....	22
2.1.2.1.4	Notification de la décision .....	23
2.1.2.1.5	Délai de paiement.....	24
2.1.2.2	Le droit aux intérêts .....	24
2.1.2.3	La revision de la décision.....	25
2.1.2.4	Les délais de recours .....	26
2.1.2.5	L'indu.....	26
2.1.2.5.1	Les mentions de la décision de récupération d'indu .....	26
2.1.2.5.1.1	Les décisions de récupération prises par le F.A.T.....	27
2.1.2.5.1.2	Les décisions de l'entreprise d'assurances.....	28
2.1.2.5.1.3	Le recours contre la décision.....	29
2.1.2.5.2	La renonciation à l'indu .....	29
2.1.2.5.2.1	La renonciation par le F.A.T. ....	29
2.1.2.5.2.2	La renonciation par l'entreprise d'assurances .....	30
2.1.2.5.3	Les intérêts .....	31
2.1.2.5.4	Le caractère récupérable de l'indu – examen des hypothèses de revision .....	32
<b>2.2</b>	<b>LA MALADIE PROFESSIONNELLE .....</b>	<b>32</b>
2.2.1	LE DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL .....	33
2.2.2	LES GARANTIES DANS L'OCTROI DES PRESTATIONS.....	34
2.2.2.1	La phase administrative .....	34
2.2.2.1.1	Introduction de la demande .....	34
2.2.2.1.2	Examen de la demande .....	36
2.2.2.1.3	Motivation et mentions de la décision .....	37
2.2.2.1.3.1	Motivation.....	37
2.2.2.1.3.1.1	Principes.....	37
2.2.2.1.3.1.2	Etendue et sanctions.....	38
2.2.2.1.3.2	Mentions.....	38
2.2.2.1.4	Notification de la décision .....	38
2.2.2.1.5	Délai de paiement.....	39
2.2.2.2	Le droit aux intérêts .....	39
2.2.2.3	La revision.....	42
2.2.2.4	Les délais de recours .....	43
2.2.2.5	L'indu.....	43
2.2.2.5.1	La répétition de l'indu.....	43
2.2.2.5.2	La renonciation à la répétition de l'indu .....	44

### **3 SECTEUR PUBLIC..... 45**

<b>3.1</b>	<b>LES OBLIGATIONS D'INFORMATION ET DE CONSEIL .....</b>	<b>46</b>
<b>3.2</b>	<b>LES GARANTIES OFFERTES PAR LA CHARTE .....</b>	<b>47</b>
3.2.1	LA PHASE ADMINISTRATIVE .....	47
3.2.1.1	L'introduction de la demande .....	47
3.2.1.1.1	L'accident du travail .....	47
3.2.1.1.2	La maladie professionnelle .....	47
3.2.1.2	Examen de la demande .....	48
3.2.1.2.1	L'accident du travail .....	48
3.2.1.2.2	La maladie professionnelle .....	49
3.2.1.3	Motivation et mentions de la décision .....	50
3.2.1.3.1	Les décisions en général .....	50

3.2.1.3.1.1	L'accident du travail .....	50
3.2.1.3.1.2	La maladie professionnelle .....	51
3.2.1.3.2	Les données médicales.....	52
3.2.1.3.3	Les décisions de paiement.....	53
3.2.1.4	Notification de la décision .....	54
3.2.1.5	Délai de paiement.....	54
3.2.1.5.1	Accident du travail .....	54
3.2.1.5.2	Maladie professionnelle .....	54
3.2.2	LE DROIT AUX INTERETS .....	55
3.2.3	LA REVISION.....	55
3.2.3.1	L'accident du travail .....	55
3.2.3.2	La maladie professionnelle .....	56
3.2.4	LES DELAIS DE RECOURS .....	57
3.2.5	L'INDU.....	58