

Rép. 16/

**TRIBUNAL DU TRAVAIL DE LIEGE DIVISION DINANT**

**AUDIENCE PUBLIQUE DU 6 JUIN 2016**

**8<sup>ème</sup> chambre**

**Vidant son délibéré, le Tribunal a prononcé le jugement suivant :**

**En cause de :**

**Monsieur S,**

Ayant pour conseil Maître Bernard CASTAIGNE, avocat à 5500 Dinant, rue Daoust, 41 et comparaissant par Maître Aurélie TOUSSAINT, avocat à Dinant.

**partie demanderesse**

**Contre :**

**La SA AG INSURANCE**, BCE n°0404.494.849, ayant son siège à 1000 BRUXELLES, Boulevard Emile Jacqmain, 53

ayant pour conseil Maître Philippe DELFOSSE, avocat à 4000 Liège, rue Beeckman, 45 et comparaissant par Maître Claire CORNEZ, avocat à Liège.

**partie défenderesse**

**L'ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES**, Union nationale des mutualités reconnues, agréée en qualité d'organisme assureur en matière d'assurance maladie invalidité obligatoire, dont le siège est sis à BRUXELLES, chaussée de Haecht, 579, BP 40,

Ayant pour conseil et comparaissant par Maître Laurent GEUENS, avocat à 5000 Namur, Chaussée de Waterloo, 19-21.

**partie intervenante volontaire**

**En droit :**

Vu les antécédents de la procédure, et notamment :

- la citation introductive d'instance du 03.12.2010 dirigée contre la SA AG INSURANCE
- le jugement du 04.10.2011 prononcé en cause du demandeur contre le défendeur, déclarant d'une part l'action recevable et d'autre part, avant dire droit, ordonnant une expertise médicale confiée au Docteur DOCQUIER,
- la requête en intervention volontaire de la partie ANMC reçue au greffe le 30.03.2015 ;
- l'ordonnance prise sur pied de l'article 747 §2 du Code judiciaire en date du 07.07.2015 pour l'audience du 03.05.2016,
- les conclusions de synthèse pour la partie intervenante volontaire ANMC du 03.03.2016,
- les conclusions de synthèse pour la partie défenderesse SA AG INSURANCE reçues au greffe le 01.02.2016,
- les conclusions de synthèse pour la partie demanderesse reçues au greffe le 30.03.2016,
- les dossiers de pièces de chacune des parties,
- le procès verbal d'audiences publiques ;

Après avoir entendu à l'audience publique du 03.05.2016, les parties en leurs dires et explications, le Tribunal a déclaré les débats clos, tenu l'affaire en délibéré et décidé qu'il serait statué comme suit à l'audience publique de ce jour.

\* \* \* \* \*

**I. OBJET DE LA DEMANDE – RAPPEL ET ACTUALISATION**

Pour rappel, l'action soumise au Tribunal par citation du 03.12.2010 tend à la réparation des conséquences dommageables résultant de l'accident du travail dont Monsieur S a été victime en date du 24.09.2008.

Le jugement du 04.10.2011 a déclaré l'action recevable et désigné avant dire droit le Docteur DOCQUIER.

L'expertise judiciaire n'a pas été mise en branle.

Une expertise amiable est intervenue conformément aux conditions du contrat d'assurance (pièce 6 du défendeur).

Par sa requête en intervention volontaire, la partie ANMC a introduit une demande de condamnation à l'encontre de la partie défenderesse.

Sur base de ses conclusions de synthèse, la demande de condamnation porte sur la somme provisionnelle de 21.219,53€ à majorer des intérêts moratoires et judiciaires au taux légal à compter de la date moyenne du 27.09.2009 jusqu'à parfait paiement outre les frais et dépens de l'instance liquidés à la somme de 2.200€ étant l'indemnité de procédure et le bénéfice de l'exécution provisoire.

Sur base de ses conclusions de synthèse, la partie demanderesse postule la condamnation de la partie défenderesse au paiement de la somme de 2.560,40€ à majorer des intérêts moratoires au taux légal depuis le 01.09.2010 sur 2.000,40€, depuis le 19.01.2014 sur 129.570,21€ et depuis le 24.09.2008 sur 4.091,38€ outre les intérêts judiciaires sur ces sommes et l'indemnité de procédure liquidée à la somme de 5.500€ avec le bénéfice de l'exécution provisoire.

## **II. LES CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE MEDICALE AMIABLE**

Les conclusions du rapport d'expertise médicale amiable sont les suivantes (pièce 2 du demandeur et 8 du défendeur) :

- ITT du 24.09.2008 au 30.09.2010
- Consolidation le 01.10.2010
- IPP de 18%
- Devis dentaire annexé au rapport à prendre en charge : réalisation de 2 jackets en céramique au coût de 2 X 650€ soit 1.300€ ; le patient ayant 26 ans, il faudrait prévoir 2 renouvellements (pièce 3 du demandeur)

## **III. DISCUSSION**

### **1° NON APPLICATION DE LA LOI DU 10.04.1971**

Il ne s'agit pas d'un accident du travail entrant dans le champ d'application de la loi du 10.04.1971.

Mr S était en effet sous contrat de formation – insertion en entreprise lors des faits survenus le 24.09.2008 : la convention datée du 04.09.2008 est tripartite, conclue entre le demandeur, la SPRL Maisons Baijot toitures et le FOREM – conseil, en application du décret du Gouvernement wallon du 18.07.1997 relatif à l'insertion des demandeurs d'emploi auprès des employeurs qui organisent une formation permettant d'occuper un poste vacant.

Le décret prévoit en son article 7 que le stagiaire, durant l'exécution du contrat de formation-insertion, reste inscrit comme demandeur d'emploi et continue à bénéficier, le cas échéant, d'allocations de chômage ou d'attente ou du minimum de moyens d'existence instauré par la loi du 7 août 1974 instituant le

droit à un minimum de moyens d'existence.

Le stagiaire n'est donc pas assujéti à la sécurité sociale au sens de la loi du 27.06.1969 et aucune extension du champ d'application de la loi de 1971 n'a été prévue par arrêté royal<sup>1</sup>.

L'article 8,3° du décret prévoit que l'employeur a l'obligation d'assurer le stagiaire contre les accidents du travail et les accidents sur le chemin du travail en concluant auprès d'une société d'assurance à primes fixes agréée ou auprès d'une caisse commune d'assurance agréée, une police qui lui garantit les mêmes avantages que ceux qui sont mis à charge de l'assureur par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents de travail.

En exécution de cette disposition, la convention prévoit l'obligation pour l'employeur de garantir au stagiaire une assurance accident du travail et sur le chemin du travail (article 5.6° de la convention) et de déclarer immédiatement tout accident à la compagnie d'assurance, à la direction générale du Forem et d'informer le service contrôle de l'INAMI des faits en identifiant l'assurance qui indemnise (article 5.7°).

L'article 11 de la convention précise :

*« L'entreprise assure, durant toute l'exécution du contrat de formation, le stagiaire contre les accidents du travail et les accidents sur le chemin du travail en concluant une police qui lui garantit les mêmes avantages que ceux qui sont mis à charge de l'assureur par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents de travail.*

*La victime est indemnisée sur base de la rémunération de la profession pour laquelle elle est formée, déduction faite des cotisations de sécurité sociale.*

*L'entreprise certifie avoir conclu à cette fin la police de droit commun n° 03/97-090-684 auprès de la compagnie **FORTIS AG**.*

*En outre, l'entreprise certifie avoir conclu un contrat d'assurance responsabilité civile auprès d'une société d'assurance agréée, la police d'assurance couvrant les dommages causés par le stagiaire à des tiers à l'entreprise où se forme le stagiaire.*

*A cet égard, l'entreprise s'engage à produire à toute demande du Forem, la preuve de la couverture du stagiaire, tant par une assurance contre les accidents du travail et sur le chemin du travail qu'en responsabilité civile, ainsi que du paiement des primes afférentes à la couverture des dits risques.»*

(pièce 1 du demandeur et du défendeur).

Le décret applicable (et la convention qui lie le demandeur à son employeur en application de ce décret) offre donc une protection *analogue* à celle prévue par la loi de 1971 au profit des stagiaires, à charge de l'employeur et non à charge de l'assureur.

L'action directe et exclusive de la victime d'un accident à l'encontre de l'assureur (dit assureur – loi) est prévue par la loi de 1971 en matière d'accident du travail relevant de son champ d'application de cette loi<sup>2</sup>.

Le décret applicable en l'espèce n'a pas prévu un tel octroi analogue à charge de l'assureur.

<sup>1</sup> C. Cass. 16.01.1995, *Chr. D.S.*, pages 163 et svtes et les obs de P. Palsterman sous cet arrêt

<sup>2</sup> C.T. Liège 28.02.2002, *juridat.be*

En l'espèce, l'employeur n'est pas à la cause.

## **2° CONTRAT D'ASSURANCE CONCLU ENTRE L'EMPLOYEUR ET AG INSURANCE**

L'employeur a conclu un contrat d'assurance avec la partie défenderesse AG INSURANCE qui couvre les ouvriers stagiaires Forem dont Mr S. dans les termes suivants « Corp. Acc. Plus – Vie Professionnelle – type loi. Période de la couverture : du 08.09.2008 au 25.01.2009. clause applicable : 650 ».

Le terme « Corp. Acc. Plus » signifie « Corporate Accident Plus » et le terme « Loi » vise les dispositions légales telles que prévues par la loi du 10.04.1971 en matière d'accidents du travail ou survenus sur le chemin du travail, en vigueur au moment de l'accident, au regard des conditions générales.

La couverture «Corporate Accident Plus » - vie professionnelle garantit le paiement des indemnités stipulées dans le contrat en cas d'accident (notion interprétée conformément à la loi), survenu à l'assuré au cours de sa vie professionnelle, selon l'option prévue aux conditions particulières (articles 1 et 5 des conditions générales).

Une indemnisation type loi est une indemnisation sur base des mêmes critères que ceux prévus par la loi sous les réserves reprises au contrat.

La loi est celle du 10.04.1971.

L'article 15 précise, concernant les frais médicaux :

*Le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, de prothèse, d'orthopédie et de déplacement, en relation causale avec l'accident, est pris en charge au plus tard jusqu'à l'expiration du délai de révision prévu par la loi sur les accidents du travail.*

*Ces frais seront remboursés sur présentation des justificatifs des frais exposés. Si l'assuré a bénéficié d'un remboursement de ces frais en vertu de la législation sur la Sécurité sociale ou d'un autre contrat d'assurance, la compagnie interviendra après déduction du montant desdits remboursements.*

L'article 16 prévoit des règles complémentaires en cas d'accident de la vie privée et n'est donc pas applicable aux accidents de la vie professionnelle, seul risque couvert pour le demandeur – assuré.

(pièce 2 défendeur)

La clause particulière 650, dont les dispositions sont complémentaires à celles des conditions générales, précise :

« ... A. Frais médicaux

*La compagnie rembourse les frais de traitements médicalement nécessaires prestés ou prescrits par un médecin légalement autorisé à pratiquer, les frais d'hospitalisation et de chirurgie esthétique .*

*Ces frais sont indemnisés jusqu'à concurrence du tarif des honoraires et prix tel qu' il résulte de l' application de la nomenclature des prestations de santé*

établie en exécution de la législation instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Ces frais sont pris en charge, soit jusqu'à la guérison, soit jusqu'à la consolidation si l'assuré a subi une incapacité permanente de travail par suite de l'accident.

L'assuré a droit au remboursement des frais de réparation ou de remplacement des appareils de prothèse ou d'orthopédie existants auxquels l'accident a causé des dégâts, ainsi qu'au prix d'achat et aux frais de réparation et de remplacement des nouveaux appareils de prothèse ou d'orthopédie qui sont médicalement nécessaires, jusqu'à concurrence du montant défini par les directives du Fonds des Accidents du Travail ou, à défaut, par le tarif prévu par l'assurance maladie-invalidité.

Le remboursement des frais de traitement est effectué dans les trente jours suivant la remise des pièces justificatives.

#### *B. Incapacité temporaire de travail*

La compagnie garantit à partir du jour qui suit celui de début de l'incapacité, de travail, une indemnité égale à 90% d' 1/365<sup>ème</sup> de la rémunération annuelle assurée par jour d'incapacité de travail temporaire totale.

Cette indemnité est due jusqu'à la reprise des activités par l'assuré.

Si l'assuré n'interrompt pas complètement ses occupations ou dès qu' il peut les reprendre partiellement, l'indemnité est réduite proportionnellement.

L'indemnité afférente à la journée au cours de laquelle l'incapacité de travail débute est égale à la rémunération journalière normale diminuée de la rémunération éventuellement proméritée par la victime.

L'indemnité est payée mensuellement à terme échu.

#### *C. Incapacité permanente de travail*

Le degré d'incapacité permanente de travail est fixé lorsque l'état de l'assuré peut être considéré comme définitif.

Le degré d'incapacité permanente de travail est évalué conformément aux dispositions de la loi sur les accidents du travail du 10.4.1971.

Un capital, calculé sur base du degré d'incapacité permanente de travail et des barèmes applicables dans le cadre de la loi sur les accidents du travail pour les capitaux payables au comptant, sera payé à l'assuré.

Ce capital est payé dans un délai de trente jours à compter du jour de l'accord fixant définitivement le degré d'incapacité permanente de travail ou de la date où la décision judiciaire est passée en force de chose jugée... »

L'accident du 24.09.2008 a été déclaré par l'employeur sur un formulaire de déclaration d'accident du travail produit en pièce 4 par le défendeur : Mr S. a coupé une sangle tenant plusieurs châssis installés sur un chevalet, tous les châssis ont basculé et sont tombés sur son dos.

Le décret du Gouvernement wallon du 18.07.1997 relatif à l'insertion des demandeurs d'emploi auprès des employeurs qui organisent une formation permettant d'occuper un poste vacant n'ouvre pas d'action directe du stagiaire contre l'assureur.

Ce droit d'action directe peut découler des dispositions du contrat ou de l'application des articles 86 et 87 de la loi du 25.06.1992 sur le contrat d'assurance terrestre telle qu'en vigueur jusqu'au 01.11.2014 : l'assurance fait naître au profit de la personne lésée un droit propre contre l'assureur. Pour ce faire, le contrat d'assurance doit se rattacher à la catégorie des assurances de responsabilité<sup>3</sup>.

Ce droit propre du demandeur n'est en l'espèce pas contesté dans le chef de l'assureur AG INSURANCE.

Le jugement du 04.10.2011 a, en outre, déclaré l'action recevable (retenant toutefois erronément la qualité d'assureur-loi de la partie défenderesse dans sa motivation).

Une indemnisation est intervenue par paiement du 17.07.2015 selon le défendeur ou du 29.07.2015 selon le demandeur, pour l'invalidité permanente, l'incapacité temporaire, le préjudice dentaire, les frais de déplacement et les frais de citation (pièce 9 du défendeur).

Les frais médicaux ont été pris en charge, déduction faite des remboursements de la mutuelle, au fur et à mesure de la présentation des justificatifs de ces frais par le demandeur.

L'assureur a considéré le cas consolidé au 01.08.2010 avec une IPP 15% et a soumis une quittance d'indemnisation sur cette base (pièce 3 de la sous – farde 2 du dossier du demandeur).

Le demandeur a été par ailleurs indemnisé en incapacité temporaire jusqu'au 01.08.2010 (pièce 4 de la sous – farde 2 du dossier du demandeur).

### **3° INTERVENTION DE L'ANMC**

L'ANMC a indemnisé le demandeur en sa qualité d'organisme assureur en indemnité (un peu moins de deux mois durant la période d'ITT contestée par l'assureur avant l'expertise amiable) et en soins de santé avant la consolidation.

Le relevé de ses débours est produit dans son dossier de pièces.

Elle a introduit une demande de condamnation de la partie AG INSURANCE sur base de l'article 136§2 des lois coordonnées de 1994.

---

<sup>3</sup> M.A. Swartenbroekx, obs. sous C.T. Liège, 02.02.1995, Chr. de D.S. 1997, page 68 ; il sera utilement fait référence à l'article 54 des conditions générales du contrat d'assurance, aux critères d'indemnisation et au regard de ces observations doctrinales

Cet article 136§2 dispose :

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

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

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

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

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

*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.*

Mr S. disposant d'un recours direct contre l'assureur, il en va de même de l'ANMC qui est subrogé de plein droit au bénéficiaire.

#### **4° DEMANDE DE Mr S. DIRIGEE CONTRE LA SA AG ISNURANCE**

**Le demandeur détaille comme suit sa demande :**

##### **a-incapacité temporaire**

Mr S. a été indemnisé pour son incapacité temporaire par la SA AG INSURANCE jusqu'au 30.07.2010.

Sur base du rapport de l'expertise médicale amiable, il convient d'indemniser la période du 01.08.2010 au 30.09.2010 selon le décompte suivant :

61 jours X 67.04€ = 4.089,44€

Précompte à déduire de 907.86€

Intervention de l'ANMC à déduire de 1.181,18€

soit un total de 2.000,40€ à majorer des intérêts moratoires au taux égal à dater du 01.09.2010, date moyenne.

##### **b-incapacité permanente**

Le total de l'indemnité due à ce titre s'élève à 129.570,21€ à augmenter des intérêts moratoires au taux légal à dater du 19.01.2014, date contractuelle.

c- préjudice dentaire

La prothèse est évaluée à 1.300€ et deux renouvellements de la prothèse sont prévus dans le rapport d'expertise soit la somme totale de 3.900€ (1.300€ + 1.300€ X2).

d- frais de déplacement

Le décompte est détaillé comme suit : 772 kms X 0.2479 = 191.38€

e- intérêts

La partie demanderesse fait courir les intérêts moratoires à dater de la sommation qui, en l'espèce, est la citation selon la motivation de ses conclusions mais réclame, dans son dispositif, des intérêts depuis les dates du 01.09.2010 pour l'ITT, du 19.01.2014 pour l'IPP et du 24.09.2008 (date de l'accident) pour les frais.

**La défenderesse** présente les arguments suivants :

Elle conteste devoir des intérêts : la prise en charge d'intérêts compensatoires n'est pas prévue par le contrat d'assurance et il ne s'agit pas d'une dette de somme avant l'évaluation du dommage qui est réalisée par l'avis de l'expert désigné (en l'espèce, fin décembre 2013).

Les intérêts moratoires ne sont dus qu'à dater de l'exigibilité de la dette qui, en l'espèce, a été reportée au – delà de son évaluation par l'expert dès lors qu'elle était discutée sur la question de la subrogation préférentielle de l'ANMC.

Elle a payé les indemnités dès leur exigibilité qu'elle situe en l'espèce au moment où le dommage a été fixé de commun accord.

Elle a payé une somme de 133.101,59€ le 17.07.2015 soit l'intégralité du préjudice réclamé à l'exception du renouvellement de la prothèse dentaire évalué à la somme de 2.600€.

Pour ce poste, elle a payé la somme de 1.300€ le 17.07.2015 et conteste le renouvellement s'agissant de frais médicaux postérieurs à la consolidation qui sont exclus des conditions d'indemnisation contractuelles sur base de l'article 3 de la clause 650 des conditions particulières d'assurance.

**Le Tribunal**

Le devis dentaire qui n'est pas contesté prévoit la réalisation de 2 jackets en céramique et la prévision de deux renouvellements vu l'âge du demandeur.

Il ne s'agit pas de frais de traitement médical prévu dans la première partie de l'article 3.A de la clause 650, mais d'un nouvel appareil de prothèse dont le prix d'achat, les frais de réparation et de remplacement sont prévus par la deuxième partie de cette même clause 650 dans son article 3.A, jusqu'à concurrence du montant défini par les directives du FAT ou, à défaut, par le tarif prévu en AMI.

Il relève du non-sens de soutenir qu'un renouvellement de prothèse (par définition éloigné dans le temps et fonction de l'âge de la victime) dont le principe de la prise en charge est prévu, ne le serait que jusqu'à la date de consolidation.

**Un double renouvellement de la prothèse dentaire est donc bien justifié dans son principe, sans limite dans le temps, mais les parties doivent s'expliquer sur la procédure et le montant dû à ce titre au regard des conditions d'indemnisation prévues par la convention qui sont celles prévues en assurance – loi : ce sont les articles 35 à 35 ter de l'AR d'exécution du 21.12.1971 qui sont applicables en assurance loi.**

Concernant les intérêts, le Tribunal rejoint la thèse de la partie défenderesse sur la définition des intérêts compensatoires (qui peuvent être retenus depuis la survenance du risque) ou moratoires mais non sur la question de l'exigibilité.

L'indemnisation de l'accident ne représente une dette de somme qu'à partir du moment de l'évaluation du dommage qui est effectivement liée, en l'espèce, au dépôt des conclusions de l'expertise médicale amiable, soit le 19.12.2013.

Avant cela, la dette est une dette de valeur qui peut engendrer des intérêts compensatoires.

La Cour de Cassation a précisé<sup>4</sup> la notion de dette exigible : une dette exigible est une dette qui doit être payée sans qu'il soit exigé que cette dette soit certaine c'est – à – dire qu'elle soit exempte de contestation sachant que la contestation ne suspend pas l'obligation de payer et n'affecte pas l'exigibilité de cette dette.

La partie demanderesse a limité sa demande d'indemnisation du dommage lié à l'incapacité temporaire à la somme totale de 2.000,40€ à majorer des intérêts moratoires au taux égal à dater du 01.09.2010, date moyenne.

L'objet de la demande est l'octroi d'intérêts à dater du 01.09.2010 sachant que le Tribunal n'est pas tenu par la qualification juridique utilisée pour définir la nature des intérêts.

La clause 650 prévoit que l'indemnité due à ce titre (incapacité temporaire) est payée mensuellement à terme échu.

**Le Tribunal retient donc, en l'espèce, l'octroi d'intérêts compensatoires au taux légal depuis l'échéance du terme des deux indemnités mensuelles restant dues à savoir depuis le 01.09.2010 pour le mois d'août et depuis le 01.10.2010 pour le mois de septembre 2010 et ensuite l'octroi des intérêts moratoires au taux légal à dater du dépôt des conclusions d'expertise amiable, soit le 19.12.2013, tenant compte du paiement de la somme de 2.000,40€ à sa date qui reste à déterminer (17.07.2015 ou 29.07.2015 ?).**

La partie demanderesse a limité sa demande d'indemnisation du dommage lié à l'incapacité permanente à la somme de 129.570,21€ à augmenter des intérêts à dater du 19.01.2014.

---

<sup>4</sup> C. Cass., 19 mars 2012, *J.T.T.*, 2012, p. 227

**A cette date, il s'agit incontestablement d'intérêts moratoires qui sont dus au taux légal tenant compte du paiement de la somme de 129.570,21€ à sa date qui reste à déterminer.**

Concernant le préjudice dentaire (prothèse) et les frais de déplacement, la demande d'intérêts prend cours à la date de l'accident soit le 24.09.2008.

Rien n'est prévu dans le contrat d'assurance pour ces frais.

Le contrat ne prévoit qu'un remboursement des frais de traitement dans les trente jours suivant la remise des pièces justificatives.

Par référence à la loi de 1971 – à laquelle le contrat renvoie à défaut de dispositions particulières – et plus précisément son article 41, **les intérêts de retard sont dus de plein droit dans les deux mois de la réception des pièces justificatives.**

**Les parties doivent donc s'expliquer sur la date de prise de cours des intérêts, sur base de ces principes d'indemnisation.**

f- frais et dépens

Les frais de citation ont été remboursés le 29.07.2015.

La partie défenderesse estime que l'indemnité de procédure n'est pas due puisque la procédure n'était pas nécessaire, ce qui apparaît en contradiction avec le remboursement des frais de citation.

L'argument est contraire à la procédure : la citation a été lancée du fait du différend médical (courrier du 20.10.2010 de AG INSURANCE – pièce 5 sous - farde 2 du demandeur) et ce n'est qu'après l'introduction de la procédure, malgré une demande de mise en œuvre de l'expertise amiable par courrier du conseil du demandeur du 19.11.2010, que la partie défenderesse a fait valoir les clauses du contrat d'assurance et le préalable contractuellement prévu de l'expertise amiable.

Préalablement au jugement du 04.10.2011 qui a ordonné une expertise médicale judiciaire, la SA AG INSURANCE s'en était référée à justice sur ce point selon le PV d'audience.

Il reste en outre des contestations sur la finalisation de l'indemnisation.

La procédure n'est donc ni téméraire ni vexatoire et l'indemnité est due par la partie qui succombe à savoir la partie défenderesse.

Notons que les frais de citation ont spontanément été pris en charge par la SA AG INSURANCE.

La citation ne postule pas une condamnation chiffrée qui ne sera précisée que dans les conclusions du 04.05.2015 soit avant le paiement de la partie défenderesse sans discussion sur cette demande (sauf les points accessoires restant litigieux) et actualisée dans les dernières conclusions suite à ce paiement.

L'indemnité doit être chiffrée sur base du dernier montant réclamé sauf situation manifestement abusive.

Le montant de base pour cette tranche de valeur est de 715€.

Il sera toutefois réservé à statuer sur ce point sachant que le jugement n'est pas définitif sur les montants restant dus.

## **5° DEMANDE DE L'ANMC DIRIGEE CONTRE LA SA AG INSURANCE**

L'ANMC postule le remboursement :

- des indemnités d'incapacité de travail réglées à Mr S. pour la période du 01.08.2010 au 19.09.2010 à concurrence de 1.181,18€ déduits de la réclamation directement formulée par Mr S. contre la SA AG INSURANCE
- des soins de santé antérieurs à la date de consolidation

Sa demande est basée sur l'article 136§2 de la loi coordonnée de 1994 qui prévoit que l'organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire 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.

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.

Dans un arrêt du 20.02.2014, R.G. n° 2013/AL/101, la Cour du Travail de Liège, division Namur rappelle les principes de ce mécanisme de l'article 136§2 :

*« Cette disposition vise en premier lieu à interdire ou à limiter le cumul entre le régime des soins de santé et indemnités et d'autres régimes, légaux ou de droit commun, de réparation du même dommage<sup>5</sup>.*

*Cette interdiction de cumul est cependant complétée par un mécanisme d'avance. Il appartient aux organismes assureurs, en application de l'alinéa 3 de l'article 136, § 2 et aux conditions fixées en vertu de celui-ci, d'accorder les prestations de l'assurance soins de santé et indemnités à titre d'avance sur la réparation qui pourra être obtenue dans un autre régime. Ce mécanisme vise à éviter que la personne ne se trouve sans revenus pendant une période parfois assez longue dans l'attente de la réparation du dommage dans le cadre d'une autre législation<sup>6</sup>.*

*Ce système d'avance est lui-même assorti, par les alinéas 4 et 5 du même texte, d'un régime de subrogation légale en faveur des organismes assureurs qui ont accordé de telles provisions<sup>7</sup>.*

*Par ce mécanisme subrogatoire, l'organisme assureur ne met pas en œuvre un droit propre mais exerce celui de l'assuré<sup>8</sup>. Il peut dès lors invoquer tous les moyens de*

<sup>5</sup> P. Gosseries, "Difficultés d'interprétation et d'application de la règle d'interdiction du cumul de la réparation du même dommage par la législation sur l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et une autre législation nationale ou étrangère", *J.T.T.*, 2000, p. 257.

<sup>6</sup> G. Massart, "Les avances" in M. Dumont et F. Etienne (dir.), *Regards croisés sur la sécurité sociale*, CUP-Anthémis, 2012, p. 140

<sup>7</sup> il s'agit en réalité d'une quasi-subrogation dans la mesure où l'organisme assureur qui accorde les prestations du régime des soins de santé et indemnités à titre provisionnel ne paie pas la dette d'autrui, mais sa dette propre. Voy. S. Hostaux, *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Larcier, 2009, p. 215; J.P. Janssens et N. Malmendier, "Article 76quater, §2 de la loi du 9 août 1963 Interdiction de cumul et droit de subrogation", *R.D.S.*, 1994, 138 et ss

<sup>8</sup> Cass., 29 janvier 1992, *Pas.*, p. 468.

*droit dont dispose l'assuré, mais uniquement ces droits<sup>9</sup>.*

*Les limites, parfois qualifiées d'assiette, de cette subrogation sont de deux ordres et exprimées par le texte de l'alinéa 4 de l'article 136, § 2 :*

- *l'organisme assureur ne peut obtenir plus que ce qu'il a décaissé en faveur de son assuré (« cette subrogation vaut, à concurrence du montant des prestations octroyées ») ;*
- *l'organisme assureur ne peut obtenir plus que ce qui est dû à l'assuré (cette subrogation vaut, (...), pour la totalité des sommes qui sont dues »).*

*S'agissant de cette seconde limite, elle est elle-même précisée par l'alinéa 5 de l'article 136, § 2, qui, dérogeant au mécanisme ordinaire de la subrogation<sup>10</sup>, prévoit l'inopposabilité à l'organisme assureur, sans l'accord de ce dernier, des conventions intervenues entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire. Il en va notamment ainsi des conventions de transaction<sup>11</sup> ou du résultat d'une expertise amiable<sup>12</sup>.*

*En d'autres termes, les sommes qui sont dues au sens de l'article 136, § 2, alinéa 4, et pour lesquelles joue la subrogation s'apprécient sans tenir compte des conventions conclues entre l'assuré social et le débiteur de la réparation<sup>13</sup>. »*

En l'espèce, l'indemnisation des conséquences de l'accident est due par la SA AG INSURANCE au demandeur en vertu du droit commun (obligation contractuelle par opposition à une obligation purement légale qui pèse sur l'assureur) et plus spécifiquement des obligations tirées du contrat d'assurance conclu entre l'employeur et le défendeur, qui couvre le demandeur, bénéficiaire - assuré, pour le risque encouru.

La SA AG INSURANCE est un débiteur au sens de l'article 136§2 de la loi de 1994 considérant que le droit d'action directe, non contesté, du demandeur contre l'assureur découle de cette qualité.

Ce qui est dû au demandeur à charge de l'assureur résulte du contrat d'assurance « de type loi » : l'article 15 des conditions générales du contrat d'assurance relatif aux frais médicaux ne limitent pas l'indemnisation mais prévoit un *paiement de cette indemnisation* à la victime après déduction d'une autre intervention (et non à l'exclusion de celle – ci) pour éviter un cumul d'indemnisation du même dommage et le risque d'un double paiement dans le chef du débiteur au regard de ses obligations légales découlant de l'article 136§2 de la loi de 1994 auquel le contrat ne peut déroger.

La clause 650 applicable à titre de conditions particulières ne prévoit d'ailleurs rien de tel mais une indemnisation alignée sur la base des tarifs INAMI qui représentent un plafond.

Ces dispositions s'articulent donc mais ne s'excluent pas : le principe n'est pas celui d'une indemnisation limitée au tiers – payant ce que précise, au besoin, la clause 650 du contrat applicable en cas d'assurance contre les accidents corporels de la vie professionnelle des chômeurs qui suivent une formation professionnelle dans une entreprise, assurance de « type loi ».

<sup>9</sup> Cass., 20 octobre 2003, *Pas.*, p. 1635.

<sup>10</sup> G. Massart, *op. cit.*, p. 144 et les références citées.

<sup>11</sup> Cass., 27 février 2006, C04.0306.F, *juridat*.

<sup>12</sup> Cass., 3 avril 2006, C05.0114.N, *juridat*.

<sup>13</sup> Cass., 19 octobre 1994, *Pas.*, n° 441.

Relativement aux indemnités dues en période d'incapacité temporaire ou totale, aucune disposition, ni dans les conditions générales (l'article 16.c est applicable en cas d'accident *de la vie privée*) ni dans la clause 650, ne limite d'ailleurs l'indemnisation ou son paiement et l'assureur a d'ailleurs en l'espèce, très concrètement, indemnisé l'intégralité de la période d'incapacité temporaire, jusqu'au 01.08.2010, à l'exclusion de la courte période litigieuse (08 et 09/2010) eu égard au différend médical, sans déduire ou exiger l'intervention de l'ANMC qui pouvait tout aussi bien intervenir dans les mêmes conditions (ce qui est le cas à titre d'avance, dans l'attente de l'indemnisation par le débiteur désigné par la loi ou le droit commun).

Les intérêts moratoires sont réclamés à dater du 27.09.2009, date moyenne.  
L'ANMC ne peut pas obtenir plus que ce que le demandeur pourrait obtenir et ne peut l'obtenir qu'à concurrence de ce qu'elle a payé.  
Les intérêts ne peuvent donc être calculés avant la date des décaissements effectifs de l'ANMC ni avant la date à laquelle le demandeur pourrait prétendre à ces intérêts ce qui renvoie aux principes retenus supra.  
Pour le calcul des intérêts sur les frais de traitement médicaux, la clause 650 prévoit que ceux-ci sont remboursés dans les trente jours suivant la remise des pièces justificatives.

**Les parties sont donc invitées, dans le cadre de la réouverture des débats, à préciser le calcul de ces intérêts sur base des principes arrêtés par le Tribunal ; l'ANMC précisera en outre s'il existe un intérêt à maintenir une demande de condamnation provisionnelle.**

**PAR CES MOTIFS,**

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire;

**LE TRIBUNAL,**

**STATUANT** contradictoirement et après en avoir délibéré,

**VU** le jugement du 04.10.2011,

**DIT** la requête en intervention volontaire de l'ANMC recevable,

**ENTERINANT** les conclusions du rapport de l'expertise médicale amiable,

**DIT POUR DROIT** que, suite à l'accident dont a été victime la partie demanderesse en date du 24.09.2008, il y a lieu de retenir les conséquences suivantes :

- Incapacité temporaire totale (I.T.T. 100 %) du 24.09.2008 au 30.09.2010
- La date de consolidation est fixée au 01.10.2010

- IPP de 18%
- Devis dentaire annexé au rapport amiable à prendre en charge : réalisation de 2 jackets en céramique au coût de 2 X 650€ soit 1.300€ ; le patient ayant 26 ans, il faudra prévoir 2 renouvellements

DIT la demande formulée par la partie demanderesse fondée dans son principe (prise en charge du renouvellement de la prothèse et déduction d'intérêts) mais invite les parties à préciser la procédure de prise en charge du renouvellement des prothèses et le calcul des intérêts sur les bases retenues par le Tribunal,

DIT la demande en intervention volontaire de la partie ANMC fondée dans la mesure ci – après précisée,

CONDAMNE en conséquence la partie défenderesse à rembourser à la partie intervenante volontaire la somme provisionnelle de 21.219,53€ mais réserve à statuer sur les intérêts dus sur cette somme, l'ANMC précisera par ailleurs s'il existe un intérêt à maintenir une demande de condamnation provisionnelle,

ORDONNE LA REOUVERTURE DES DEBATS aux fins précisées aux motifs du présent jugement,

DIT qu'en application de l'article 775 du Code Judiciaire, les parties sont invitées à s'échanger et à déposer au greffe leurs observations écrites et les pièces réclamées:

- pour le 15.08.2016 au plus tard pour la partie demanderesse (pièces et conclusions)
- pour le 30.09.2016 au plus tard pour la partie intervenante volontaire (pièces et conclusions)
- pour le 31.10.2016 au plus tard pour la partie défenderesse (pièces et conclusions de synthèse)

DIT que les parties seront entendues sur leurs observations, en audience publique, le 06 décembre 2016 à 14h00.

DIT que les parties et, le cas échéant leurs conseils, seront avertis, par le greffe, conformément au prescrit de l'article 775 al. 2 du Code judiciaire

RESERVE les dépens .

\* \* \* \* \*

**AINSI** jugé par la huitième chambre du **TRIBUNAL DU TRAVAIL DE LIEGE – DIVISION DINANT**, où siégeaient :

Madame **Muriel DURIAUX**, juge

Monsieur **Etienne GERARD**, juge social représentant les employeurs,

Madame **Christiane MINGEOT**, juge social représentant les ouvriers,

Assistés à l'audience de plaidoiries par Monsieur **Yohann BALZAT**, greffier

M. DURIAUX

E. GERARD

Ch. MINGEOT

Y. BALZAT

Et prononcé en langue française à l'audience publique du **six juin deux mille seize** par la **8<sup>ème</sup> Chambre** du Tribunal du Travail de Liège, division Dinant, au Palais de Justice de **DINANT**, où siégeaient Madame **M. DURIAUX**, juge au Tribunal, assistée de Madame **A. GILLES**, greffier.

A. GILLES

M. DURIAUX