



**TRIBUNAL DU TRAVAIL DE LIEGE
DIVISION DE VERVIERS**

**AUDIENCE PUBLIQUE DU 14 MARS 2019.
(2^{ème} chambre)**

R.G. : 17/234/A

Rép: 19/

A rendu le jugement DEFINITIF suivant

En cause de :

ASSURANCES A

Partie demanderesse comparaisant par Maître NEUPREZ Vincent et Maître FARCY Adrien, avocats à LIEGE

CONTRE :

Monsieur L.

Partie défenderesse comparaisant par Maître GILSON Marc, avocat à VERVIERS.

En droit,

Revu les antécédents de la procédure, notamment :

- la requête déposée au greffe le 20 février 2017 et les convocations adressées aux parties sur pied de l'article 704 du Code judiciaire ;
- les conclusions additionnelles et de synthèse de la partie défenderesse et le dossier de pièces déposés au greffe le 20 février 2018
- les conclusions additionnelles de la partie demanderesse déposées au greffe le 15 mai 2018
- le dossier de pièces de la partie défenderesse déposé au greffe le 15 janvier 2019;
- le dossier de pièces de la partie demanderesse déposé au greffe le 08 février 2019 ;
- le procès-verbal d'audience publique.

Après avoir entendu les conseils des parties, à l'audience publique du 14 février 2019, le Tribunal a déclaré les débats clos, pris l'affaire en délibéré et fixé le prononcé du jugement à l'audience publique de ce jour.

1. LA RECEVABILITE.

Le recours doit être déclaré recevable pour avoir été introduit dans les formes et les délais prescrits, la partie demanderesse ayant qualité et intérêt pour agir.

2. LES FAITS.

Monsieur L a été victime d'un accident du travail le 11 juin 2013 alors qu'il travaillait pour compte de l'ASBL A V dont la partie demanderesse assure la responsabilité légale en matière d'accidents du travail (pièce 1 du dossier de la partie demanderesse).

Cet accident fut reconnu par l'assureur-loi, partie demanderesse.

La SA A a, dès lors, indemnisé Monsieur L sur la base :

- a) d'un salaire annuel pour l'incapacité temporaire totale de 40.122,93 € pour la période du 11 juillet 2013 au 29 septembre 2013,
- b) d'un salaire annuel pour l'incapacité temporaire totale de 40.927,18 € pour la période du 30 septembre 2013 jusqu'au 10 mai 2015.

La déclaration d'accident (pièce 1 du dossier de la partie demanderesse) rédigée par Monsieur M H. et datée du 17 juin 2013 précise :

- a) que le montant de base de la rémunération (rubrique 58), soit « *total des rémunérations et avantages assujettis à l'ONSS, sans heures supplémentaires, pécule de vacances complémentaire et prime de fin d'année (le montant déclaré doit correspondre à l'unité de temps ou à l'unité de temps et au cycle) : € 4597,08.* »
- b) que la prime de fin d'année s'élève au montant forfaitaire de € 4597,8 (rubrique 59).

La partie demanderesse s'est aperçue qu'une erreur avait été commise par l'employeur dans les montants transmis.

En effet, suite à un nouveau calcul, il s'avère que le salaire de base applicable pour l'incapacité temporaire totale s'élève à la somme de 33.948,91 € (pièce 2 du dossier de la partie demanderesse).

En date du 1^{er} septembre 2015, du 7 décembre 2015 et du 10 mars 2016, la SA A. a adressé un courrier à Monsieur L. visant à obtenir le remboursement des sommes indûment perçues (pièces 3 et 4 du dossier de la partie demanderesse).

Par lettre datée du 17 mars 2016, la partie demanderesse accordera des termes et délais de l'ordre de 200,00 €, à Monsieur L. (pièce 5 du dossier de la partie demanderesse).

En date du 22 mars 2016, l'organisation syndicale de Monsieur L. a contesté la décision de récupération (pièce 6 du dossier de la partie demanderesse).

Par courrier daté du 6 avril 2016, elle sollicitait des informations complémentaires (pièce 6 du dossier de la partie demanderesse).

3. OBJET DE LA DEMANDE.

Par requête déposée au greffe en date du 20 février 2017, la partie demanderesse postule la condamnation de Monsieur L au remboursement de la somme de 7.918,98 € à titre de paiement indu.

La partie défenderesse sollicite, à titre principal, que l'action soit déclarée recevable mais non fondée.

A titre subsidiaire, elle demande que des termes et délais de l'ordre de 100,00 € par mois lui soient accordés.

Elle postule la condamnation de la partie demanderesse aux dépens liquidés à la somme de 262,37 €.

4. LES PRETENTIONS DES PARTIES.

4.1. La partie demanderesse

1. Elle rappelle le contenu de l'article 17 de la Charte de l'assuré social.

Elle considère que l'alinéa 2 dudit article ne peut être invoqué par Monsieur L.

En effet, son application suppose que l'indemnisation due soit la conséquence directe d'une « décision ».

Or, ce n'est pas le cas en l'espèce.

Elle précise avoir appliqué la disposition contenue dans la circulaire ministérielle n° 246 et plus particulièrement le point 2.9.

Dès lors, elle considère que la demande en récupération d'indu est fondée.

Par ailleurs, à supposer que cet article serait applicable, l'erreur quant aux montants ne lui est pas imputable.

En effet, il s'agit d'une erreur de l'employeur.

En conséquence, l'article 17 alinéa 2 de la Charte de l'assuré social devant être interprété restrictivement, l'erreur étant due non pas à l'institution de sécurité sociale mais à l'employeur, seul l'article 17 alinéa 1 de ladite Charte doit trouver à s'appliquer.

Dès lors, la nouvelle décision intervenue doit produire ses effets à la date à laquelle elle aurait dû prendre effet (alinéa 1^{er}) et non au premier jour du mois qui suit la notification (alinéa 2). Cette nouvelle décision a donc un effet rétroactif.

Elle rappelle qu'elle ne pouvait se rendre compte de l'erreur commise par l'employeur,

personne la plus fiable sur le plan des données concernant la rémunération.

Enfin, s'il fallait reconnaître une erreur dans le chef d'A., cette dernière estime que Monsieur L. savait ou devait savoir qu'il n'avait pas droit à l'intégralité de l'indemnisation vu l'importance de la différence, près de 9.000 € en un peu plus d'un an, entre la somme perçue et le montant réellement dû.

La partie défenderesse connaissait le montant de sa rémunération. Elle pouvait, dès lors, détecter l'erreur.

2. En ce qui concerne l'application du principe général de sécurité juridique dû aux attentes légitimes, elle définit, en droit, le principe de croyance légitime.

Aussi, elle rappelle qu'elle a réagi dès qu'elle a eu connaissance de l'erreur commise par l'employeur.

Dès lors, contrairement aux décisions citées par Monsieur L., elle n'a créé aucune apparence ayant induit Monsieur L., en erreur.

Elle souligne que Monsieur L. a lui-même reconnu devoir rembourser le montant indûment perçu et a proposé, lors d'un entretien téléphonique, de rembourser ce montant en échelonnant les paiements (pièce 5 de son dossier).

3. En ce qui concerne les termes et délais proposés, soit 100,00 € par mois, elle estime ce montant insuffisant.

En effet, il faudrait 6 ans et demi avant de pouvoir rembourser l'indu.

Par contre, elle pourrait marquer son accord quant au montant initialement convenu, soit 200,00 €.

De plus, elle postule que le dispositif du jugement à intervenir précise que le solde restant dû deviendra exigible intégralement en cas de non-respect des échéances fixées.

4. Enfin, elle postule que les dépens soient réduits à l'indemnité de procédure prévue pour les litiges dont la valeur est supérieure à 2.500,00 €, soit la somme de 262,37 €.

4.2. La partie défenderesse.

1. Elle fait également application de l'article 17 de la Charte de l'assuré social.

Elle relève qu'une décision fut prise, le 1^{er} septembre 2015, par la partie demanderesse afin de constater l'indu, d'une part et de réclamer celui-ci, d'autre part.

Elle considère que cette nouvelle décision produit ses effets à partir du premier jour du mois de sa notification si les conditions suivantes sont remplies de manière cumulative :

- a) l'erreur est due à l'organisme assureur,
- b) la nouvelle décision accorde à l'assuré social des prestations moindres que la

décision initiale,

- c) l'assuré social ignorait ou n'était pas censé savoir (« ne pouvait pas se rendre compte ») qu'on lui avait accordé trop de prestations.

2. Elle considère que la circulaire n° 246 est une norme de rang inférieur à la loi. Dès lors, elle ne peut restreindre la portée de celle-ci.

3. Par ailleurs, elle estime que le paiement des indemnités résulte d'une erreur due à l'organisme assureur.

Dès lors, au regard de l'assuré social, il importe peu que cette erreur résulte d'une information erronée communiquée par un tiers, l'employeur, en l'espèce.

Il appartenait à la partie demanderesse d'effectuer les vérifications quant aux paramètres du calcul de la rémunération de base.

4. De plus, elle ignorait ou n'était pas censée savoir que des prestations trop importantes lui étaient accordées.

Elle relève que le montant réclamé fut payé sur plus de deux années de sorte qu'elle ne pouvait détecter l'erreur.

5. En conséquence, elle considère que la décision produit ses effets à partir du premier jour du mois de sa notification.

6. A titre subsidiaire, elle soulève le principe du respect dû aux attentes légitimes d'autrui.

Elle cite de la jurisprudence à cet effet.

Elle en conclut que durant toute la période où des indemnités trop élevées lui ont été versées en raison d'un calcul erroné, elle a été induite en erreur.

Or, Monsieur L. estime qu'il était fondé à croire dans la légitimité « des actes » de la partie demanderesse.

Aussi, il considère qu'il est, dès lors, indifférent qu'au moment où la partie demanderesse corrige son erreur et l'interpelle, il ait cru, à tort, être tenu au remboursement du montant postulé par la partie demanderesse.

Aucun manquement ne peut lui être imputé.

L'action doit dès lors être déclarée recevable mais non fondée.

7. A titre infiniment subsidiaire, la partie défenderesse postule que des termes et délais lui soient accordés à concurrence de 100 € par mois.

8. Elle sollicite, enfin, la condamnation de la partie demanderesse aux dépens liquidés à la somme de 262,37 € à titre d'indemnité de procédure.

5. DISCUSSION

5.1. Préalable.

Le tribunal entend préciser que le montant du plafond légal pour un accident survenu durant l'année 2013 s'élève à la somme de 40.927,18 €.

A l'audience du 10 janvier 2019, le tribunal avait posé toute une série de questions à la partie demanderesse.

Celles-ci sont reprises judicieusement dans un mail adressé par le conseil de la partie demanderesse à cette dernière, en date du 16 janvier 2019.

5.2. Dispositions légales :

1. L'article 2, 8 ° de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la charte » de l'assuré social.

Cet article est défini comme suit : « 8° " décision " : l'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. »

2. L'article 13 de ladite loi du 11 avril 1995.

Cet article stipule que « Les décisions d'octroi d'un droit, d'un droit complémentaire, de régularisation d'un droit, ou de refus de prestations sociales, visées aux articles 10 et 11 doivent être motivées¹. Lorsque les décisions portent sur des sommes d'argent, elles doivent mentionner le mode de calcul de celles-ci. ²La communication du mode de calcul vaut motivation et notification. Le Roi fixe les mentions obligatoires devant figurer sur les formules de paiement.

Sans préjudice de l'obligation éventuelle d'informer l'assuré social d'une décision motivée dans un langage compréhensible pour le public, le Roi peut déterminer dans quelles conditions, des catégories de décisions prises par ou avec l'aide de programmes informatiques, en l'absence d'acte, peuvent être considérées comme étant explicitement motivées de manière interne. »

3. Les articles 14 et 15 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social.

Ledit article 14 précise que « Les décisions d'octroi ou de refus des prestations doivent contenir les mentions suivantes :

1° la possibilité d'intenter un recours devant la juridiction compétente;

¹ C'est le tribunal qui insiste.

² idem

- 2° l'adresse des juridictions compétentes;
- 3° le délai et les modalités pour intenter un recours;
- 4° le contenu des articles 728 et 1017 du Code judiciaire;
- 5° les références du dossier et du service qui gère celui-ci;
- 6° la possibilité d'obtenir toute explication sur la décision auprès du service qui gère le dossier ou d'un service d'information désigné.

Si la décision ne contient pas les mentions prévues à l'alinéa 1er, le délai de recours ne commence pas à courir.

Le Roi peut prévoir que l'alinéa premier ne s'applique pas aux prestations qu'Il détermine.

L'article 15 indique que « Les décisions de répétition de l'indu doivent contenir, outre les mentions de l'article 14, les indications suivantes :

- 1° la constatation de l'indu;
 - 2° le montant total de l'indu, ainsi que le mode de calcul;
 - 3° le contenu et les références des dispositions en infraction desquelles les paiements ont été effectués;
 - 4° le délai de prescription pris en considération;
 - 5° 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;
 - 6° la possibilité de soumettre une proposition motivée en vue d'un remboursement étalé.
- Si la décision ne contient pas les mentions prévues à l'alinéa 1er, le délai de recours ne commence pas à courir.*

4. L'article 17 de ladite loi du 11 avril 1995.

L'article 17 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la charte » de l'assuré social prévoit que : «

Lorsqu'il est constaté que la décision est entachée d'une erreur de droit ou matérielle, l'institution de sécurité sociale prend d'initiative une nouvelle décision produisant ses effets à la date à laquelle la décision rectifiée aurait dû prendre effet, et ce sans préjudice des dispositions légales et réglementaires en matière de prescription.

Sans préjudice de l'article 18, la nouvelle décision produit ses effets, en cas d'erreur due à l'institution de sécurité sociale, le premier jour du mois qui suit la notification, si le droit à la prestation est inférieur à celui reconnu initialement.

L'alinéa précédent n'est pas d'application si l'assuré social sait ou devait savoir, dans le sens de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations, qu'il n'a pas ou plus droit à l'intégralité d'une prestation. »

5. L'article 1235 alinéa 1er du Code civil et les articles 1376 et 1377 dudit Code concernant la récupération de l'indu.

L'article 1235 alinéa 1^{er} du Code civil est libellé comme suit « *tout paiement suppose une dette : ce qui a été payé sans être dû, est sujet à répétition.* »

L'article 1376 du Code civil indique que « *Celui qui reçoit par erreur ou sciemment ce*

qui ne lui est pas dû, s'oblige à le restituer à celui de qui il l'a indûment reçu. »

L'article 1377 du Code civil dispose que *« Lorsqu'une personne qui, par erreur, se croyait débitrice, a acquitté une dette, elle a le droit de répétition contre le créancier.*

Néanmoins ce droit cesse dans le cas où le créancier a supprimé son titre par suite du paiement, sauf le recours de celui qui a payé contre le véritable débiteur. »

6. L'article 69 de la loi du 10 avril 1971.

Cet article prévoit que : *« L'action en paiement des indemnités se prescrit par trois ans. L'action en répétition d'indemnités indues se prescrit par trois ans. »*

5.3. La doctrine et la jurisprudence.

Monsieur PALSTERMAN résume parfaitement le contenu de l'article 17 de la Charte de l'Assuré social.

Ainsi, il écrit que « L'article 17, alinéa 1^{er} dispose que lorsqu'il est constaté que la décision est entachée d'une erreur de droit ou d'une erreur matérielle, l'institution de sécurité sociale prend d'initiative une nouvelle décision produisant ses effets à la date à laquelle la décision rectifiée aurait dû prendre effet, sauf l'application des règles de prescription. Cette règle s'applique que la révision se fasse en faveur ou en défaveur de l'assuré social.

Mais dans ce dernier cas ('si le droit à la prestation est inférieur à celui reconnu initialement'), et si l'erreur est due à l'institution de sécurité sociale, la révision n'a pas d'effet rétroactif. Cette protection ne peut pas être invoquée si l'assuré social 'sait ou devait savoir', au sens de l'arrêté royal du 31 mai 1933, qu'il n'a pas ou plus droit à l'intégralité d'une prestation.

L'arrêté royal du 31 mai 1933 s'applique à toutes les formes de subventions qui sont, au moins partiellement, à charge de l'Etat. Il oblige à faire la déclaration des sommes perçues indûment, lorsque ce caractère indu ne pouvait être ignoré. Il s'agit en somme des indus 'de mauvaise foi'. Eu égard à la complexité de la législation de sécurité sociale, et en dépit de l'adage 'nul n'est censé ignorer la loi', on peut admettre qu'un assuré social ne se rende pas compte de ce qu'une partie de l'allocation ne lui était pas due. Il est alors logique que la révision ne se fasse pas avec effet rétroactif. Mais certaines erreurs ne peuvent pas ne pas être repérées par une personne normalement diligente et de bonne foi. Il est alors normal que l'erreur puisse être réparée.

En matière d'accidents du travail, la jurisprudence avait déjà dégagé des principes analogues. »³

La Cour de Cassation dans un arrêt du 26 mai 2003⁴ précise que *« Attendu que l'arrêt, qui décide que la demanderesse doit renoncer à la récupération des sommes indûment*

³ PALSTERMAN P, « L'application de la charte de l'assuré social dans le secteur des accidents du travail », *Bull. Ass.*, 2002, dossier n° 8, p.107-108.

⁴ Cass., 3^{ème} ch., 26 mai 2003, *J.L.M.B.*, 2006/5, p. 184-187.

payées à la défenderesse à titre de majorations d'allocations familiales pour enfants handicapés du 1^{er} janvier 1993 au 22 décembre 1994 en se fondant sur la théorie du «respect dû aux anticipations légitimes d'autrui», viole les articles 1235, 1376 et 1377 du code civil; »

5.4. En l'espèce :

En principe, tout paiement erroné doit être remboursé, ainsi que le stipulent les articles 1235, 1376 et 1377 du Code civil.

Par ailleurs, le respect du principe de sécurité juridique et celui dû aux anticipations légitimes d'autrui selon lequel lorsqu'un assuré social reçoit des prestations sociales d'une institution, il nourrit l'expectative de pouvoir les conserver voire, lorsqu'il s'agit de prestations successives, de continuer à les percevoir s'inclinent face au principe de l'égalité selon lequel, sauf exception légale, ce qui est payé indûment doit être remboursé.⁵

Or, l'article 17 de la Charte de l'assuré social constitue une exception légale au principe de la répétition de l'indu lorsqu'une décision se voit entachée d'une erreur juridique ou matérielle.

Comme précisé ci-avant, pour que l'article 17 de la Charte de l'assuré social trouve à s'appliquer, il faut une première décision prise par l'assureur-loi.

Cette décision doit être entachée d'une erreur matérielle ou juridique. Une seconde décision est alors prise.

Cette nouvelle décision qui a pour effet de réduire les droits de la victime de l'accident du travail ne peut avoir d'effet rétroactif si l'erreur qui a entaché la décision précédente est due exclusivement à la compagnie d'assurances.

Cette règle connaît toutefois une exception. En effet, elle ne s'applique pas si la victime, Monsieur L. ne pouvait raisonnablement se méprendre sur les montants versés.

Dès lors, dans le cas d'espèce, 4 questions se posent:

1. Y a-t-il eu une première décision entachée d'une erreur juridique ou matérielle ?
2. L'assureur a-t-il pris une nouvelle décision ?
3. L'erreur est-elle due à l'assureur ?
4. Si la réponse au point 3 est positive, il appartiendrait alors au tribunal de déterminer si Monsieur L. savait ou devait savoir qu'il n'avait pas droit aux prestations dont il a bénéficié ?

⁵ C Cass., 3^{ième} ch., 26 mai 2003, op. cit ; T. trav. Liège, division Liège, 26 avril 2018, RG 16/1414/A et 16/4083/A, consultable sur www.terralaboris.be;

1. L'octroi des prestations : une première décision entachée d'une erreur juridique ou matérielle a-t-elle été prise ?

Selon l'article 13 alinéa 1^{er} de la Charte de l'assuré social, les décisions d'octroi doivent être motivées et lorsqu'elles portent sur des sommes d'argent, elles doivent mentionner le mode de calcul de celles-ci.

Ainsi, la communication du mode de calcul vaut motivation et notification.

L'article 14 de ladite Charte précise les mentions que doivent contenir les décisions d'octroi d'une prestation.

Or, c'est **à regret** que le tribunal constate qu'aucune décision n'a été notifiée à Monsieur L. précisant le mode de calcul des indemnités et respectant ainsi le prescrit des articles 13 et 14 de la Charte de l'assuré social.

Cela aurait peut-être permis d'éviter ce type de litige.

Par ailleurs, l'article 17 de ladite Charte fait état d'une décision erronée qui n'existe pas en l'espèce.

Toutefois, la jurisprudence admet une décision implicite⁶.

Dès lors, effectuer un paiement, même suite à une erreur de calcul constitue une décision.

Dès lors, le tribunal en déduit que l'absence d'acte formel notifié à la partie défenderesse lors de l'octroi des indemnités dans le cadre d'une incapacité temporaire totale n'implique pas l'absence d'un processus décisionnel.

L'octroi des indemnités au profit de Monsieur L. s'est réalisé suite à l'envoi de la déclaration d'accident.

L'existence des paiements effectués implique l'adoption préalable d'une décision implicite prise par ou avec l'aide de programmes informatiques. Une décision motivée en interne a ainsi été prise.

En conséquence, le tribunal considère qu'une première décision a été prise sur base d'informations fournies dans la déclaration d'accident. L'employeur a, ainsi, transmis les montants quant au salaire de base à prendre en considération.

2. Une seconde décision en révision a-t-elle été prise par l'assureur-loi ?

Cette question fut posée par le tribunal au conseil de l'assureur lors de l'audience du 10 janvier 2019.

Ce dernier y répondit par la négative.

Le tribunal ne partage pas cet avis.

En effet, le courrier adressé le 1^{er} septembre 2015 ainsi que les rappels (pièces 3 à 5 du dossier de la partie demanderesse) ne peuvent être analysés autrement que comme une révision visée à l'article 17 de la Charte de l'assuré social.

⁶ C. trav. Mons, 5 juillet 2017, RG 2016/AM/47, consultable sur www.terralaboris.be;

Aussi, le courrier du 1^{er} septembre 2015 détaille la raison d'être de la récupération.

Ainsi, ce dernier précise : « nous sommes à présent en possession du montant de votre salaire de base définitif. Au départ, nous vous avons indemnisé sur base d'un salaire annuel de 40.122,93 EUR pour la période du 11/07/2013 au 29/09/2013 et un salaire annuel de 40.927,18 EUR pour la période du 30/09/2013 au 10/05/2015. Etant donné que le montant du salaire définitif s'élève à 33.948,91 EUR et que ce montant est donc inférieur au salaire initial, une partie des indemnités que vous avez perçues s'avère indue. »

Par ailleurs, si ce premier raisonnement ne devait pas être suivi, le tribunal considère que la réponse aux points 1 et 2 peut également faire l'objet d'un second raisonnement qui aboutit au même résultat.

Ainsi, la décision du 1^{er} septembre 2015 « contient en réalité nécessairement deux parties, la première constatant que les indemnités ont été payées à un taux erroné et la deuxième invitant à rembourser l'indu, et qu'en sa première partie, la décision de récupération est bien une décision de révision. »⁷

En conséquence, le courrier daté du 1^{er} septembre 2015 constitue bien une décision de révision.

3. L'erreur est-elle due à l'assureur ?

Pour rappel, l'article 17 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la charte » de l'assuré social constitue une exception au principe de la récupération de l'indu.

Dès lors, pour qu'il trouve à s'appliquer, il s'impose que l'erreur commise résulte de l'assureur-loi lui-même.

Aussi, la situation envisagée par ledit article exclut toute autre hypothèse.

Ainsi, il ne s'applique pas en cas de décision prise sur base d'informations erronées fournies par un tiers.⁸

Or, en l'espèce, l'erreur matérielle constatée résulte de mentions erronées figurant dans la déclaration d'accident.

En effet, lorsque l'incapacité temporaire totale se prolonge au-delà d'un mois, l'assureur-loi calcule l'indemnité due sur base du salaire de base de l'année précédant l'accident.

Toutefois, ce salaire n'est pas connu immédiatement.

Le calcul s'effectue donc provisoirement sur base des informations contenues dans la déclaration d'accident.

⁷ H. FUNCK, « un fait constitue-t-il une décision », *Chr. D.S.*, 2016, 06, p 235 ; C. trav. Bruxelles, 22 décembre 2005, *Chr. D.S.*, 2006, p. 459.

⁸ C. trav. Gand, 18 mars 2013, RG 2012/AB/307, consultable sur www.terralaboris.be;

Les indemnités sont, alors, calculées sur base des montants fournis par l'employeur.

Dès que les données sont disponibles, une rectification s'opère.

En l'espèce, l'accident s'est produit le 11 juin 2013.

Une demande de calcul a effectivement été sollicitée le 19 juillet 2013 (voir les annexes au mail envoyé le 1^{er} février 2019 à 10 :09).

Un premier calcul « SABALO » fut opéré.

Ensuite, lors de la consolidation, l'erreur fut constatée et un second calcul SABALO fut opéré.

L'erreur n'est donc pas le fait de l'assureur, qui s'est basé sur les données transmises par l'employeur dans ladite déclaration.

Ce n'est certes, qu'après un certain délai que le tribunal regrette et plus particulièrement suite à la consolidation de l'état de santé de Monsieur L. que le salaire de base fut correctement calculé.

En conséquence, la demande de la SAA est fondée

Elle peut, dès lors, réclamer le paiement de l'indu à concurrence de 8.733,13 euros moins la somme de 820,15 euros récupérée le 16 décembre 2015 (courrier du 10 mars 2016).

C'est donc une somme de 7.912,98 euros qui reste due.

5.5. La demande de termes et délais.

La partie défenderesse postule à titre infiniment subsidiaire de pouvoir s'acquitter de sa dette par des versements mensuels de 100,00 €.

La partie demanderesse conteste le montant proposé constatant que de tels paiements conduiraient à un étalement de plus de 6 ans et demi.

Le tribunal prenant en considération le délai mis par la partie demanderesse pour constater son erreur, les revenus de la partie défenderesse et la nécessité de rembourser la dette dans un délai estimé à 60 mois considère que des termes et délais de minimum 131,88 euros sont raisonnables.

Dès lors, 59 mensualités de 131,88 € seront versées et une dernière mensualité de 132,06€.

5.6. Les dépens :

En vertu de l'article 68 de la loi du 10 avril 1971, les dépens de toutes actions fondées

sur la loi sur les accidents du travail sont à charge de l'assureur, sauf si la demande est téméraire et vexatoire.

Devant les juridictions du travail, pour les litiges dont le montant est supérieur à 2.500 €, les dépens varient entre 226,37 € et 298,37 €.

Dès lors, sur base de 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 frais d'avocat et au vu du déroulement de la procédure, le tribunal estime que les dépens doivent être liquidés à la somme de 262,37 €.

5.7. La demande de compensation.

La partie demanderesse sollicite la compensation entre sa condamnation aux dépens et le montant des sommes dues par Monsieur L.

Lorsque les conditions sont réunies par l'effet d'une décision de justice, le juge peut, à la demande d'une partie, prononcer une compensation judiciaire.⁹

Pour pouvoir procéder à la compensation, il faut se trouver en présence de deux dettes fongibles, exigibles et liquides.

Par ailleurs, en matière de compensation judiciaire, il faut qu'« *un certain lien, appelé lien de connexité, existe entre les deux demandes et, partant, les deux dettes. Ce lien est laissé à l'appréciation souveraine du juge.* »¹⁰

En vertu de l'article 1022 du Code judiciaire : « *L'indemnité de procédure est une intervention forfaitaire dans les frais et honoraires d'avocat de la partie ayant obtenu gain de cause.* »

Par exception et en vertu de l'article 1017 du Code judiciaire alinéa 2 du Code judiciaire et de l'article 68 de la loi du 10 avril 1971, les dépens, sauf si la demande est téméraire et vexatoire, sont à charge de l'assureur.

Sur ces bases, le tribunal estime qu'il ne peut y avoir de compensation entre la condamnation au remboursement de l'indu et l'intervention forfaitaire dans les frais et honoraires d'avocat à charge de la partie demanderesse.

Il ne sera, dès lors, pas fait droit à cette demande.

PAR CES MOTIFS,

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

LE TRIBUNAL, après en avoir délibéré ;

⁹ C. trav. Mons, 11 mars 1992, *J.T.T.*, 1992, p. 397.

¹⁰ M.C. ERNOTTE, « Extinctions des obligations : la compensation », in *La Théorie générale des obligations*, CUP, vol. 27, décembre 1998.

STATUANT, publiquement et contradictoirement ;

REÇOIT le recours dans les limites fixées ci-après;

Le déclare recevable et fondé ;

CONDAMNE la partie défenderesse au remboursement de la somme indûment perçue de **7.912,98 €** ;

AUTORISE la partie défenderesse à se libérer du montant de cette condamnation par des versements mensuels de **131,88 € (minimum)**, le **15** de chaque mois, à compter du **15 avril 2019** jusqu'à l'apurement complet de sa dette;

DIT POUR DROIT que 59 mensualités de 131,88 € seront, dès lors, versées et une dernière mensualité de 132,06 € ;

DIT POUR DROIT qu'en cas de retard de plus d'un mois pour un seul versement, la somme totale restant due deviendra immédiatement exigible ;

DIT POUR DROIT qu'il y a lieu de déduire de l'ensemble de ces condamnations tout versement effectué à valoir ;

CONDAMNE la partie demanderesse aux dépens liquidés dans le chef de la partie défenderesse à la somme de **262,37 €**.

DEBOUTE la partie demanderesse du surplus de sa réclamation ;

ORDONNE l'exécution provisoire du présent jugement, nonobstant tout recours et sans caution ni cantonnement.

AINSI JUGÉ PAR LE TRIBUNAL DU TRAVAIL DE LIEGE DIVISION VERVIERS (DEUXIEME CHAMBRE) composée de

BELLEFLAMME Viviane, Juge effectif – Président de la chambre.

HICK Paul-Philippe, Juge social employeur.

WOZNIAK Marian, Juge social travailleur ouvrier.

qui ont participé au délibéré.

BELLEFLAMME Viviane

HICK Paul-Philippe

WOZNIAK Marian

et prononcé en langue française par BELLEFLAMME Viviane, Juge effectif – Président de la chambre, à l'audience publique de la 2ème chambre du TRIBUNAL DU TRAVAIL DE LIEGE – DIVISION DE VERVIERS, le 14 mars 2019, assisté de MATHY Florian, Greffier.

BELLEFLAMME Viviane

MATHY Florian