

Copie
art. 792 C.J.
Exempt du droit de greffe - art. 280,2° C.Enr.

Expédition

Numéro du répertoire
2014/2436
Date du prononcé
01 octobre 2014
Numéro du rôle
2012/AB/1244

Délivrée à
le
€
JGR

Cour du travail de Bruxelles

huitième chambre

Arrêt

COVER 01-00000035793-0001-0006-01-01-1



SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS SALARIES - assurance-maladie-invalidité

Arrêt contradictoire

Définitif

Notification par pli judiciaire (art. 580, 2° C.J.)

En cause de :

L'Union Nationale des Mutualités Libres,

dont le siège social est établi à 1150 BRUXELLES, Rue Saint-Hubert, 19,

partie appelante,

représentée par Maître ITANI Makram, avocat,

Contre :

D

partie intimée,

qui ne comparaît pas à l'audience publique et qui n'est pas représentée,

★

★

★



La Cour du travail, après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant:

La présente décision applique notamment les dispositions suivantes :

- Le code judiciaire,
- La loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire,

Vu produites en forme régulière les pièces de la procédure légalement requises,

Vu le jugement prononcé le 8 novembre 2012 par le tribunal du travail de Bruxelles,

Vu la notification du 21 novembre 2012,

Vu la requête d'appel reçue au greffe de la Cour du travail de Bruxelles, le 20 décembre 2012,

Vu l'ordonnance de mise en état judiciaire du 20 mars 2013,

Entendu le conseil de l'UNML à l'audience du 3 septembre 2014,

Entendu Madame G. COLOT, Substitut général, en son avis oral auquel il n'a pas été répliqué.

*

*

*

I. FAITS ET ANTECEDENTS

1. Monsieur D a, pour la période du 13 février 2009 au 19 novembre 2009, bénéficié des remboursements des soins de santé à charge de la mutuelle PARTENA.

La mutuelle a estimé que les remboursements sont susceptibles d'être la conséquence d'un accident.

A différentes reprises, la mutuelle a invité Monsieur D à remplir une déclaration d'accident.

Par lettre recommandée du 20 août 2010, la mutuelle a invité Monsieur D à remplir un formulaire permettant de déterminer si les soins font suite à une maladie ou à un accident (pour lequel il pourrait y avoir un tiers responsable).

2. Par requête du 16 novembre 2011, l'UNML a demandé la condamnation de Monsieur D à lui rembourser la somme de 3.514,21 Euros.

3. Par jugement du 8 novembre 2012, le tribunal a déclaré la demande non fondée.

Le tribunal a estimé qu'il ne pouvait être déduit de la nature de la lésion que les soins avaient pour origine un accident susceptible d'impliquer un tiers responsable.

L'UNML a fait appel du jugement par une requête déposée au greffe de la Cour du travail, le 19 décembre 2012.



II. OBJET DE L'APPEL

4. L'UNML demande à la Cour du travail de réformer le jugement, et en conséquence, de condamner Monsieur D' à rembourser la somme de 3.514,21 Euros à titre de soins de santé indument versés pour la période du 13 février 2009 au 19 novembre 2009.

Monsieur Di n'a pas comparu.

III. DISCUSSION

5. Selon l'article 136, § 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités,

« Les prestations (...) sont refusées lorsque le dommage découlant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès est effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun. (...).

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

L'organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire; cette subrogation vaut, à concurrence du montant des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun et qui réparent partiellement ou totalement le dommage visé à l'alinéa 1er. (...) ».

6. L'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, précise que :

« § 1. L'octroi des prestations prévu à l'article 136, § 2 de la loi coordonnée est subordonné aux conditions que celui qui, pour lui-même ou pour les personnes à sa charge, fait appel aux prestations de l'assurance, mette son organisme assureur dans la possibilité d'exercer le droit visé à cet article et l'informe :

1° de ce que le dommage qui motive cet appel est susceptible d'être couvert par le droit commun ou par une autre législation belge ou étrangère ;

2° de tous les éléments ou circonstances de nature à établir si le dommage doit être réparé en vertu du droit commun ou d'une autre législation, y compris les informations ou actes judiciaires dont lui-même ou les personnes à sa charge seraient l'objet à propos du dommage;

3° de toute action ou autre procédure engagée en vue d'obtenir, pour lui-même ou pour les personnes à sa charge, la réparation du dommage en vertu du droit commun



ou d'une autre législation. Le modèle de ce formulaire est établi par le Service du contrôle administratif. (...) »

7. L'article 295 de l'arrêté royal impose à l'assuré social, une obligation de collaboration. Cette collaboration ne peut toutefois être requise chaque fois qu'une mutuelle a remboursé des soins de santé.

La Cour de cassation a été amenée à préciser « qu'une déclaration du titulaire de l'assurance n'est prescrite (...) que si le dommage est susceptible d'être réparé en vertu du droit commun ou d'une autre législation » (Cass.27 janvier 2003, S.010189.F).

Il appartient donc à l'organisme assureur de démontrer que le dommage est susceptible d'être réparé en vertu du droit commun ou d'une autre législation.

Cette preuve peut être rapportée notamment en démontrant le caractère traumatique de la lésion ou la nature particulière des soins donnés : c'est ainsi, par exemple, que les circonstances de l'admission (dans un service d'urgence et/ou après un transport en ambulance) sont des éléments susceptibles de démontrer qu'il y a eu un accident dont un tiers est susceptible de devoir répondre.

En pratique, l'organisme assureur peut apporter la preuve qui lui incombe en s'appuyant sur les factures d'hospitalisation et le relevé des soins donnés, les codes utilisés dans ces documents permettant généralement de cerner la nature des lésions et des soins.

8. En l'espèce, la mutuelle n'établit pas clairement la nature des lésions et des soins qui ont été fournis et, plus généralement, ne donne aucun élément permettant de considérer que le dommage est susceptible d'être réparé en vertu du droit commun ou d'une autre législation. Elle se contente, - mais à tort au vu de la jurisprudence rappelée ci-dessus -, d'affirmer qu'elle n'assume aucune charge de la preuve.

En soi, le fait que les soins ont été donnés dans le cadre d'une hospitalisation (pour cause, semble-t-il, d'une luxation de la rotule) ne suffit pas à justifier l'application de l'article 295 de l'arrêté royal.

Le jugement doit, par conséquent, être confirmé.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR DU TRAVAIL,



Statuant après un débat contradictoire sur pied de l'article 747, §2, du Code judiciaire,

Sur avis non conforme du ministère public,

Déclare l'appel recevable et non fondé,

Confirme le jugement,

Condamne l'UNML aux dépens, non liquidés.

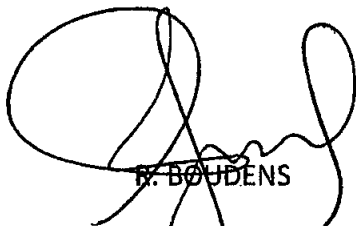
Ainsi arrêté par :

J.-F. NEVEN Conseiller

Y. GAUTHY Conseiller social au titre employeur

F. TALBOT Conseiller social au titre de travailleur employé

assistés de R. BOUDENS Greffier



R. BOUDENS



F. TALBOT



Y. GAUTHY

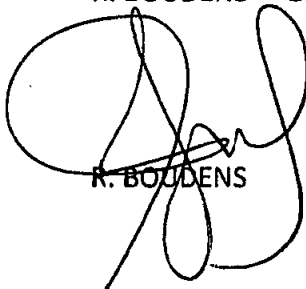


J.-F. NEVEN

L'arrêt est prononcé à l'audience publique extraordinaire de la 8e chambre de la Cour du travail de Bruxelles, le premier octobre deux mille quatorze, où étaient présents :

J.-F. NEVEN Conseiller

R. BOUDENS Greffier



R. BOUDENS



J.-F. NEVEN

