



Numéro du répertoire
2017/
R.G. Trib. Trav.
14/407855/A
Date du prononcé
6 novembre 2017
Numéro du rôle
2015/AL/703
En cause de :
SECUREX caisse commune contre les accidents du travail c/ L'ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES

Expédition

Délivrée à
Pour la partie

N° d'ordre

le
€
JGR

Cour du travail de Liège

Division Liège

Troisième chambre

Arrêt

+ Sécurité sociale – AMI – subrogation même en l'absence de second paiement
Art. 136, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

EN CAUSE :

SECUREX caisse commune contre les accidents du travail, dont le siège social est établi à 1040 BRUXELLES, avenue de Tervueren 43,
ci-après Securex ou la caisse ou l'assureur-loi, partie appelante,
comparaissant par Maître Fernand DE VLIEGHER, avocat à 9000 GENT, Begijnhoflaan 460-458.

CONTRE :

L'ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES, en abrégé A.N.M.C., dont le siège est établi Chaussée de Haecht, 579/40, 1031 SCHAERBEEK,
ci-après la mutuelle, partie intimée,
comparaissant par Maître Sophie POLET qui remplace Maître Vincent DELFOSSE, avocats à 4000 LIEGE, Rue Beeckman, 45.

•
• •

Vu en forme régulière les pièces du dossier de la procédure à la clôture des débats le 2 octobre 2017, notamment :

- le jugement attaqué, rendu contradictoirement entre parties le 18 septembre 2015 par le tribunal du travail de Liège, division Liège, 5^e chambre (R.G. : 14/407855/A);

- la requête formant appel de ce jugement, reçue au greffe de la Cour le 11 décembre 2015 et notifiée à l'intimée le même jour par pli judiciaire ;

- le dossier de la procédure du tribunal du travail de Liège, division Liège, reçu au greffe de la Cour le 15 décembre 2015 ;
- les conclusions de l'intimée entrées au greffe de la Cour les 11 mars et 10 juin 2016 ;
- les conclusions de l'appelante entrées au greffe de la Cour le 14 avril 2016 ;
- l'ordonnance de fixation prise sur base de l'article 747 du Code judiciaire le 3 février 2016 et notifiée par plis simples aux parties et à leur conseil le 5 février 2016, fixant la cause à l'audience publique de la 3^e chambre du 20 juin 2016, à laquelle la cause a été remise à l'audience publique de la 3^e chambre du 6 mars 2017, à laquelle la cause a été remise à l'audience publique de la 3^e chambre du 2 octobre 2017,
- le dossier de l'appelante entré au greffe de la Cour le 1^{er} mars 2017 ainsi que celui déposé par l'appelante à l'audience du 2 octobre 2017 et celui de l'intimée déposé à l'audience du 2 octobre 2017;

Entendu les conseils des parties en leurs explications à l'audience publique du 2 octobre 2017.

•
• •

I. FAITS ET ANTECEDENTS DE LA PROCEDURE

Le litige n'oppose pas un assuré social à une institution mais porte sur la détermination de l'institution (coopérante) de sécurité sociale amenée à supporter le poids d'une période d'incapacité de travail de M. Z.

M. Z. a en effet été victime d'un accident du travail (reconnu) le 28 septembre 2007, qui a donné lieu à une incapacité de travail temporaire totale indemnisée par l'assureur-loi de son employeur, Securex, du 28 septembre 2007 au 31 janvier 2008 et du 5 mai 2008 au 30 septembre 2009.

La période litigieuse s'insère entre ces deux périodes d'incapacité reconnue et s'étend du 1^{er} février 2008 au 4 mai 2008.

M. Z. AWT

L'assureur-loi a refusé de reconnaître l'incapacité de M. Z. au-delà du 31 janvier 2008 au motif qu'une reprise du travail était possible (voir pièce 2 du dossier de l'ANMC) alors que la mutuelle soutient le contraire. Le médecin-conseil de la mutuelle qui a examiné M. Z. le 28 février 2008 (et non le 1^{er}, comme cela ressort de la pièce 3 du même dossier) est formel pour dire qu'il était dans l'incapacité de travailler – il a précisé qu'il considérait l'incapacité comme totale pendant la période litigieuse.

M. Z. n'a été ré-indemnisé par son assureur-loi qu'à dater du 5 mai 2008 suite à une intervention chirurgicale (arthrodèse), qui a clôturé la période litigieuse. Toujours est-il que durant le laps de temps s'écoulant entre le 1^{er} février 2008 et le 4 mai 2008, M. Z. a été indemnisé par sa mutuelle et non par l'assureur-loi de son employeur. Le montant décaissé par la mutuelle s'élève à 2.999,85€.

L'état de santé de M. Z. s'est finalement consolidé le 1^{er} octobre 2009 et une incapacité permanente partielle de 18% a été retenue.

Le 13 janvier 2012, le FAT (actuellement Fedris) a entériné l'accord-indemnité qui fixait (entre autres) l'incapacité temporaire totale du 28 septembre 2007 au 31 janvier 2008 et du 5 mai 2008 au 30 septembre 2009, la consolidation au 1^{er} octobre 2009 et l'incapacité permanente partielle à 18%.

Il ressort d'une lettre de l'ANMC du 18 mai 2011 que la mutuelle aurait dès le 9 août 2010 réclamé à Securex le montant des indemnités versées à M. Z. du 1^{er} février 2008 au 5 mai 2008, soit un montant de 2.999,85€.

Securex ne s'exécutant pas, l'ANMC a introduit une procédure à son encontre par une requête du 28 juin 2012 tendant à sa condamnation à une somme principale de 2.999,85€ à majorer des intérêts depuis le 1^{er} mai 2008, date moyenne des débours, et des dépens.

Par son jugement du 18 septembre 2015, le Tribunal du travail de Liège, division Liège, a fait droit à sa demande.

Securex a interjeté appel par une requête du 11 décembre 2015.

II. OBJET DE L'APPEL ET POSITION DES PARTIES

II.1. Demande et argumentation de Securex

Securex demande de dire son appel recevable et fondé, de mettre le jugement entrepris à néant, de dire pour droit que l'ANMC ne peut réclamer sur base de sa subrogation et sur base de l'article 23, § 3, <de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail> sa condamnation au paiement d'une période d'incapacité temporaire partielle du 1er février 2008 au 5 mai 2008, ou, à tout le moins et à titre subsidiaire, de déclarer l'appel fondé en ce qui concerne la condamnation aux intérêts à partir du 1^{er} mai 2008.

A l'appui de ces demandes, la caisse fait valoir qu'il n'y a pas matière à la subrogation prévue par l'article 136, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 au motif que la mutuelle n'a pas versé d'indemnités dans l'attente d'un paiement par l'assureur-loi. Securex souligne que l'accord-indemnité entériné par le FAT, qui n'a pas été contesté par qui que ce soit, a cliché les périodes d'incapacité temporaire de travail et ne permet pas de paiement dans son chef pour la période litigieuse.

Securex soutient également que le Tribunal aurait fait une application erronée de l'article 23 de la loi du 10 avril 1971. Cette disposition ne serait pas applicable au litige faute pour Securex ou M. Z. d'avoir mis en route la procédure de remise au travail.

En outre, Securex soutient que M. Z. était apte à reprendre complètement le travail durant la période litigieuse, ce qui exclut l'application de l'article 23, § 3, de la loi du 10 avril 1971. Elle invoque de la jurisprudence à l'appui.

A titre subsidiaire, Securex conteste la date moyenne retenue par l'ANMC pour la prise de cours des intérêts faute de preuve de paiement et des dates de paiement.

II.2. Demande et argumentation de l'ANMC

L'ANMC demande de dire l'appel recevable mais non fondé, de confirmer la décision entreprise en toutes ses dispositions et de condamner Securex aux dépens liquidés à la somme de 349,80€.

A l'appui de ces demandes, elle fait valoir que Securex ne démontre pas que durant la période litigieuse, M. Z. n'aurait connu aucune limitation de sa capacité de travail et que dès lors l'article 23 de la loi du 10 avril 1971 ne serait pas applicable. Elle estime au contraire que M. Z. s'est trouvé à ce moment soit en période d'incapacité temporaire totale (en quel cas

[Signature]

l'article 22 de la même loi était applicable), soit en période d'incapacité partielle importante. La jurisprudence invoquée par Securex ne serait dès lors pas pertinente. Dans les deux cas, l'ANMC estime que c'est à l'assureur-loi de prendre en charge d'incapacité.

L'ANMC indique également qu'elle est tiers à l'accord-indemnité entériné par le FAT, qui ne lui est pas opposable tant en vertu de l'article 1165 du Code civil qu'en vertu de l'article 136, § 2, alinéa 6 de la loi du 14 juillet 1994.

Quant à la prise de cours des intérêts, fixée au 1^{er} mai 2008, elle correspond selon elle bel et bien à la date moyenne des débours consentis, décompte à l'appui.

III. LA DECISION DE LA COUR

III. 1. Recevabilité de l'appel

Le litige, qui concerne la réparation du dommage résultant d'un accident du travail, ne rentre pas dans le champ d'application de l'article 704, § 2, du Code judiciaire, ni partant, dans celui des articles 792, alinéa 2 et 1051, alinéa 1^{er} du même Code.

Il ne ressort pas des pièces du dossier que le jugement attaqué ait été signifié. L'appel a été introduit dans les formes et délai légaux. Les autres conditions de recevabilité sont également réunies. L'appel est recevable.

III.2. Fondement

Quant à l'existence d'une subrogation

En droit commun, « le paiement avec subrogation est une institution hybride, qui, par certains côtés, relève du paiement et, par d'autres, de la transmission des créances. D'une part, en effet, le tiers solvens effectue un paiement qui permet d'éteindre la dette du débiteur à l'égard du créancier; d'autre part, ce paiement emporte un transfert de la créance du patrimoine du créancier subrogeant, qui a été désintéressé, dans celui du tiers subrogé »¹. Elle suppose la réunion de 4 éléments : une dette à payer, un paiement effectif

¹ S. STIJNS, D. VAN GERVEN et P. WERY, « Les obligations : le régime général de l'obligation (1985-1995) », *J.T.*, 1999, pp. 821-854, n° 51, et les références citées.

et préalable, un paiement valide et un paiement fait par un tiers qui, de plus, doit acquitter la dette d'autrui et non sa propre dette².

L'article 136, § 2, alinéas 1 à 7, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, pour sa part, s'énonce comme suit :

§ 2. Les prestations prévues par la présente loi coordonnée sont refusées lorsque le dommage découlant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès est effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun. Toutefois, lorsque les sommes accordées en vertu de cette législation ou du droit commun sont inférieures aux prestations de l'assurance, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de l'assurance.

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

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

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

La convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire n'est pas opposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier.

Le débiteur de la réparation avertit l'organisme assureur de son intention d'indemniser le bénéficiaire, il transmet à l'organisme assureur, si celui-ci n'y est partie, une copie des accords ou décisions de justice intervenues. Les compagnies d'assurances-responsabilités civile sont assimilées au débiteur de la réparation.

Si le débiteur de la réparation omet d'informer l'organisme assureur conformément à l'alinéa précédent, il ne peut opposer à celui-ci les paiements effectués en faveur du bénéficiaire, en cas de double paiement, ces paiements resteront définitivement acquis au bénéficiaire.

(...)

² *Ibid.*, n° 52.

Afin de fluidifier la lecture, la Cour recourt au terme de « mutuelle » plutôt qu'à l'expression « organisme assureur » utilisée par la loi.

Securex soulève que M. Z. a accepté par la signature de l'accord-indemnité que la période litigieuse ne devait pas être indemnisée par ses soins. Elle ne l'a d'ailleurs pas été.

Securex en déduit implicitement qu'en prenant M. Z. en charge, la mutuelle n'a pas éteint une dette d'autrui, ni aucune dette tout court, puisque l'accord indemnité ne mettait rien à charge de l'assureur-loi pour cette période.

L'absence de dette *d'autrui* n'est pas une difficulté. Certes, il n'est pas douteux que si un assuré social (comme c'est le cas en l'espèce) remplit les conditions d'indemnisation posées par l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'organisme assureur s'acquitte en réalité de sa propre dette à l'égard de celui-ci³. Preuve en est que la mutuelle qui indemniserait un travailleur alors que celui-ci n'a *pas droit* aux prestations de l'assurance maladie-invalidité ne serait d'ailleurs pas subrogée à la victime pour réclamer le remboursement de ses prestations au tiers débiteur d'une réparation⁴.

S'il est exact que le droit commun de la subrogation suppose d'avoir éteint la dette d'autrui, il est tout aussi certain que « le législateur contemporain n'a pas hésité à déroger, à maintes reprises, au droit commun, en admettant la substitution aux droits du créancier, dans des hypothèses où le tiers acquitte, en réalité, sa propre dette. Ce phénomène est particulièrement fréquent en droit social et du travail ainsi qu'en droit des assurances »⁵.

Un premier point est dès lors clair : le mécanisme prévu par l'article 136, § 2, précité de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 est en réalité une quasi-subrogation⁶ qui ne suppose pas que la mutuelle ait éteint la dette d'un tiers.

Reste à déterminer si cette quasi-subrogation peut trouver à s'appliquer à l'égard d'un tiers qui n'est pas intervenu au cours de la période litigieuse, soit en l'absence de dette **effective à l'encontre de l'assuré social**.

³ S. HOSTAUX, « La subrogation en assurance maladie-invalidité : de nouveaux développements tirés de la jurisprudence de la Cour de cassation (les arrêts des 8 octobre 2007 et 21 avril 2008) », *J.T.T.*, 2008, p. 316.

⁴ En ce sens : Cass., 23 mars 2009, www.juridat.be, qui concernait une travailleuse en ALE à qui une société d'assurance garantissait une protection équivalente à celle qu'accorde la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

⁵ S. STIJNS, D. VAN GERVEN et P. WERY, « Les obligations : le régime général de l'obligation (1985-1995) », *J.T.*, 1999, pp. 821-854, n° 54, et les références citées.

⁶ S. HOSTAUX, « La subrogation en assurance maladie-invalidité : de nouveaux développements tirés de la jurisprudence de la Cour de cassation (les arrêts des 8 octobre 2007 et 21 avril 2008) », *J.T.T.*, 2008, p. 316.

La doctrine relative à la subrogation de la mutuelle, majoritairement ancienne⁷ et de plus en plus rare au fil du temps, n'aborde pas cette question.

La Cour considère néanmoins qu'en vertu d'une nouvelle dérogation légale, la mutuelle est bel et bien dotée d'une action quasi-subrogatoire à l'encontre de l'assureur-loi même, en l'absence d'une indemnisation effective.

En effet, en son alinéa 1^{er}, l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit que les prestations sont refusées (sous réserve du droit à un complément) lorsque le dommage est *effectivement réparé* en vertu d'une autre législation. La loi vise dans cet alinéa une autre prise en charge antérieure ou concomitante à celle de la mutuelle qui fait obstacle à la sienne. L'alinéa 3 de la même disposition prévoit en outre que les prestations sont octroyées en attendant que le dommage soit *effectivement réparé* en vertu d'une autre législation. Il s'agit de l'hypothèse où la mutuelle verse des avances avant qu'un autre organisme intervienne. Par contre, l'alinéa 4, qui prévoit la (quasi-)subrogation de plein droit de la mutuelle à hauteur des prestations qu'elle a octroyées, autorise ladite subrogation pour la totalité des sommes *qui sont dues* (et non *effectivement* versées) en vertu d'une autre législation et qui réparent totalement ou partiellement le même dommage.

Dans le cas d'espèce, il n'est, à juste titre, pas contesté que l'indemnisation dont la mutuelle soutient que l'assureur-loi lui est redevable a pour objet de réparer le même dommage que celui pour lequel elle l'a elle-même indemnisé (il s'agit d'une atteinte à la capacité de gain). On est bien face à des sommes dues (comme cela résulte de l'examen *infra*) en vertu d'une autre législation qui réparent totalement ou partiellement le même dommage.

Il demeure qu'en droit commun, le débiteur peut opposer à l'organisme qui exerce la subrogation toutes les exceptions qu'il aurait pu opposer au créancier originaire⁸, comme par exemple l'exception de chose jugée, de compensation ou de transaction. Or, Securex

⁷ W. VAN EECKHOUTTE, E. VAN OOSTVELDT et L. VERHULST, *Compendium Sociaal Recht*, 2016-2017, Kluwer, p. 924 et s., S. HOSTAUX, « La subrogation en assurance maladie-invalidité : de nouveaux développements tirés de la jurisprudence de la Cour de cassation (les arrêts des 8 octobre 2007 et 21 avril 2008) », *J.T.T.*, 2008, p. 313 et s., J.-P. JANSSENS et N. MALMENDIER, « Article 76 quarter, §2, de la loi du 9 août 1963 Interdiction de cumul et droit de subrogation », *R.D.S.*, 1994, p. 117 et s., O. DE LEYE, « Les actions subrogatoires de l'organisme assureur contre l'assureur-loi », *J.T.T.*, 1994, p. 185 et s., P. DE CRAENE, « Subrogation de la mutualité et/ou répétition de l'indu en assurance maladie – invalidité », *J.T.T.*, 1993, 233et s., C. PERSYN, « Problemen bij samenloop van vergoedingsregelingen : het gemeen recht, arbeidsongevallen en ziekteverzekeringen », *R.W.*, 1990-91, 273.

⁸ J.-P. JANSSENS et N. MALMENDIER, « Article 76 quarter, §2, de la loi du 9 août 1963 Interdiction de cumul et droit de subrogation », *R.D.S.*, 1994, p. 134.

invoque qu'elle ne doit aucune somme à M. Z. pour la période litigieuse en vertu de l'accord-indemnité.

Cet argument est sans pertinence.

En vertu de l'alinéa 5 de l'article 136, § 2, la convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire n'est pas opposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier – et il est acquis que la mutuelle n'a pas donné son accord à cette convention. Ici aussi, la loi déroge au droit commun. Il s'en déduit que cette disposition s'oppose à ce que les droits de l'assureur des soins de santé soient déterminés en fonction des droits octroyés en droit commun à la victime sur la base d'un rapport d'experts désignés par convention amiable entre la victime et l'assureur du tiers responsable⁹. Il y a dès lors lieu de faire abstraction de cette convention pour apprécier la possibilité et le fondement de l'action quasi-subrogatoire de la mutuelle, quel que soit le moment de sa signature¹⁰.

Il existe un second argument en faveur de l'inopposabilité de cette convention dans le présent litige. En effet, si la (quasi-) subrogation emporte un effet translatif de créance, la Cour de cassation a apporté une précision importante sur son application dans le temps.

A bon droit, la Cour de cassation a en effet rappelé que le transfert des droits et actions du subrogeant au subrogé s'effectuant par le paiement des prestations, et donc au moment de ce paiement, ce transfert ne saurait porter sur des actions dont le subrogeant (l'assuré social) ne disposait pas encore au moment de ce paiement¹¹. Pour l'exprimer encore plus clairement, si, en raison de cette subrogation, toutes les exceptions contre le subrogeant (assuré social), antérieures à la subrogation demeurent opposables au subrogé (mutuelle), il n'en est pas de même des exceptions nées postérieurement au paiement qui réalise le transfert de la créance¹².

En l'espèce, les paiements de la mutuelle à M. Z. (qui emportent le transfert des droits et obligations de M. Z. à son profit) se sont échelonnés entre le 19 mars 2008 et le 16 mai 2008 alors que la convention entre l'assureur-loi et lui-même n'a été conclue que le 21 octobre 2011 et entérinée que le 13 janvier 2012. Le droit à la subrogation est né avant la naissance de la convention qui pourrait être invoquée à titre d'exception et à plus forte raison avant son entérinement. C'est un second motif pour qu'elle ne soit pas opposable à la mutuelle.

⁹ Cass., 3 avril 2006, www.juridat.be.

¹⁰ S. HOSTAUX, « La subrogation en assurance maladie-invalidité : de nouveaux développements tirés de la jurisprudence de la Cour de cassation (les arrêts des 8 octobre 2007 et 21 avril 2008) », *J.T.T.*, 2008, p. 317.

¹¹ Cass., 21 mars 1991, www.juridat.be

¹² Voy. Cass., 22 juin 1988, *Pas.*, 1988, I, 1275, notes, *J.T.*, 1988, p. 605, *R.W.*, 1988-1989, p. 846, *J.L.M.B.*, 1988, p. 1159, *J.T.T.*, 1989, p. 187.

En conclusion, on relèvera que le mécanisme prévu par l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 se distingue du droit commun de la subrogation à plusieurs égards. Dès lors que cette disposition prévoit une quasi-subrogation de plein droit, porte sur les sommes dues à l'assuré social et non sur les sommes effectivement versées et rend inopposable à la mutuelle une convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire, il est indifférent que la victime ait elle-même fait valoir ses droits à l'égard de l'assureur-loi ou pas et que ce dernier ait procédé à un décaissement pour la période litigieuse ou pas : le principe de la quasi-subrogation est acquis.

Quant au bien-fondé de la subrogation

S'il est acquis que la mutuelle a le droit d'intenter une action subrogatoire à l'encontre de l'assureur-loi, il reste à déterminer si celle-ci doit aboutir. Cela implique de vérifier si réellement, comme le soutient la mutuelle et comme le conteste Securex, des sommes étaient dues en faveur de M. Z. en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun et qui réparent partiellement ou totalement le dommage couvert par la mutuelle.

La Cour a déjà décidé que les deux indemnisations (par la mutuelle, sur pied de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 et par l'assureur-loi, sur pied de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail) réparaient totalement ou partiellement le même dommage. Reste à voir si l'indemnisation sur base de la législation relative aux accidents du travail était due.

Securex soutient en termes de conclusions (p. 4) que M. Z. a été déclaré apte à reprendre le travail suite à l'examen du Dr Rémy du 14 février 2008, ce qui implique qu'aucune indemnisation n'était due durant la période litigieuse. Néanmoins, la Cour ne trouve pas trace de cet examen au dossier.

Le dossier contient par contre des éléments médicaux relatifs à la période litigieuse (du 1^{er} février 2008 au 4 mai 2008) qui amènent la Cour à la conclusion contraire :

- La période litigieuse de 3 mois est insérée entre deux périodes reconnues par l'assureur-loi d'incapacité de travail totale de respectivement 4 mois (avant) et 5 mois (après)
- Un taux non négligeable de 18% d'incapacité de travail partielle permanente a été retenu lors de la consolidation, ce qui est indicatif d'une blessure sérieuse dont on imagine mal comment elle n'aurait pas à tout le moins sérieusement minoré la

capacité de gain de M. Z. pendant une période de 3 mois située entre deux périodes où son incapacité totale était reconnue

- Securex n'avance aucun élément vérifiable de nature à soutenir que la situation de M. Z. se serait à ce point améliorée durant la période litigieuse qu'il aurait été à même d'exercer purement et simplement son activité professionnelle
- La mutuelle, quant à elle, peut se prévaloir d'un examen réalisé par le médecin-conseil le 28 février 2008 qui lui a permis de constater des douleurs lombaires irradiantes sur un patient qui ne pouvait ni s'asseoir, ni rester debout, d'une IRM réalisée le 19 février 2008 qui montre une importante hernie, de l'avis du chirurgien de M. Z., et de la nécessité pour améliorer l'état de M. Z. de l'opérer le 5 mai 2008. Le médecin-conseil a également été très clair pour dire que M. Z. était dans l'incapacité d'effectuer son travail, qui est manuel, et qu'il estimait que l'incapacité de travail était totale pendant la période litigieuse. Quant au chirurgien qui l'a vu le 7 mars 2008, après avoir décrit une évolution défavorable, il a estimé inopportun que ce patient soit remis au travail, même léger, à ce moment. Suite à une nouvelle consultation du 22 avril 2008, une opération chirurgicale a été décidée.

Ces éléments établissent que M. Z. était en réalité totalement incapable de travailler durant la période litigieuse. En application de l'article 9 de la loi du 10 avril 1971 et faute de preuve contraire cette incapacité doit être considérée comme trouvant son origine dans l'accident du travail, par ailleurs reconnu.

C'est à juste titre que Securex soutient que l'article 23 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents de travail (qui vise une incapacité temporaire de travail partielle) n'est pas applicable. C'est en réalité l'article 22 de la même loi (invoqué par la mutuelle en page 8 de ses conclusions) qui régit la situation de M. Z.

En vertu de cette disposition, en son alinéa 1^{er}, lorsque l'accident du travail a été la cause d'une incapacité temporaire et totale de travail, la victime a droit, à partir du jour qui suit celui du début de l'incapacité de travail, à une indemnité journalière égale à 90 p.c. de la rémunération quotidienne moyenne.

C'est à cette indemnisation que M. Z. aurait pu prétendre s'il avait fait valoir ses droits plutôt que de signer la convention-indemnité en l'état. Au sens de l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, c'est en tout cas cette indemnité journalière égale à 90 p.c. de la rémunération quotidienne moyenne qui est « due en vertu d'une législation belge ».

Par ailleurs, les prestations versées par la mutuelle sont d'un montant moins élevé (en règle, 60% en début de période comme c'est le cas ici – art. 87 de la loi coordonnée), de telle sorte

qu'une mise en œuvre de la subrogation ne conduira pas à faire verser par Securex plus que ce qui était dû à M. Z. La demande de la mutuelle respecte de la sorte le principe en vertu duquel l'action subrogatoire ne peut être exercée qu'à concurrence des sommes qui sont dues à la victime en vertu de la législation sur les accidents du travail afin de réparer le même dommage¹³. La Cour observe au demeurant que la hauteur des montants réclamés en principal n'est pas contestée par Securex – et qu'en réalité, cette subrogation reste plus économique pour l'assureur-loi que d'avoir pris en charge l'incapacité litigieuse de M. Z.

Fût-ce pour d'autres motifs, c'est à bon droit que le jugement a condamné Securex à rembourser à la mutuelle la somme en principal de 2.999,85€.

Intérêts

La subrogation, au profit de l'organisme assureur en matière de maladie et d'invalidité, dans les droits du bénéficiaire aux sommes qui lui sont dues à titre de dommages et intérêts en vertu d'une autre législation ou du droit commun, s'étend également aux intérêts produits par ces sommes¹⁴.

Cela suppose toutefois que lesdites sommes produisent des intérêts. Or, il est de jurisprudence constante que, excepté dans le cas où la loi les fait courir de plein droit, l'article 1153 du Code civil subordonne la prise de cours des intérêts moratoires à deux conditions, à savoir l'exigibilité de la dette et une sommation de la payer.

Le dossier ne renferme pas de sommation de payer antérieure à l'acte introductif d'instance. Existe-t-il une disposition légale faisant courir les intérêts de plein droit ?

Il convient de distinguer le statut de Securex selon l'angle sous lequel on l'aborde : processuel ou substantiel.

Pour l'analyse du fond du droit qu'elle fait valoir à l'égard de Securex et à la différence du droit processuel, la mutuelle doit en vertu de l'effet translatif de la subrogation être placée dans la même situation que l'aurait été M. Z. s'il avait entrepris une action. Il s'en déduit que la mutuelle peut se prévaloir de l'article 20 de la Charte de l'assuré social (qui fait courir les intérêts de plein droit pour les bénéficiaires assurés sociaux) comme M. Z. aurait pu le faire en sa qualité d'assuré social.

¹³ Cass., 11 octobre 1999, www.juridat.be

¹⁴ Cass., 12 novembre 1991, Cass., 7 avril 1986, Cass., 2 décembre 1985 et Cass., 4 mars 1985, www.juridat.be

En vertu de l'article 20 de la Charte de l'assuré social, les intérêts sont dus à partir de la date de leur exigibilité et au plus tôt à partir de la date découlant de l'article 12 du même texte.

L'article 12 de la Charte de l'assuré social prévoit qu'il est procédé au paiement des prestations au plus tard dans les quatre mois de la notification de la décision d'octroi et au plus tôt à la date à partir de laquelle les conditions de paiement sont remplies.

Considérant que l'accident du travail avait déjà été reconnu dans son principe, que tout le traitement administratif avait été effectué et que seule une appréciation médicale erronée que la Cour vient de corriger faisait obstacle au paiement, la Cour estime qu'il y a lieu de retenir au titre de date à laquelle les conditions de paiement sont réunies le premier jour de la période litigieuse. En outre, l'accident ayant déjà préalablement été reconnu par l'assureur-loi, il n'y avait en réalité pas matière à notifier une nouvelle décision d'octroi, de telle sorte que le délai de 4 mois maximum à dater de la notification de la décision d'octroi ne trouve pas à s'appliquer. La date de paiement des prestations au sens de l'article 12 pour le mois de février 2008 est le premier jour de la période litigieuse, soit le 1^{er} février 2008.

Il s'en déduit que M. Z., à supposer qu'il ait agi, aurait été en position de réclamer des intérêts pour les prestations de chaque mois à l'ouverture de celui-ci, du 1^{er} février au 4 mai 2008.

Securex conteste la déduction des intérêts à dater de la date moyenne du 1^{er} mai 2008 en raison de l'absence de preuve et de date des paiements justifiant cette date. La mutuelle a complété son dossier à cet égard (pièce 5). En outre, compte tenu de l'exigibilité réelle des prestations, elle adopte en réclamant des intérêts à partir d'une date moyenne fixée au 1^{er} mai 2008 une position qui n'est pas défavorable à Securex.

Le jugement doit être confirmé également sur la question des intérêts. Securex doit être condamné à payer la somme de 2.999,85€ majorée des intérêts au taux légal à dater du 1^{er} mai 2008.

III.3. Les dépens

Si, sur le plan substantiel, la quasi-subrogation exercée par la mutuelle la place dans la peau de l'assuré social, il n'en va pas de même sur le plan processuel.

L'article 68 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, aux termes duquel les dépens de toutes demandes fondées sur cette loi sont à la charge de l'assureur, sauf si la

demande est téméraire et vexatoire, n'est pas applicable à une instance opposant un assureur à une mutualité qui a introduit une demande contre l'assureur tendant au remboursement des allocations d'incapacité de travail payées à son assuré, sur la base de l'article 70, paragraphe 2, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, actuel article 136, § 2, de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994¹⁵.

Il y a lieu de condamner Securex aux dépens d'appel, conformément à l'article 1017, alinéa 1^{er}, du Code judiciaire. Ils sont limités à l'indemnité de procédure.

Le litige étant visé par l'article 579 du Code judiciaire, il y a lieu d'appliquer les montants visés par l'article 4 de l'arrêté royal du 26 octobre 2007 fixant le tarif des indemnités de procédure visées à l'article 1022 du Code judiciaire et fixant la date d'entrée en vigueur des articles 1^{er} à 13 de la loi du 21 avril 2007 relative à la répétibilité des honoraires et des frais d'avocat.

En l'espèce, la Cour constate que l'action a un objet évaluable en argent supérieur à 2.500€. L'indemnité de procédure de base s'élève dès lors à 349,80€. Il y a lieu d'accorder ce montant.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

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

après en avoir délibéré et statuant publiquement et contradictoirement,

- Dit l'appel recevable et non fondé
- Confirmant le jugement entrepris, fût-ce pour d'autres motifs, condamne Securex à payer à l'ANMC la somme de 2.999,85€ à majorer des intérêts au taux légal à dater du 1^{er} mai 2008.
- Condamne Securex aux dépens, liquidés à la somme de 349,80€.

¹⁵ Cass., 2 décembre 1985, www.juridat.be

Ainsi arrêté et signé avant la prononciation par Madame, Messieurs

Katrin STANGHERLIN, Conseillère faisant fonction de Présidente,
Jean-Benoît SCHEEN, Conseiller social au titre d'employeur,
Christian BOUGARD, Conseiller social au titre d'employé,
qui ont participé aux débats de la cause,
assistés de Sandrine THOMAS, greffier,
lesquels signent ci-dessous :

le Greffier,

les Conseillers sociaux,

la Présidente,

ET PRONONCÉ en langue française et en audience publique de la 3^e Chambre de la Cour du travail de Liège, division Liège, au Nouveau Palais de Justice de Liège (aile sud), place Saint-Lambert, 30, à Liège, le six novembre deux mille dix-sept,
par Madame Katrin STANGHERLIN, Conseillère faisant fonction de Présidente,
assistée de Madame Sandrine THOMAS, Greffier, qui signent ci-dessous :

le Greffier,

la Présidente,