Études

L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ ET INDEMNITÉS ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Introduction

Un des principes fondamentaux du droit civil est l'interdiction de cumuler les réparations pour un même dommage. Ce principe reçoit une application en assurance soins de santé et indemnités. En vertu de l'article 136, § 2, alinéa 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les prestations de l'assurance soins de santé et indemnités sont refusées lorsque le dommage est réparé par une autre législation. Les termes « autre législation » visent notamment la législation sur les accidents du travail, la loi sur les maladies professionnelles et le droit commun de la responsabilité civile.

L'objet de la présente étude porte sur l'application de l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 aux accidents du travail.

Le premier chapitre sera consacré à l'étude des réglementations applicables en assurance soins de santé et indemnités et en accidents du travail. Nous envisagerons ensuite les conditions d'application de la règle de non cumul. L'obligation pour l'organisme assureur de réparer provisionnellement le dommage et l'action subrogatoire qui en découle seront exposées dans le troisième chapitre. Nous analyserons ensuite les moyens de détection des dommages résultant d'un accident du travail à disposition des organismes assureurs. Nous terminerons par l'application de la règle de la différence aux accidents du travail.

CHAPITRE 1ER : ÉNONCÉ DES DISPOSITIONS LÉGALES

Section 1ère : Réglementation en assurance soins de santé et indemnités

L'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 contient plusieurs principes.

Cette disposition énonce, en son premier alinéa, l'interdiction de cumuler la réparation du même dommage par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et par une autre législation dont notamment la législation sur les accidents du travail.

Elle prévoit ensuite la règle du droit à la différence entre la réparation par l'autre législation et la réparation par l'assurance soins de santé et indemnités. Ainsi, lorsque la réparation accordée par la législation sur les accidents du travail est inférieure aux prestations de l'assurance soins de santé et indemnités, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de l'assurance soins de santé et indemnités.

Le principe du refus des prestations est toutefois tempéré par l'obligation de l'organisme assureur de réparer le dommage dans l'attente qu'il soit indemnisé par l'autre législation. Lorsque l'organisme assureur est intervenu provisionnellement et que le dommage est effectivement pris en charge par l'autre législation, les prestations accordées doivent être récupérées. En vue d'assurer cette récupération, l'article 136, § 2, alinéa 4, organise le recours subrogatoire de l'organisme assureur vis-à-vis du débiteur de la réparation.

Section 2 : Lois régissant la réparation des accidents du travail

Diverses législations réglementent la réparation des accidents du travail.

La loi applicable aux travailleurs du secteur privé est la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail[1].

Les accidents du travail du personnel du secteur public sont, quant à eux, réglés par la loi du 3 juillet 1967 sur la prévention ou la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public[2].

Il existe également des législations particulières qui concernent des catégories spécifiques de travailleurs telles, par exemple, les militaires et le personnel statutaire de la SNCB.

Certaines personnes ne sont pas concernées par une législation organisant la réparation des accidents du travail. Il s'agit, par exemple, des titulaires de professions libérales, des indépendants, des administrateurs de société et des chômeurs.

CHAPITRE 2 : LA RÈGLE DE NON CUMUL

Lorsque le dommage dont l'assuré social réclame réparation est un accident du travail, l'organisme assureur doit refuser l'octroi des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités. Cette règle de non cumul exige deux conditions : le dommage doit légalement être reconnu comme un accident du travail et les prestations de l'assurance soins de santé et indemnités et celles accordées par l'assurance accident du travail doivent couvrir le même dommage ou la même partie de dommage.

Section 1ère : Définition d'un accident du travail

La notion d'accident du travail englobe l'accident qui se produit sur les lieux même du travail et l'accident sur le chemin du travail.

A. L'accident du travail

La jurisprudence définit l'accident du travail comme un événement soudain, qui produit ou constitue l'une des causes d'une lésion corporelle ou mentale entraînant la mort, ou une incapacité de travail ou, à tout le moins, des frais médicaux, survenu dans le cours et par le fait de l'exécution du contrat de travail[3].

---

1 Pour des explications quant au champ d'application de cette loi, voy. L. VAN GOSSUM, *Les accidents du travail*, Bruxelles, Larcier, 2007, p. 43 et s.

2 Voy. not. : J. JACQMAIN, « Risques professionnels dans le secteur public : révision de la loi du 3 juillet 1967 et de ses arrêtés d'exécution », *Chron. D.S.*, 2007, p. 515.

3 C. trav. Mons, 27 mai 1998, www.juridat.be; C. trav. Mons, 16 juin 1999, www.juridat.be. Voy. ég. L. VAN GOSSUM, *Les accidents du travail*, Bruxelles, Larcier, 2007, p. 58 et s.

Le premier élément de cette définition est l'existence d'un événement soudain. Soudain ne signifie pas instantané. L'événement peut se prolonger pendant un certain temps. Néanmoins, il doit être identifiable dans le temps et dans l'espace[4]. Un élément particulier doit pouvoir être décelé[5]. Il n'est pas exigé que l'événement soit anormal. Selon la jurisprudence, l'exercice habituel et normal de la tâche journalière peut constituer en un événement soudain à la condition que, dans cet exercice, puisse être décelé un élément qui a pu produire la lésion[6]. Peuvent être considérés comme des événements soudains ; une chute[7], une dispute, un effort physique ou encore des circonstances professionnelles stressantes[8].

L'événement soudain doit avoir provoqué une lésion. La lésion consiste en une atteinte physique ou mentale qui entraîne la mort, une incapacité de travail ou, à tout le moins, des soins médicaux.[9]

La victime doit apporter la preuve de l'existence de l'événement soudain et de la lésion. Si tel est le cas, la lésion est présumée, jusqu'à preuve du contraire, trouver son origine dans un accident[10]. Il s'agit d'une présomption réfragable. L'assureur-loi pourra la renverser en démontrant que la lésion ne trouve pas son origine dans l'événement soudain.

L'accident doit être survenu dans le cours et par le fait de l'exécution du contrat de travail[11]. La Cour de cassation[12] définit le cours de l'exécution du contrat de travail par référence à l'autorité de l'employeur. L'accident survient dans le cours de l'exécution du contrat, lorsqu'au moment de l'accident, le travailleur se trouve sous la subordination de son employeur.

La charge de la preuve incombe à la victime. Si elle démontre que l'accident est survenu dans le cours de l'exécution du contrat, l'accident est présumé, jusqu'à preuve du contraire, être survenu par le fait de cette exécution[13]. Cette présomption étant réfragable, l'assureur-loi peut la renverser en démontrant que l'accident n'est pas lié au fait de l'exécution du contrat de travail. Néanmoins, au vu de la jurisprudence, il ressort que rares sont les hypothèses de renversement de cette présomption[14].

B. L'accident sur le chemin du travail

L'accident sur le chemin du travail exige un événement soudain, une lésion et le fait que l'accident se soit produit sur le chemin du travail.

---

4 J.-F. FUNCK, *Droit de la sécurité sociale*, Bruxelles, Larcier, 2006, p. 309 ; C. trav. Mons, 25 novembre 2003, *J.T.T.*, 2004, p. 475.

5 Cass., 20 janvier 1997, *J.T.T.*, 1997, p. 292.

6 Cass., 26 février 1990, *Pas.*, 1990, p. 754 ; Cass., 3 avril 2000, *Pas.*, 2000, p. 219.

7 C. trav. Mons, 18 janvier 2005, *Chron. D.S.*, 2007, p. 337 ; C. trav. Bruxelles, 24 avril 2006, *Chron. D.S.*, 2007, p. 341.

8 C. trav. Liège, 6 juin 2005, *Chron. D.S.*, 2007, p. 339.

9 J.-F. FUNCK, *Droit de la sécurité sociale*, Bruxelles, Larcier, 2006, p. 310.

10 Art. 9 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

11 Art. 7, al. 1er, de la loi sur les accidents du travail et art. 2 de la loi du 3 juillet 1967 sur la prévention ou la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public.

12 Cass., 22 février 1993, *Pas.*, 1993, p. 200 ; *J.T.*, 1993, p. 516.

13 Art. 7, al. 2, de la loi sur les accidents du travail et art. 2, al. 2, de la loi du 3 juillet 1967.

14 Voy. not. : C. trav. Gand, 8 juin 2006, *Chron. D.S.*, 2007, p. 344.

Le chemin du travail est défini comme le trajet normal[15] que le travailleur doit parcourir pour se rendre du seuil de sa résidence[16], principale ou secondaire, au lieu de l'exécution du travail et inversement[17].

Le trajet reste normal lorsque le travailleur effectue les détours nécessaires et raisonnablement justifiables pour prendre en charge ou reconduire des collègues ou pour conduire ou reprendre les enfants à la garderie ou à l'école[18].

Certains endroits sont assimilés au lieu du travail. Il s'agit notamment des lieux où le travailleur accomplit, même en dehors des heures de travail, avec l'autorisation expresse ou tacite de son employeur, une mission en qualité de délégué syndical ou de représentant des travailleurs, des lieux où le travailleur assiste à une réunion du conseil d'entreprise ou du comité de sécurité, ou encore de l'endroit où il assiste, avec l'autorisation expresse ou tacite de l'employeur, à des cours de formation qui ont lieu pendant les heures normales de travail[19].

Le législateur a par ailleurs assimilé divers trajets au chemin du travail. Citons, entre autres, le trajet parcouru du lieu du travail vers le lieu où le travailleur prend ou se procure son repas et inversement et le trajet du lieu du travail vers le lieu où le travailleur suit des cours en vue de sa formation professionnelle et de cet endroit à sa résidence[20].

Section 2 : Réparation de tout ou partie du même dommage par l'assurance soins de santé et indemnités et par l'assurance accident du travail

Il convient de s'interroger sur les dommages réparables par l'assurance accident du travail et par l'assurance soins de santé et indemnités et de vérifier s'il s'agit de tout ou partie du même dommage auquel cas la règle de non cumul doit s'appliquer.

La réparation des accidents du travail est partielle et forfaitaire. Partielle en ce sens que seuls certains dommages sont réparables. Il s'agit des soins médicaux au sens large, de l'incapacité économique résultant de l'accident du travail et, le cas échéant, du décès. Les dommages aux biens du travailleur, à l'exclusion des prothèses, le dommage moral, le préjudice esthétique sauf le cas où il influencerait l'incapacité économique, ne sont pas indemnisés. La réparation des accidents du travail est forfaitaire en ce sens que l'indemnisation n'est pas, contrairement aux accidents de droit commun, déterminée sur la base du dommage réellement subi par la victime. Elle repose sur deux paramètres : l'incapacité de travail et la rémunération de base de la victime laquelle est plafonnée.

L'assurance soins de santé et indemnités couvre la même sphère de réparation. Ainsi, elle octroie des prestations en soins de santé, des indemnités d'incapacité de travail et des allocations pour frais funéraires.

---

15 Voy. not. : Cass., 27 janvier 2003, www.juridat.be.
16 Art. 8, § 1er, al. 4, de la loi sur les accidents du travail.
17 Art. 8, § 1er, al. 2, de la loi sur les accidents du travail et art. 2, al. 3, 1°, de la loi du 3 juillet 1967.
18 Art. 8, § 1er, al. 2, 1° et 2°, de la loi sur les accidents du travail.
19 Art. 8, § 1er, al. 3, de la loi sur les accidents du travail.
20 Art. 8, § 2, 1° et 2°, de la loi sur les accidents du travail.

A. L'incapacité de travail

L'incapacité de travail résultant d'un accident du travail est définie, par la jurisprudence et la doctrine, comme la perte ou la diminution du potentiel économique de la victime sur le marché de l'emploi[21].

En assurance soins de santé et indemnités, l'incapacité de travail est définie à l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 comme la cessation de toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de la capacité de gain de 66 % au moins par référence au groupe de professions auquel appartient l'assuré social avant la survenance de son incapacité de travail. Ainsi, pour être considéré en incapacité de travail au sens de l'assurance soins de santé et indemnités, l'intéressé doit atteindre une réduction de sa capacité de gain de 66 % au moins. Tel n'est pas le cas en accidents du travail.

Dans un arrêt rendu le 5 octobre 1992[22], la Cour de cassation a considéré que les indemnités de travail allouées par la loi sur les accidents du travail et celles accordées en vertu de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 couvrent le même dommage. La règle de non cumul trouve dès lors application.

Dans un arrêt du 25 novembre 2002[23], la Cour de cassation a décidé que les prestations de l'assurance maternité et les indemnités d'incapacité de travail prévues par la loi sur les accidents du travail couvrent les unes et les autres le dommage qui consiste en la perte ou la réduction de la capacité de gagner sa vie par le travail. S'agissant du même dommage, un cumul des indemnités octroyées en raison d'un accident du travail et des prestations de l'assurance maternité n'est pas autorisé[24].

B. Les soins médicaux au sens large

La victime d'un accident du travail a droit aux soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers et, à certaines conditions, aux appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'accident[25]. Sont également pris en charge les frais de déplacement résultant de l'accident[26].

Le remboursement de certains soins dépend de l'accord préalable de l'assureur-loi[27] ou du Fonds des accidents du travail[28]. Il s'agit du remboursement des frais de kinésithérapie, des interventions chirurgicales sous anesthésie loco-régionale ou générale et des hospitalisations à partir de la notification de la déclaration de guérison sans incapacité permanente ou de la date à laquelle l'incapacité présente le caractère de la permanence[29].

---

21 Cass., 3 avril 1989, *J.T.T.*, 1989, p. 362 ; Cass., 28 mai 1990, *Chron. D.S.*, 1991, p. 12.
22 Cass., 5 octobre 1992, *Pas.*, 1992, p. 1115.
23 Cass., 25 novembre 2002, *J.T.T.*, 2003, p. 163.
24 Voy. ég. : C. trav. Bruxelles, 13 mars 2006, *Bull. Ass.*, 2006, p. 326 ; *Chron. D.S.*, 2007, p. 357.
25 Art. 28 de la loi sur les accidents du travail et art. 3 de la loi du 3 juillet 1967.
26 Art. 33 de la loi sur les accidents du travail et art. 5 de l'arrêté royal du 17 octobre 2000 fixant les conditions et le tarif des soins médicaux applicable en matière d'accidents du travail, *M.B.*, 22 novembre 2000.
27 Pour les accidents du travail survenus après le 1er janvier 1988.
28 Pour les accidents du travail survenus avant le 1er janvier 1988.
29 Art. 4 de l'arrêté royal du 17 octobre 2000.

Lorsque la victime a le libre choix du médecin[30], les frais médicaux sont remboursés sur la base des tarifs de l'assurance soins de santé et indemnités en ce compris le ticket modérateur. Si les honoraires excèdent ce tarif, la différence est à la charge de la victime. Quant aux frais médicaux non repris dans la nomenclature des prestations de santé, ils sont remboursés, moyennant l'accord préalable de l'assureur-loi, à concurrence de leur coût réel dans la mesure où ce coût est raisonnable par rapport au tarif pratiqué pour des prestations analogues reprises dans la nomenclature[31].

Lorsque la victime a le libre choix du pharmacien, les médicaments nécessaires à son traitement sont entièrement pris en charge. Le remboursement s'effectue sur présentation d'une prescription médicale[32].

Si une hospitalisation s'impose et que la victime a la liberté de choix de l'hôpital, les frais d'hospitalisation sont supportés à concurrence du prix normal de la journée d'hospitalisation tel qu'il est fixé en vertu de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987[33].

Si l'employeur ou l'assureur-loi a institué ou est affilié à un service médical agréé, la victime n'a pas le libre choix du prestataire de soins[34]. Elle doit recourir au service médical agréé. Dans ce cas, les frais médicaux sont intégralement pris en charge par l'assureur-loi. Si la victime ne s'adresse pas au service médical obligatoire, le remboursement est limité au tarif de l'assurance soins de santé et indemnités[35].

La victime a également droit aux appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'accident et au remboursement des frais d'entretien et de renouvellement de l'appareillage. La notion de prothèse a été définie largement par la Cour de cassation dans son arrêt du 23 janvier 1995[36]. Il y a lieu d'entendre par appareils de prothèse et d'orthopédie, les moyens d'assistance artificiels dont une personne valide n'a pas besoin et qui, suite à un accident du travail, sont nécessaires pour soutenir ou remplacer des parties du corps déficientes ou affaiblies ou pour en favoriser l'usage ou les fonctions.

CHAPITRE 3 : L'ACTION SUBROGATOIRE DE L'ORGANISME ASSUREUR

Section 1ère : Fondement

L'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 organise l'action subrogatoire de l'organisme assureur. Cette action subrogatoire permet d'une part, de garantir à l'assuré social le droit aux prestations de l'assurance soins de santé et indemnités en attendant que le dommage soit effectivement réparé par l'assureur-loi et, d'autre part, de ne pas faire supporter ce dommage par la collectivité[37].

---

30 Tel n'est pas le cas lorsque l'employeur ou l'assureur-loi est affilié à un service médical agréé.
31 Art. 1er, al. 3, de l'arrêté royal du 17 octobre 2000.
32 Art. 2 de l'arrêté royal du 17 octobre 2000.
33 Art. 3 de l'arrêté royal du 17 octobre 2000.
34 Art. 29 de la loi sur les accidents du travail.
35 Art. 4 *bis* de l'arrêté royal du 17 octobre 2000.
36 Cass., 23 janvier 1995, *Pas*., 1995, p. 61.
37 Cass., 3 avril 2006, *J.T.T.*, 2006, p. 289.

En amont de la subrogation se trouve l'obligation pour l'organisme assureur d'assurer une réparation provisionnelle du dommage[38]. Lorsqu'un titulaire sollicite l'intervention de son organisme assureur, ce dernier doit lui accorder les prestations de l'assurance soins de santé et indemnités dans l'attente que l'accident du travail soit indemnisé par l'assureur-loi. Cette intervention de l'organisme assureur est cependant subordonnée à une obligation d'information à charge de l'assuré social prévue à l'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996[39].

Lorsque l'organisme assureur est intervenu provisionnellement et que, par la suite, l'assureur-loi décide de prendre en charge l'accident, l'organisme assureur est légalement subrogé dans les droits de la victime à l'égard de l'assureur-loi.

Section 2 : Définition de l'action subrogatoire

Par l'action subrogatoire, l'organisme assureur prend la place de l'assuré social vis-à-vis de l'assureur-loi. L'action de l'organisme assureur est fondée sur les droits de l'assuré social[40]. Par la subrogation, l'assuré social a transféré ses droits à l'organisme assureur. Ce dernier peut exercer tous les droits que l'assuré social aurait pu exercer. Quant à l'assureur-loi, il peut invoquer à l'égard de l'organisme assureur tous les moyens, arguments et exceptions qu'il aurait pu opposer au bénéficiaire tels, par exemple, la prescription de l'action[41].

La subrogation est légale. Elle opère de plein droit et n'est soumise à aucune condition de forme.

Le droit de subrogation ne naît qu'à partir du moment où l'organisme assureur a payé les prestations de l'assurance soins de santé et indemnités à son assuré social[42]. C'est ce paiement qui déclenche le mécanisme de la subrogation.

Lorsque l'assureur-loi indemnise en premier la victime par rapport à l'organisme assureur et, qu'ultérieurement, il se trouve confronté à une action subrogatoire de l'organisme assureur, le paiement de l'assureur-loi est inopposable à l'organisme assureur si l'assureur-loi ne l'a pas, conformément à son obligation légale, averti de son intention d'indemniser le bénéficiaire[43]. Dans cette hypothèse, l'assureur-loi doit assumer un double paiement. Il doit, en effet, rembourser à l'organisme assureur ses débours alors qu'il a déjà payé la victime. Quant à la victime, elle obtient deux réparations pour le même dommage. Par contre, si l'assureur-loi a averti l'organisme assureur de son intention d'indemniser le bénéficiaire et que la mutualité est malgré tout intervenue, il y aura un indu récupérable dans le chef de l'assuré social[44].

---

38 Art. 136, § 2, al. 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

39 Voy. chapitre 4, section 3.

40 J.-F. FUNCK, *Droit de la sécurité sociale*, Bruxelles, Larcier, 2006, p. 294.

41 A cet égard, voy. : O. DE LEYE, « Les actions subrogatoires de l'organisme assureur contre l'assureur-loi », *J.T.T.*, 1994, p. 186.

42 Ph. GOSSERIES, « Difficultés d'interprétation et d'application de la règle de l'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. (Art. 136, § 2 de la loi coordonnée du 14.7.1994) », *J.T.T.*, 2000, p. 273.

43 Art. 136, § 2, al. 6 et 7, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

44 C. trav. Mons, 10 novembre 2005, www.juridat.be.

Dans un arrêt du 3 décembre 2001[45], la Cour de cassation a décidé qu'aussi longtemps que le bénéficiaire de l'assurance soins de santé et indemnités n'a pas obtenu la réparation effective de son dommage par une autre législation, l'organisme assureur ne peut se voir reprocher par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de ne pas avoir exercé l'action subrogatoire dont il bénéficie en vertu de l'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. En d'autres termes, le Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité n'a pas le pouvoir d'imposer aux organismes assureurs l'exercice de l'action subrogatoire ou de leur reprocher le non-exercice de cette action tant que la réparation du dommage par l'autre législation n'est pas effective.

Section 3 : Étendue et limites du droit de subrogation

En vertu de l'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, la subrogation vaut à concurrence du montant des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues par l'assureur-loi et qui couvrent tout ou partie du même dommage.

A. « à concurrence du montant des prestations octroyées »

Par l'action subrogatoire, l'organisme assureur peut réclamer à l'assureur-loi le montant des prestations qu'il a octroyées à l'assuré social.

Il ne peut réclamer plus que ce qu'il a payé. Ce principe doit toutefois être nuancé. Comme, par la subrogation, l'organisme assureur exerce les droits et actions de l'assuré social, si les sommes dues à la victime produisent un intérêt, l'organisme assureur a droit à celui-ci[46]. Ce principe a été confirmé par la Cour de cassation[47].

B. « pour la totalité des sommes qui sont dues par l'assureur-loi »

L'organisme assureur ne peut réclamer plus que ce que l'assureur-loi doit à la victime[48]. Ainsi, l'organisme assureur peut exiger de l'assureur-loi le remboursement de ses débours sous réserve que le montant réclamé ne soit pas supérieur à celui dû par la loi sur les accidents du travail[49].

C. « pour les sommes qui réparent partiellement ou totalement le même dommage »

L'indemnisation par l'assureur-loi doit couvrir le même dommage ou la même partie du dommage que celui pris en charge par l'assurance soins de santé et indemnités[50]. En outre, l'organisme assureur doit démontrer que les prestations pour lesquelles il réclame le remboursement sont en lien de causalité avec l'accident du travail.

---

45 Cass., 3 décembre 2001, *J.T.T.*, 2002, p. 153.

46 J.-F. FUNCK, *Droit de la sécurité sociale*, Bruxelles, Larcier, 2006, p. 295.

47 Cass., 4 mars 1985, *J.T.*, 1985, p. 385 ; *Pas.*, 1985, p. 810 ; *R.W.*, 1985-1986, p. 878 ; Cass., 12 novembre 1990, *Pas.*, 1991, p. 270.

48 Bruxelles, 27 mai 1999, www.juridat.be.

49 Ph. GOSSERIES, « Difficultés d'interprétation et d'application de la règle de l'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. (Art. 136, § 2 de la loi coordonnée du 14.7.1994) », *J.T.T.*, 2000, p. 273.

50 Cass., 11 octobre 1999, *Pas.*, 1999, p. 524.

En ce qui concerne l'assiette du recours subrogatoire, mentionnons deux arrêts récents de la Cour de cassation[51]. Dans son arrêt du 8 octobre 2007[52], la Cour de cassation considère que, dans l'hypothèse d'un partage de responsabilité entre l'assuré social et un tiers responsable, le montant du dommage que subit le bénéficiaire consistant dans la quote-part des frais médicaux que l'assurance soins de santé et indemnités met à sa charge fait partie de l'assiette du recours subrogatoire de l'organisme assureur. Dans son arrêt du 21 avril 2008[53], la Cour de cassation précise que « *l'organisme assureur, qui a fourni à la victime d'un dommage résultant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès l'une des prestations prévues par l'assurance obligatoire, est subrogé à la victime, jusqu'à concurrence du montant de cette prestation, sur la totalité des sommes dues, compte tenu du partage éventuel de responsabilité, par le tiers responsable ou par son assureur en réparation de ce dommage, sans qu'il soit requis que les sommes auxquelles s'étend la subrogation réparent le même élément du dommage que celui auquel correspond la prestation octroyée, pourvu que l'élément du dommage que ces sommes réparent soit de nature à justifier l'octroi d'une prestation de l'assurance obligatoire* ». Ainsi, l'assiette de l'action subrogatoire s'étend à la totalité des sommes dues à la victime pour autant que ces sommes réparent un élément du dommage pris en charge par l'assurance soins de santé et indemnités. Sont dès lors exclues de la subrogation les sommes réparant le dommage moral ou le dommage matériel[54].

Section 4 : Prescription

L'action subrogatoire de l'organisme assureur n'est pas une action distincte de celle de la victime. Le délai de prescription de l'action subrogatoire est dès lors celui du recours de la victime contre l'assureur-loi[55].

L'action en paiement des indemnités dues à la suite d'un accident du travail se prescrit par trois ans[56].

La Cour de cassation a précisé que le point de départ du délai de prescription est le jour où débute l'incapacité de travail sans distinguer l'incapacité temporaire de l'incapacité permanente[57]. Généralement, ce jour coïncide avec le jour de l'accident. En ce qui concerne le paiement des frais médicaux, le délai de prescription commence à courir à partir du moment où les frais sont exposés.

---

51 Pour une analyse détaillée de ces deux arrêts, voy. : S. HOSTAUX, « La subrogation en assurance maladie-invalidité : de nouveaux développements tirés de la jurisprudence de la Cour de cassation » (les arrêts des 8.10.2007 et 21.4.2008), *J.T.T.*, 2008, p. 313.

52 Cass., 8 octobre 2007 , *J.T.T.*, 2008, p. 40.

53 Cass., 21 avril 2008, *J.T.T.*, 2008, p. 282.

54 S. HOSTAUX, « La subrogation en assurance maladie-invalidité : de nouveaux développements tirés de la jurisprudence de la Cour de cassation » (les arrêts des 8.10.2007 et 21.4.2008), *J.T.T.*, 2008, p. 320.

55 Ph. GOSSERIES, « Difficultés d'interprétation et d'application de la règle de l'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. (Art. 136, § 2 de la loi coordonnée du 14.7.1994) », *J.T.T.*, 2000, p. 274 ; C. trav. Bruxelles, 13 janvier 2003, *Chron. D.S.*, 2004, p. 238.

56 Art. 69 de la loi sur les accidents du travail.

57 Cass., 18 juin 2001, *Pas*., 2001, p. 1169.

Outre les modes ordinaires de suspension et d'interruption[58], la prescription est aussi interrompue par une lettre recommandée à la poste et par une action en paiement du chef de l'accident du travail, fondée sur une autre cause[59].

CHAPITRE 4 : DÉTECTION PAR L'ORGANISME ASSUREUR DES DOMMAGES RÉSULTANT D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL

L'application de la règle de non cumul et, le cas échéant, l'exercice de l'action subrogatoire exigent de l'organisme assureur la connaissance du fait que le dommage résulte d'un accident du travail. Pour ce faire, les employeurs, les assureurs accident du travail et les assurés se voient imposer des obligations légales d'informations.

Section 1ère : Obligations de l'employeur

La première obligation de l'employeur est de souscrire une assurance contre les accidents du travail auprès d'une entreprise d'assurances agréée[60]. A défaut, le travailleur, victime d'un accident du travail, sera indemnisé par le Fonds des accidents du travail[61] qui, subrogé dans les droits de la victime, se retournera contre l'employeur pour récupérer ses dépenses. Les organismes publics n'ont, quant à eux, aucune obligation légale d'assurance. Ils sont leur propre assureur. Les établissements publics autres que les services publics fédéraux ont toutefois la possibilité de souscrire une police d'assurance.

La deuxième obligation de l'employeur est, en cas d'accident, de le déclarer à sa compagnie d'assurance[62] dans les huit jours à compter du jour qui suit celui de l'accident[63]. La déclaration de l'accident peut également être faite par la victime.

Quant aux accidents du travail du secteur public, ils sont déclarés par la victime ou par son supérieur hiérarchique dans les plus brefs délais auprès du service désigné à cet effet[64].

Section 2 : Obligations de l'assureur-loi

Les obligations de l'assureur-loi varient selon qu'il prend en charge l'accident, qu'il refuse de considérer l'accident comme un accident du travail ou qu'il émet un doute quant à l'application de la loi à l'accident.

A. Reconnaissance par l'assureur-loi de l'accident du travail

Lorsque l'assureur-loi estime que l'accident est un accident du travail, il doit, en vertu de l'article 136, § 2, alinéa 6, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, avertir l'organisme assureur auquel la victime est affiliée de son intention de prendre en charge l'indemnisation.

---

58 En vertu de l'article 2244 du Code civil, une citation en justice, un commandement ou une saisie signifiés au débiteur constituent des actes interruptifs de la prescription.

59 Comme, par exemple, une action en droit commun contre le tiers responsable de l'accident.

60 Art. 49 de la loi sur les accidents du travail.

61 Art. 58, § 1er, 3°, de la loi sur les accidents du travail.

62 Art. 62 de la loi sur les accidents du travail.

63 Art. 2 de l'arrêté royal du 12 mars 2003 établissant le mode et le délai de déclaration d'accident du travail, *M.B.*, 2 avril 2003.

64 Art. 2*bis* de la loi du 3 juillet 1967.

Si l'assureur-loi n'a pas informé l'organisme assureur, les paiements qu'il a effectués à la victime sont inopposables à l'organisme assureur[65]. Confronté à l'action subrogatoire de l'organisme assureur, l'assureur-loi se voit dans l'obligation de payer à l'organisme assureur ce qu'il a déjà payé à la victime. De plus, ni l'assureur-loi ni l'organisme assureur ne peuvent récupérer auprès de l'assuré social ce qu'ils lui ont payé alors que ce dernier a perçu deux réparations pour le même dommage[66].

Quant à l'article 136, § 2, alinéa 5, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, il dispose que la convention intervenue entre l'assureur-loi et le bénéficiaire n'est pas opposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier.

B. Doute quant à l'application de la loi sur les accidents du travail à l'accident ou refus de considérer l'accident comme un accident du travail

Lorsque l'assureur-loi refuse de prendre le cas en charge ou qu'il émet un doute quant à l'application de la loi à l'accident, il est tenu, en vertu de l'article 63 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, de prévenir, dans les trente jours qui suivent la réception de la déclaration de l'accident, l'organisme assureur auquel la victime est affiliée[67]. Cette obligation d'information s'applique également aux autorités publiques mais uniquement lorsque l'accident concerne un membre du personnel qui n'a pas la qualité d'agent définitif[68].

Le délai de trente jours prend cours à dater du lendemain du jour où l'assureur-loi reçoit la déclaration de l'accident. L'assureur-loi est tenu d'avertir l'organisme assureur dans le délai prescrit même si la victime a déjà informé de sa propre initiative son organisme assureur[69] et même si l'identité de l'organisme assureur ne lui a pas été communiquée dans la déclaration d'accident[70].

Cette notification de l'assureur-loi à l'organisme assureur, accompagnée d'une copie de la déclaration d'accident, est considérée comme une déclaration d'incapacité introduite en temps utile auprès de l'organisme assureur[71].

---

65 Art. 136, § 2, al. 7, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

66 P. DE CRAENE, «Subrogation de la mutualité – Questions d'actualité », *B.I.-INAMI*, 1996/4, p. 467 ; Ph. GOSSERIES, « Difficultés d'interprétation et d'application de la règle de l'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. (Art. 136, § 2 de la loi coordonnée du 14.7.1994) », *J.T.T.*, 2000, p. 260.

67 Art. 63, § 2, al.1er, de la loi sur les accidents du travail.

68 Art. 2*bis* de la loi du 3 juillet 1967.

69 Cass., 6 mars 1989, *J.T.T.*, 1989, p. 363 ; Cass., 13 mars 1995, *J.T.T.*, 1995, p. 471.

70 Cass., 14 janvier 1991, *Pas*., 1991, p. 433 ; Cass., 7 février 1983, *J.T.T.*, 1983, p. 382.

71 Art. 63, § 2, al. 2, de la loi sur les accidents du travail et art. 3 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997. Pour le secteur public, voy. art. 2*bis*, al. 2, de la loi du 3 juillet 1967.

Si l'assureur-loi n'avertit pas dans le délai l'organisme assureur de la victime, il est redevable des indemnités d'incapacité de travail prévues par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités depuis le début de l'incapacité jusqu'au jour de la déclaration inclus. Aussi, même si l'existence d'un accident du travail n'est pas reconnue, l'assureur-loi doit supporter les indemnités d'incapacité de travail dues en vertu de la législation sur l'assurance soins de santé et indemnités[72].

En cas de modification du pourcentage d'incapacité attribué à la victime, l'assureur-loi a également l'obligation d'informer l'organisme assureur de la victime dans un délai de sept jours qui suivent le jour où intervient la modification du taux de l'incapacité[73]. En cas de non respect de cette obligation, l'assureur-loi doit assumer les indemnités d'incapacité de travail prévues par l'assurance soins de santé et indemnités depuis la modification du taux jusqu'au jour de la déclaration inclus[74]. Cette obligation d'information ne s'applique cependant pas lorsque l'organisme assureur alloue des indemnités à une victime d'un accident du travail mais pour une maladie sans lien avec cet accident[75].

C. Mise en place d'un échange d'informations électroniques entre le secteur des accidents du travail et le secteur de l'assurance soins de santé et indemnités

Le secteur des accidents du travail et le secteur de l'assurance soins de santé et indemnités ont décidé de mettre en place un échange électronique bilatéral de données sociales à caractère personnel dont l'objectif est de permettre une application systématique et automatique des obligations d'informations à charge des assureurs-loi[76]. Cet échange électronique concerne uniquement les accidents du travail du secteur privé et le secteur des indemnités. Par ce flux, les organismes assureurs devraient être informés de tout accident du travail du secteur privé.

Section 3 : Obligations de l'assuré social

L'assuré social, victime d'un accident du travail, qui demande à bénéficier des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités doit, en vertu de l'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996[77], communiquer à son organisme assureur un certain nombre d'éléments. Ces informations subordonnent l'octroi des prestations. L'objectif est de permettre à l'organisme assureur d'exercer, le cas échéant, son action subrogatoire.

---

72 L. VAN GOSSUM, *Les accidents du travail*, Bruxelles, Larcier, 2007, p. 174 ; Ph. GOSSERIES, « Difficultés d'interprétation et d'application de la règle de l'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. (Art. 136, § 2 de la loi coordonnée du 14.7.1994) », *J.T.T.*, 2000, p. 261.

73 Art. 63, § 2, al. 4, de la loi sur les accidents du travail.

74 Trib. Trav. Namur, 6 février 1980, *Bull. Ass.*, 1980, p. 381 ; Cass., 4 janvier 1982, *J.T.T.*, 1982, p. 155.

75 C. trav. Gand, 21 septembre 2006, *Chron. D.S.*, 2007, p. 360.

76 A ce sujet, voy. not. : Délibération n°04/009 du 6 avril 2004 relative à un échange de données sociales à caractère personnel entre le Fonds des accidents du travail et les organismes assureurs en vue de l'exécution de leurs missions légales, www.ksz.fgov.be ; Circulaires n° 2004/6 du 10 mai 2004 et n° 2006/2 du 5 janvier 2006 concernant l'échange d'informations électroniques entre le secteur des accidents du travail et le secteur de l'assurance soins de santé et indemnités, www.fat.fgov.be.

77 Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'assuré social doit informer son organisme assureur du fait que le dommage est un accident du travail susceptible d'être couvert par une autre législation[78]. Il doit lui transmettre tous les éléments ou circonstances de nature à établir si le dommage doit être réparé en vertu d'une autre législation, y compris les informations ou actes judiciaires dont lui-même serait l'objet à propos du dommage[79]. Il doit l'avertir de toute action ou autre procédure engagée en vue d'obtenir la réparation du dommage. L'assuré social doit aussi communiquer à son organisme assureur toute information qu'il pourrait recevoir ultérieurement telle, par exemple, une proposition de transaction.

En cas de non respect de cette obligation d'information, les prestations accordées sont indues et doivent être récupérées[80].

CHAPITRE 5 : LA RÈGLE DE LA DIFFÉRENCE

Section 1ère : Position du problème

L'article 136, § 2, alinéa 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 énonce, en sa deuxième phrase, la règle du droit à la différence à charge de l'assurance soins de santé et indemnités lorsque les sommes accordées par la législation sur les accidents du travail sont inférieures aux prestations de l'assurance soins de santé et indemnités. Cette disposition précise que 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.

Dans le cadre des accidents du travail, la règle de la différence trouvera à s'appliquer lorsque l'assuré social, en incapacité de travail au sens de l'assurance soins de santé et indemnités, bénéficie d'une rente due à la suite d'un accident du travail et que son incapacité est considérée par le médecin-conseil de l'organisme assureur en lien de causalité avec l'accident du travail antérieur. Cette exigence de lien de causalité n'est toutefois pas requise lorsqu'il s'agit d'un travailleur indépendant qui bénéficie d'une rente pour un accident du travail survenu alors qu'il exerçait une activité en qualité de travailleur salarié. En cette hypothèse, les prestations de l'assurance soins de santé et indemnités sont diminuées du montant de la rente même en l'absence d'un lien de causalité entre l'incapacité de travail et l'accident du travail[81].

Ainsi, l'organisme assureur doit déduire de l'indemnité journalière due en assurance soins de santé et indemnités le montant de la rente perçue à la suite d'un accident du travail.

L'application de la règle de la différence exige que l'organisme assureur ait connaissance du fait que l'intéressé bénéficie d'une rente pour un accident du travail. Cette information est notamment détectable par la consultation des documents de cotisations et par la feuille de renseignements indemnités complétée en cas d'incapacité de travail.

La règle de la différence exige également la connaissance de quelques principes en matière de réparation des accidents du travail.

---

78 Art. 295, § 1, 1°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

79 Art. 295, § 1, 2°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

80 Cass., 23 septembre 1991, *J.T.T.*, 1992, p. 9.

81 Art. 29, § 1er, 2°, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance-indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

Section 2 : Définitions de concepts clés concernant la réparation des accidents du travail

Sous-section 1ère : La notion de rémunération de base

Les indemnités d'incapacité de travail dues à la suite d'un accident du travail sont calculées en fonction de la rémunération de base de la victime[82]. La rémunération de base est définie comme la rémunération à laquelle le travailleur a droit pour l'année qui a précédé l'accident, en raison de la fonction exercée dans l'entreprise au moment de l'accident[83].

Est considéré comme rémunération toute somme ou tout avantage, évaluable en argent, octroyé directement ou indirectement par l'employeur au travailleur en raison des relations de travail existant entre eux[84].

La rémunération de base est plafonnée[85]. Si la rémunération est supérieure à ce montant, les indemnités ne seront calculées qu'en fonction de ce maximum.

Sous-section 2 : Incapacité temporaire totale et partielle

Dans le cadre des accidents du travail, l'on distingue l'incapacité temporaire de travail et l'incapacité permanente.

L'incapacité temporaire de travail peut être totale ou partielle.

A. Incapacité temporaire totale

La victime est en incapacité temporaire totale lorsqu'elle n'est plus apte à exercer le travail qu'elle prestait avant son accident. Ses lésions continuent à évoluer. Son état de santé n'est pas consolidé. Dans ce cas, elle a droit, à partir du jour qui suit celui du début de l'incapacité de travail, à une indemnité journalière correspondant à 90 % de sa rémunération quotidienne moyenne[86]. La rémunération quotidienne moyenne est la rémunération de base de la victime divisée par 365[87].

Cette indemnisation doit être combinée avec l'octroi du salaire garanti[88]. Lorsque l'incapacité de travail résulte d'un accident du travail, le droit à la rémunération garantie est étendu. Tant les ouvriers que les employés ont droit à leur rémunération pendant une période de trente jours. Afin d'éviter un cumul entre le salaire garanti et les indemnités journalières d'incapacité temporaire de travail, l'assureur-loi est tenu de verser à l'employeur les indemnités dues au travailleur[89].

---

82 Pour de plus amples explications quant à cette notion, voy. L. VAN GOSSUM, *Les accidents du travail*, Bruxelles, Larcier, 2007, p. 103 et s.

83 Art. 34 de la loi sur les accidents du travail.

84 Art. 35 de la loi sur les accidents du travail.

85 Art. 39 de la loi sur les accidents du travail. Au 1er janvier 2008, le plafond est de 35 099,83 EUR.

86 Art. 22, al. 1er, de la loi sur les accidents du travail.

87 Art. 40 de la loi sur les accidents du travail.

88 Art. 54, 70, 72 et 74 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et art. 10 et 11 des conventions collectives de travail n° 12*bis* et 13*bis* du 26 février 1979 conclues au sein du Conseil national du travail et concernant l'octroi d'un salaire mensuel garanti aux ouvriers et à certains employés en cas d'incapacité de travail résultant d'une maladie, d'un accident de droit commun, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

89 Art. 54, § 2, 72, al. 3 et 74 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et art. 11 de la convention collective de travail n° 12*bis* du 26 février 1979 et de la convention collective de travail n° 13*bis* du 26 février 1979.

B. Incapacité temporaire partielle

Lorsque l'incapacité temporaire de travail est ou devient partielle, l'assureur-loi peut demander à l'employeur d'examiner la possibilité d'une remise au travail, soit dans la profession que la victime exerçait avant l'accident, soit dans une profession appropriée qui peut lui être confiée à titre provisoire[90].

L'indemnisation de la victime sera différente selon qu'elle accepte ou refuse de reprendre le travail.

Lorsque la victime accepte la remise au travail, elle a droit à une indemnité équivalent à la différence entre sa rémunération avant l'accident et celle qu'elle gagne depuis sa remise au travail[91].

Si la victime refuse de reprendre le travail ou y met fin pour un motif valable[92], elle conserve son droit aux indemnités d'incapacité temporaire totale[93].

Si sans raisons valables, la victime refuse ou interrompt la remise au travail, elle a droit à une indemnité correspondant à son degré d'incapacité de travail, calculé d'après ses possibilités de travail dans sa profession initiale ou dans celle qui lui est provisoirement offerte[94].

C. Paiement des indemnités d'incapacité temporaire totale et partielle

Les indemnités d'incapacité temporaire sont à charge de l'assureur-loi. Elles sont payées aux mêmes époques que les salaires[95] et sont dues pour chaque jour d'incapacité y compris les samedis et les dimanches. Elles sont soumises aux cotisations de sécurité sociale[96] et au précompte professionnel[97]. Elles sont indexées après une période de trois mois à compter du jour de l'accident[98].

Sous-section 3 : Incapacité permanente

Lorsque les lésions ne sont plus susceptibles d'une évolution prévisible, il y a consolidation. À ce moment, le médecin-conseil de l'assureur-loi peut fixer un taux d'incapacité permanente. L'incapacité permanente consiste en la perte ou la diminution du potentiel économique de la victime sur le marché de l'emploi[99]. La consolidation des lésions ne débouche pas nécessairement sur une incapacité permanente. La victime peut être guérie sans séquelle, c'est-à-dire en ayant retrouvé la capacité de travail qui était la sienne avant l'accident.

---

90 Art. 23 de la loi sur les accidents du travail.

91 Art. 23, al. 2, de la loi sur les accidents du travail.

92 Sur cette notion, voy. : M. JOURDAN et S. REMOUCHAMPS, *La réparation des séquelles de l'accident (sur le chemin) du travail*, Waterloo, Kluwer, p. 136 et s.

93 Art. 23, al. 3, de la loi sur les accidents du travail.

94 Art. 23, al. 4, de la loi sur les accidents du travail.

95 Art. 42 de la loi sur les accidents du travail.

96 Art. 43 de la loi sur les accidents du travail.

97 Art. 39 du code des impôts sur les revenus 1992.

98 Art. 23*bis* de la loi sur les accidents du travail.

99 Voy. not. : C. trav. Bruxelles, 26 juin 2006, *Chron. D.S.*, 2007, p. 360 ; C. trav. Liège, 15 décembre 2005, *Chron. D.S.*, 2007, p. 353.

Si l'assureur-loi estime que les lésions sont consolidées et que la victime a subi une perte de sa capacité économique, il soumet à la victime un projet d'accord. Soit la victime accepte la proposition de l'assureur-loi. Dans ce cas, l'accord doit être entériné par le Fonds des accidents du travail. Soit, elle refuse. Elle doit alors saisir le tribunal du travail. Si le litige porte sur la nature ou sur le taux d'incapacité de travail, l'assureur-loi est tenu, pendant la procédure, de payer les indemnités sur la base du taux qu'il propose[100].

Lorsque le taux d'incapacité permanente est fixé, l'indemnité journalière due en cas d'incapacité temporaire de travail est remplacée par une allocation annuelle. Ladite allocation est calculée en fonction de la rémunération de base de la victime et du degré d'incapacité permanente qui lui a été reconnu[101]. À l'expiration du délai de révision de trois ans, l'allocation annuelle est remplacée par une rente viagère[102] calculée de la même manière que l'allocation.

L'allocation annuelle et la rente sont diminuées de 50 % si le taux d'incapacité permanente partielle est de 1 à 4 % inclus et de 25 % si le taux d'incapacité est de 5 à 9 % inclus[103].

L'allocation et la rente sont uniquement indexées lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 16 %[104].

Sous-section 4 : L'action en révision

Même si les lésions de la victime sont consolidées, une aggravation ou une amélioration de son état physique et/ou psychique est toujours possible. Dans ce cas, la victime, ses ayants droits ou l'assureur-loi peuvent intenter l'action en révision dont l'objectif est d'obtenir une révision, à la hausse ou à la baisse, du taux d'incapacité permanente[105]. L'action en révision exige deux conditions. Il faut tout d'abord un élément nouveau, élément qui n'était pas connu ou raisonnablement prévisible au moment de la fixation du taux d'incapacité permanente et qui entraîne une modification de la perte de capacité économique de la victime en lien de causalité avec l'accident du travail. Ensuite, l'action doit être introduite dans un délai de trois ans, délai préfixe qui ne peut en aucun cas être prolongé, interrompu ou suspendu. Le point de départ du délai diffère selon le mode de règlement de l'accident. Lorsque l'accord a été entériné par le Fonds des accidents du travail, le délai commence à courir à partir de la date de l'entérinement. Si l'accident a été réglé par la voie judiciaire, le délai court à dater de la décision judiciaire coulée en force de chose jugée. En cas de guérison sans incapacité permanente, le délai débute à la date de l'accident si l'incapacité temporaire de travail n'a pas dépassé sept jours ou à dater de la notification de la déclaration de guérison faite à la victime si l'incapacité temporaire de travail a été de plus de sept jours.

---

100 Art. 63, § 4, de la loi sur les accidents du travail.
101 Art. 24, al. 2, de la loi sur les accidents du travail.
102 Art. 24, al. 8, de la loi sur les accidents du travail.
103 Art. 24, al. 3, de la loi sur les accidents du travail.
104 Art. 27, al. 3, de la loi sur les accidents du travail.
105 Art. 72 de la loi sur les accidents du travail.

Si l'action en révision aboutit, le juge fixera un nouveau taux d'incapacité permanente. Dans ce cas, rappelons que l'assureur-loi a l'obligation de prévenir l'organisme assureur de la victime dans les sept jours qui suivent le jour où intervient la modification[106].

Sous-section 5 : L'allocation pour l'aide d'une tierce personne

L'article 24, alinéa 4, de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail permet à la victime d'un accident du travail d'obtenir une allocation pour l'aide d'une tierce personne si son état est tel qu'il exige absolument l'assistance régulière d'une autre personne. L'allocation pour l'aide d'une tierce personne est annuelle et complémentaire à la rente. Elle est calculée forfaitairement. Elle est fixée en fonction du degré de nécessité de l'assistance sur la base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel que déterminé, au moment où l'incapacité présente le caractère de la permanence, par convention collective de travail conclue au sein du Conseil national du travail pour un travailleur occupé à temps plein âgé d'au moins vingt et un ans et demi et ayant au moins six mois d'ancienneté dans l'entreprise qui l'occupe.

L'allocation pour l'aide d'une tierce personne suit les indexations et les adaptations du revenu minimum mensuel moyen garanti[107].

Cette allocation n'est pas soumise aux cotisations de sécurité sociale[108] et au précompte professionnel.

Qu'en est-il de l'application de la règle de la différence lorsque la victime bénéficie de l'allocation pour l'aide d'une tierce personne ?

Au préalable, se pose la question de la détection d'une telle allocation par les organismes assureurs. Dans la mesure où cette allocation ne fait pas l'objet de retenues de cotisations de sécurité sociale, elle ne donne pas lieu à l'établissement de bons de cotisations. Une telle information pourrait ressortir de la feuille de renseignements indemnités remplie par le titulaire en incapacité de travail. Il est en effet invité à y mentionner le bénéfice d'une rente, d'une allocation ou d'une indemnité pour accident du travail.

Quant à l'incidence de l'octroi de l'allocation sur la règle de la différence, il convient de distinguer le cas où la victime bénéficie de cette allocation uniquement en accident du travail de la situation où elle en bénéficie dans les deux secteurs.

Si l'assuré social, en incapacité de travail au sens de l'assurance soins de santé et indemnités, perçoit une allocation pour l'aide d'une tierce personne dans le cadre de la législation sur les accidents du travail et n'en bénéficie pas dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités, il convient de ne pas prendre en compte l'allocation pour l'aide de tierce personne perçue en accident du travail dans le calcul de l'indemnité réduite due en assurance soins de santé et indemnités.

Si l'assuré social bénéficie d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne à la fois dans le secteur de l'assurance soins de santé et indemnités et dans le secteur des accidents du travail, l'indemnité due pour l'aide de tiers en assurance soins de santé et indemnités doit, pour autant que le médecin-conseil de l'organisme assureur décide que les deux allocations réparent le même dommage, être réduite en tenant compte du montant pour l'aide de tiers accordé par la législation sur les accidents du travail.

---

106 Art. 63, § 2, al. 4, de la loi sur les accidents du travail.
107 Art. 27*bis*, al. 5, de la loi sur les accidents du travail.
108 Art. 43, al. 3, de la loi sur les accidents du travail.

Sous-section 6 : Autres allocations

A. Allocation spéciale

La victime peut prétendre à une allocation spéciale à charge du Fonds des accidents du travail si elle fournit la preuve que l'accident ne donnait pas lieu, au moment du fait dommageable, à une réparation comme accident du travail alors que l'application de la loi au moment de la demande aurait donné lieu à l'octroi d'une rente[109]. L'allocation spéciale n'est pas accordée d'office. La victime doit en faire la demande au Fonds des accidents du travail. Les montants et les modalités d'octroi de l'allocation spéciale sont réglés par l'article 11 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 relatif aux allocations accordées dans le cadre de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

B. Allocation supplémentaire

La victime bénéficiaire d'une rente a droit à une allocation supplémentaire si la rente avant tout paiement en capital, éventuellement indexée, est inférieure à un certain montant déterminé en fonction du pourcentage d'incapacité permanente[110]. Cette allocation est accordée d'office à la victime.

C. Allocation de péréquation

L'allocation de péréquation est accordée par le Fonds des accidents du travail aux victimes d'un accident du travail survenu avant le 1er janvier 1988. Elle permet de compenser la non indexation de ces rentes[111].

D. Allocation de réévaluation

Afin d'adapter au bien-être les allocations et rentes, le législateur a mis en place, depuis le 1er septembre 2005, les allocations de réévaluation[112]. Ces allocations sont égales à 2 % du montant de la rente réellement payée à la victime et éventuellement indexées.

E. Allocation d'aggravation

Si, après l'expiration du délai de révision, l'état de la victime s'aggrave de manière permanente, la victime peut prétendre à une allocation d'aggravation pour autant cependant que le taux d'incapacité permanente de travail après cette aggravation soit de 10 % au moins[113].

F. Détection de ces allocations

Ces différentes allocations sont soumises aux cotisations de sécurité sociale[114]. Elles devraient dès lors donner lieu à l'établissement de documents de cotisations. Le bénéfice de telles allocations doit également être mentionné dans la feuille de renseignements indemnités. Ces différentes allocations doivent être prises en compte dans le calcul de la règle de la différence.

---

109 Art. 27*quater* de la loi sur les accidents du travail.

110 Pour les montants, voy. art. 5 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 relatif aux allocations accordées dans le cadre de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

111 Art. 3 et 4 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987.

112 Art. 2 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987.

113 Art. 9 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987.

114 Art. 43 de la loi sur les accidents du travail.

Sous-section 7 : Le tiers en capital

La victime d'un accident du travail a la possibilité de demander, après l'expiration du délai de révision, qu'un tiers au maximum de la valeur de la rente lui soit versé en capital[115]. Cette demande n'est autorisée que si la victime a un taux d'incapacité permanente de plus de 19 %, de 16 à 19 % inclus si l'accident a été réglé avant le 1er décembre 2003 et de 10 à 15 % inclus si l'accident a été réglé avant le 1er janvier 1997. La demande peut être introduite à tout moment après l'expiration du délai de révision devant le tribunal du travail. Bien que des cotisations de sécurité sociale soient prélevées sur le capital[116], il apparaît qu'aucun bon de cotisation spécifique n'est établi en ce qui concerne le montant du capital perçu par la victime. A la lecture des bons de cotisations, seule une diminution du montant de la rente peut constituer un indice de la perception par la victime d'une partie de la rente en capital. Une autre source d'informations est la feuille de renseignements indemnités.

En ce qui concerne la prise en compte du capital dans le calcul du montant à déduire de l'indemnité journalière due par l'assurance soins de santé et indemnités, il convient de reconstituer le montant de la rente complète avant déduction du capital. Très souvent, la victime a obtenu un tiers de la rente en capital. Pour obtenir le montant de la rente complète, il faut dès lors multiplier le montant de la rente réduite par la fraction 3/2.

Conclusion

L'on comprend l'importance de l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Cette disposition tend à une juste et correcte répartition des dépenses de la sécurité sociale. La réparation des accidents du travail doit être prise en charge par les assureurs-loi et non par l'assurance soins de santé et indemnités. La réalisation de cet objectif exige que les organismes assureurs soient informés du fait que le dommage pour lequel leur intervention est sollicitée est un accident du travail. Nous espérons que la mise en place de l'échange d'informations électroniques entre le secteur des accidents du travail et le secteur de l'assurance soins de santé et indemnités permettra aux organismes assureurs d'être informés de tout accident du travail. Cette information permettra également aux organismes assureurs de mettre en œuvre leur recours subrogatoire, recours dont l'assiette a été étendue par la jurisprudence de la Cour de cassation.

Perrine MAISETTI,
Attaché inspecteur social
Service du contrôle administratif
INAMI

---

115 Art. 45 de la loi sur les accidents du travail.
116 Art. 43 de la loi sur les accidents du travail.