

Numéro du rôle : 5123
Arrêt n° 66/2012 du 24 mai 2012

A R R E T

En cause : la question préjudicielle concernant l'article 174, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel que cet article a été modifié par l'article 47 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, posée par le Tribunal du travail de Bruxelles.

La Cour constitutionnelle,

composée des présidents R. Henneuse et M. Bossuyt, et des juges E. De Groot, L. Lavrysen, A. Alen, J.-P. Snappe, J.-P. Moerman, E. Derycke, J. Spreutels, T. Merckx-Van Goey, P. Nihoul et F. Daoût, assistée du greffier P.-Y. Dutilleux, présidée par le président R. Henneuse,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

*

* *

I. *Objet de la question préjudicielle et procédure*

Par jugement du 24 février 2011 en cause de Els Tenreiro Lourenco contre l'Union nationale des mutualités libérales, dont l'expédition est parvenue au greffe de la Cour le 9 mars 2011, le Tribunal du travail de Bruxelles a posé la question préjudicielle suivante :

« L'article 47 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé qui modifie l'article 174 de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée par l'arrêté royal du 14 juillet 1994 viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution,

en ce qu'il permet aux organismes assureurs de récupérer les prestations de l'assurance indemnités indûment payées à leurs affiliés par suite d'une erreur qui leur est imputable et pour autant que la personne erronément créditée ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'elle n'avait pas ou plus droit, en tout ou en partie, à la prestation versée,

alors que, de manière générale, l'article 17, alinéa 2, de la Charte de l'assuré social qui s'applique à l'ensemble des institutions de sécurité sociale, au rang desquelles se trouvent les organismes assureurs maladie invalidité, fait obstacle à toute récupération de sommes indûment perçues par les assurés sociaux lorsque :

- 1) l'erreur à l'origine de la décision rectificative est due à l'institution de sécurité sociale;
- 2) le droit reconnu après la révision est inférieur à celui initialement consenti;
- 3) l'assuré social ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'il n'avait plus droit à l'intégralité des prestations liquidées ? ».

Des mémoires ont été introduits par :

- Els Tenreiro Lourenco, demeurant à 1080 Bruxelles, rue de Moortebeek 68;
- le Conseil des ministres.

Le Conseil des ministres a introduit un mémoire en réponse.

A l'audience publique du 11 janvier 2012 :

- ont comparu :
 - . Me J.-G. Goethals, avocat au barreau de Bruxelles, pour Els Tenreiro Lourenco;
 - . Me B. Fonteyn, qui comparaisait également *loco* Me P. Slegers, avocats au barreau de Bruxelles, pour le Conseil des ministres;
- les juges-rapporteurs J.-P. Moerman et T. Merckx-Van Goey ont fait rapport;

- les avocats précités ont été entendus;
- l'affaire a été mise en délibéré.

Les dispositions de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle relatives à la procédure et à l'emploi des langues ont été appliquées.

II. *Les faits et la procédure antérieure*

La demanderesse devant le juge *a quo*, de nationalité portugaise, est en incapacité de travail depuis le 4 avril 2007 et bénéficie, depuis cette date, d'indemnités versées par son organisme assureur, partie défenderesse devant le juge *a quo*.

En avril 2008, l'organisme assureur s'est rendu compte qu'il avait indemnisé à tort la partie demanderesse qui, en vertu de l'article 40, alinéa 2, du règlement 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971, ne pouvait bénéficier d'indemnités d'invalidité au motif qu'elle ne justifiait pas de 400 heures de travail sur le territoire belge au cours des six mois précédant le début de son incapacité de travail. L'organisme assureur a dès lors invité la partie demanderesse devant le juge *a quo* à signer une reconnaissance de dette et un engagement de remboursement à concurrence de 50 euros par mois.

La partie demanderesse devant le juge *a quo* ne conteste pas l'application de l'article 40 du règlement 1048/71 précité et reconnaît qu'elle ne disposait pas du passé professionnel suffisant en Belgique pour bénéficier des indemnités d'invalidité. L'organisme assureur admet, pour sa part, que la partie demanderesse a fourni tous les renseignements nécessaires lors de son inscription, et qu'en particulier, elle n'a caché ni sa nationalité, ni la date de son arrivée en Belgique, ni le fait qu'elle n'avait travaillé que deux mois avant d'être déclarée en incapacité.

Selon le juge *a quo*, le paiement des sommes litigieuses résulte d'une erreur de l'organisme assureur. Or, il existe une contrariété entre l'article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, d'une part, et l'article 17 de la Charte de l'assuré social, d'autre part. La première disposition prévoit un délai de récupération d'un an alors que la seconde exclut toute possibilité de récupération.

Se fondant sur l'arrêt n° 1/2010 du 20 janvier 2010 de la Cour, le juge *a quo* relève que, comme dans l'espèce tranchée par cet arrêt, l'article 17 de la Charte est une norme de même valeur et postérieure à l'article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée précitée et que ce dernier article prévoit que lorsque l'indu provient d'une erreur de l'institution de sécurité sociale, la prescription est d'un an.

Après avoir encore souligné que les indemnités d'invalidité versées durant la période litigieuse constituaient les seuls revenus de remplacement de la partie demanderesse devant lui et que leur récupération aurait une répercussion démesurée dans son chef, le juge *a quo* estime nécessaire de poser la question préjudicielle précitée.

III. *En droit*

- A -

Position de la partie demanderesse devant le juge a quo

A.1. Dans son arrêt n° 1/2010, la Cour s'est déjà prononcée sur un cas très similaire, relatif à l'article 120bis des lois relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et a considéré que la différence de traitement ne trouvait pas de justification spécifique pertinente.

A.2. Outre les considérations contenues dans la décision de renvoi, il convient encore d'avoir égard à ce que les indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité constituent un revenu de remplacement qui a notamment pour objet de compenser la perte de rémunération à la suite de la survenance d'une maladie. Elles représentent la source principale, sinon exclusive, de revenus de l'assuré social au cours de son incapacité de travail.

Autoriser la récupération, durant une année entière, de ces indemnités dont l'assuré social, à qui aucune faute ne peut être reprochée, a légitimement pu croire qu'elles lui revenaient, peut avoir des conséquences disproportionnées. Ceci est d'autant plus vrai lorsque l'assuré social se trouve dans une situation particulière de faiblesse en raison de son état de santé, ce qui justifie qu'une plus grande protection lui soit réservée.

Position du Conseil des ministres

A.3. La disposition en cause repose sur une double justification. Il s'agissait, d'une part, de mettre un terme à l'insécurité juridique relative à la récupération des prestations indûment payées en cas d'erreur d'une institution de sécurité sociale, découlant de l'arrêt n° 196/2005 de la Cour et, d'autre part, de mettre en œuvre un régime de prescription spécifique en raison de la complexité des dossiers dans le secteur des soins de santé et indemnités.

A.4.1. Dans son arrêt n° 196/2005, la Cour avait en effet considéré qu'eu égard aux objectifs du législateur, il n'y avait pas lieu de traiter les assurés sociaux de manière différente selon que les prestations leur étaient octroyées par un organisme de droit privé ou une institution de droit public.

Tenant compte de cet arrêt, la disposition en cause met en place un régime nouveau de prescription de la récupération des sommes indûment payées, dans le cadre de l'assurance maladie, en raison d'une erreur de l'institution de sécurité sociale à caractère privé, à savoir l'organisme assureur.

A.4.2. Le second objectif poursuivi par la disposition en cause est la suite logique du premier. Il s'agit en effet de prévoir un régime de prescription adapté tant à la complexité des dossiers dans le secteur de l'assurance soins de santé et indemnités qu'à l'obligation de mettre les prestations en paiement dans un délai relativement court ainsi qu'au coût budgétaire et financier que représente l'absence de récupération de telles sommes.

Si la mise en paiement d'une prestation d'invalidité est le fait de la mutualité, il n'en demeure pas moins que le législateur a prévu que la validité de ce paiement était contrôlée par l'Institut national de maladie-invalidité (INAMI). Le délai de trois mois, prévu par l'article 18 de la Charte, est toutefois insuffisant pour effectuer cette vérification.

Sur la base de ces constats, et compte tenu du coût que représente l'absence de récupération de ces sommes auprès des assurés sociaux, le législateur a entendu permettre une récupération limitée dans le temps des prestations de maladie-invalidité versées indûment à l'assuré social en raison d'une erreur de l'institution de sécurité sociale.

A.5. Si la Charte de l'assuré social s'applique à toutes les institutions de sécurité sociale, elle ne vise cependant pas à rendre le contrôle de la légalité de leurs décisions impossible, ni à forcer l'uniformisation des branches de la sécurité sociale.

Or, parmi les institutions de sécurité sociale, deux se distinguent par leur mode de fonctionnement et l'ampleur particulière des dépenses qu'elles occasionnent : le secteur de l'assurance chômage et le secteur de l'assurance soins de santé et indemnités. Dans ces deux secteurs, l'organisme public de sécurité sociale accorde les allocations à l'intervention d'organismes de paiement de droit privé (syndicats ou mutualités).

Les organismes publics exercent un contrôle *a posteriori* sur la légalité des dépenses ainsi effectuées. Avant que l'organisme public n'ait contrôlé la légalité de la dépense, l'allocation n'est octroyée à l'assuré social qu'à titre provisionnel. Il s'agit donc d'une décision provisoire et précaire. Or, l'impossibilité de rapporter la décision à l'origine de la récupération de l'indu, à tout le moins au-delà du délai de trois mois pour l'introduction d'un recours, impliquerait que tout contrôle effectué au-delà de ce délai par l'organisme public serait dénué d'effet, dès lors qu'il ne pourrait donner lieu à une récupération de l'indu.

Un tel régime justifie que des règles spécifiques s'y appliquent. Tel est notamment le cas de l'article 18*bis* de la Charte de l'assuré social, dont le principe n'a pas été invalidé par l'arrêt n° 67/2010 du 2 juin 2010.

A.6. En outre, comme l'a jugé la Cour de cassation dans son arrêt du 22 décembre 2008, le coût de l'absence de récupération auprès de l'assuré social des prestations indûment octroyées en raison d'une erreur de l'organisme assureur n'est pas supporté par celui-ci, mais par l'Etat.

Le système mis en place ne peut être interprété comme conférant un « blanc-seing » global à l'organisme assureur quant à la manière dont il applique la réglementation en vigueur. Ceci est d'autant plus vrai que les mutualités et les syndicats ont une double fonction : exécuter la branche de la sécurité sociale à laquelle ils participent et défendre leurs membres ou affiliés. Ce double rôle justifie un contrôle spécifique.

En outre, les deux secteurs de l'assurance soins de santé et indemnités et de l'assurance chômage sont ceux qui occasionnent le plus de dépenses publiques et qui sont les plus déficitaires. L'objectif du législateur était précisément de diminuer les graves pertes financières subies dans ces deux secteurs.

La différence de traitement en matière de récupération de l'indu en cause est donc également justifiée par l'intérêt général du système de sécurité sociale, à savoir la viabilité financière du système.

A.7. Enfin, la législation relative au secteur de l'assurance maladie-invalidité contient une multitude de règles complexes, ce qui rend la prise de décision difficile. Cette complexité est générée par le nombre et la nature des éléments à prendre en considération pour accorder les prestations et en déterminer le montant exact, chaque dossier nécessitant une analyse approfondie du respect des conditions en présence, par le fait que les informations nécessaires proviennent de sources différentes, spécialement lorsqu'est en cause, comme en l'espèce, le statut social d'un étranger, citoyen européen, où des informations essentielles sont souvent adressées avec beaucoup de retard, et enfin par le fait que les décisions d'octroi doivent être prises dans un délai très bref.

La complexité du régime de l'assurance indemnité par rapport à d'autres branches de la sécurité sociale, et particulièrement du secteur des allocations familiales, justifie dès lors également qu'une différence de traitement soit instaurée en matière de récupération de l'indu.

A.8. Le Conseil des ministres relève enfin que ce régime différencié n'est pas pour autant dépourvu de toute protection pour l'assuré social.

En effet, le législateur a limité la période de répétition de l'indu à un an, quelle que soit la durée mise par les institutions de sécurité sociale pour identifier l'erreur commise. En outre, l'assuré social dispose de la faculté d'introduire une demande de renonciation à la récupération de l'indu auprès du comité de gestion du service des indemnités de l'INAMI, si son cas est jugé digne d'intérêt. Le comité de gestion est habilité

à renoncer totalement ou partiellement à la récupération de l'indu en ayant notamment égard à des critères objectifs tels que les revenus du ménage.

- B -

B.1.1. L'article 174 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dispose :

« [...]

5° L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué;

[...]

Il ne peut être renoncé au bénéfice des prescriptions prévues aux 1°, 2°, 3° et 4°.

Les prescriptions prévues aux 5°, 6° et 7° sont fixées à un an, en cas de paiement indu résultant d'une erreur de droit ou d'une erreur matérielle de l'organisme assureur et lorsque l'assuré erronément crédité ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'il n'avait pas ou plus droit, en tout ou en partie, à la prestation versée.

[...] ».

L'alinéa 3 de cet article a été inséré par l'article 47 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé. Il s'agit de la disposition en cause.

B.1.2. L'article 17 de la loi du 11 avril 1995 « visant à instituer ' la charte ' de l'assuré social » dispose :

« 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 ».

B.1.3. L'article 18 de la même loi dispose :

« Sans préjudice des dispositions légales et réglementaires en matière de prescription, l'institution de sécurité sociale peut rapporter sa décision et en prendre une nouvelle dans le délai d'introduction d'un recours devant la juridiction compétente ou, si un recours a été introduit, jusqu'à la clôture des débats lorsque :

1° à la date de prise en cours de la prestation, le droit a été modifié par une disposition légale ou réglementaire;

2° un fait nouveau ou des éléments de preuve nouveaux ayant une incidence sur les droits du demandeur sont invoqués en cours d'instance;

3° il est constaté que la décision administrative est entachée d'irrégularité ou d'erreur matérielle ».

B.1.4. L'article 18*bis* de la même loi dispose :

« Le Roi détermine les régimes de sécurité sociale ou les subdivisions de ceux-ci pour lesquels une décision relative aux mêmes droits, prise à la suite d'un examen de la légalité des prestations payées, n'est pas considérée comme une nouvelle décision pour l'application des articles 17 et 18 ».

B.2. Le juge *a quo* interroge la Cour sur la compatibilité avec les articles 10 et 11 de la Constitution de la disposition en cause en tant qu'elle établit une différence de traitement entre assurés sociaux.

En application de l'article 174, alinéa 3, de la loi en cause, et par dérogation au délai de deux ans prévu à titre principal à l'alinéa 1er dudit article, l'assuré social qui a perçu indûment des prestations de l'assurance indemnités en raison d'une erreur imputable à l'organisme assureur peut se voir réclamer le remboursement de l'indu durant un an. En revanche, en vertu de l'article 17 de la charte de l'assuré social, celui qui a perçu des allocations indues en conséquence d'une erreur de l'institution qui a versé les allocations ne doit rien rembourser, au-delà du délai d'introduction d'un recours contre la

décision prise par erreur par l'organisme assureur, sauf lorsque cet assuré social savait ou devait savoir qu'il n'avait pas ou n'avait plus droit à l'intégralité de la prestation.

B.3.1. En instituant la « charte » de l'assuré social, le législateur recherchait une meilleure protection juridique de celui-ci. Pour ce faire, la charte devait répondre aux exigences suivantes : « la sécurité juridique, l'accessibilité, la transparence, la rapidité et la minutie et enfin la simplification des charges administratives » (*Doc. parl.*, Chambre, S.E. 1991-1992, n° 353/1, pp. 1-2). Un amendement du Gouvernement (*Doc. parl.*, Chambre, S.E. 1991-1992, n° 353/2, p. 10) tendant à supprimer l'article 21 (actuel article 17) n'a pas été retenu, parce que la Commission des affaires sociales a considéré que « cette disposition, qui accroît considérablement la sécurité juridique de l'assuré social, doit être maintenue » (*Doc. parl.*, Chambre, S.E. 1991-1992, n° 353/5, p. 19).

B.3.2. Il a toutefois été constaté que l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 avait d'importantes implications budgétaires :

« C'est surtout dans le cadre de l'assurance chômage et de l'assurance soins de santé et indemnités que ces nouvelles dispositions pourraient donner lieu à une perte de milliards de francs de prestations payées de trop, qui ne peuvent plus être récupérés » (*Doc. parl.*, Chambre, 1996-1997, n° 907/1, p. 16).

B.3.3. Le principe de l'article 17 de la charte a néanmoins été introduit dans plusieurs secteurs de la sécurité sociale. Ainsi en va-t-il de la législation relative aux accidents du travail (article 60*bis* de la loi du 10 avril 1971) et de la réglementation du chômage (article 149, § 1er, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage).

B.4.1. Pour la détermination de sa politique dans les matières socio-économiques, le législateur dispose d'un pouvoir d'appréciation étendu.

Selon la Cour européenne des droits de l'homme, un contrôle plus strict de proportionnalité doit être appliqué lorsque la disposition en cause vise à réparer, au détriment d'un individu, une erreur commise par les autorités elles-mêmes, sans qu'aucune faute ne

puisse être reprochée à la personne dont les droits sont affectés par cette disposition (CEDH, 15 septembre 2009, *Moskal* c. Pologne, § 73). En outre, la même Cour a jugé :

« [...] les autorités publiques ne devraient pas être empêchées de rectifier des erreurs dans l'octroi des prestations, même les erreurs résultant de leur propre négligence. En juger autrement serait contraire à la théorie de l'enrichissement sans cause, serait inéquitable à l'égard d'autres personnes qui contribuent au fonds de la sécurité sociale, et équivaldrait à avaliser une allocation inappropriée de fonds publics limités. Cependant, la Cour a observé que le principe général précité ne peut prévaloir dans une situation dans laquelle la personne concernée est susceptible de supporter une charge excessive résultant de la mesure qui la prive d'un avantage » (CEDH, 14 février 2012, *B.* c. Royaume-Uni, § 60).

B.4.2. La disposition en cause a été promulguée le 19 décembre 2008, soit après l'article 17 de la charte de l'assuré social. Tant que cette charte demeure inchangée, une modification législative postérieure à la promulgation de la charte qui institue une réglementation applicable à un secteur de la sécurité sociale moins favorable à l'assuré que celle qui figure de manière générale dans la charte crée une différence de traitement entre les assurés sociaux qui ne peut être jugée compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution que s'il existe pour ce faire une justification spécifique pertinente.

B.5. Les travaux préparatoires relatifs à l'article 47 de la loi du 19 décembre 2008 précitée justifient le choix du législateur de la manière suivante :

« L'insertion de cette disposition vise à permettre une récupération limitée dans le temps des prestations versées indûment à l'assuré social qui n'est pas de mauvaise foi, en cas d'une erreur de droit ou d'une erreur matérielle commise par l'organisme assureur lors de la mise en paiement desdites prestations. Un effet rétroactif d'un an est conféré à la décision rectifiant l'erreur initiale.

Cette adaptation met un terme à l'actuelle insécurité juridique relative à la décision de récupération de prestations indûment payées en cas d'erreur d'une institution de sécurité sociale à caractère public ou privé, suite à l'arrêt de la Cour d'arbitrage n° 196/2005 du 21 décembre 2005.

Cette disposition est également justifiée en raison de la complexité des dossiers dans le secteur assurance soins de santé et indemnités, à savoir le nombre et la nature des éléments de fait et de droit à prendre en considération pour accorder les prestations et en déterminer le montant exact, l'obligation de mettre les prestations en paiement dans un délai relativement court et enfin, le coût budgétaire et financier que représente l'absence de récupération auprès

de l'assuré social, coût qui devrait être pris en charge par les organismes assureurs (hypothèse peu réaliste si ce coût devait être intégralement pris en charge par ces derniers) ou par le régime (et en fin de compte par la gestion globale).

Enfin, cette disposition est similaire à celle qui a été insérée dans leur législation spécifique, par le secteur des vacances annuelles, depuis le 1er janvier 2006 et par le secteur des allocations familiales depuis le 1er octobre 2006 » (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1491/001, DOC 52-1492/001, pp. 32-33).

B.6.1. La complexité de la gestion administrative qui incombe aux organismes assureurs ne saurait justifier que le bénéficiaire de prestations indues, qui les a perçues en conséquence d'une erreur commise par l'organisme assureur débiteur alors qu'il ne pouvait s'en rendre compte, soit tenu au remboursement des sommes qu'il a perçues indûment durant un an, alors que les bénéficiaires d'autres allocations sociales perçues indûment dans les mêmes circonstances ne sont pas tenus de les rembourser.

En effet, dans l'hypothèse envisagée, le bénéficiaire n'a commis aucune erreur, de sorte que l'organisme assureur devrait être correctement informé de sa situation juridique et matérielle. Les difficultés de gestion provoquées par la complexité du traitement des cas d'incapacité de travail ne peuvent donc pas être, dans cette situation, la cause du paiement indu. Elles ne peuvent dès lors justifier que les conséquences de l'erreur commise par le débiteur des allocations dans l'octroi de celles-ci soient mises à charge de l'assuré social.

Par ailleurs, le remboursement de sommes indûment payées étant la règle, les termes « ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'elle n'avait pas ou plus droit », utilisés dans la disposition en cause, doivent faire l'objet d'une interprétation rigoureuse.

B.6.2. En outre, à l'inverse du pécule de vacances, qui a fait l'objet de l'arrêt n° 39/2008 du 4 mars 2008 par lequel la Cour a jugé qu'il n'était pas contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution de permettre la récupération d'un paiement indu causé par une erreur de l'institution débitrice, les allocations d'incapacité de travail sont un revenu de remplacement qui est payé chaque mois, de sorte qu'elles constituent dans la majorité des cas l'essentiel du budget mensuel de l'assuré social qui en est créancier. Permettre durant une année entière la

récupération de sommes payées ensuite d'une erreur de l'institution débitrice aurait dès lors des conséquences disproportionnées pour la plupart des allocataires sociaux se trouvant dans cette situation et à qui il ne peut être reproché aucune faute ou négligence.

B.6.3. Enfin, la circonstance que, dans le secteur de l'assurance soins de santé et indemnités, la majorité des décisions sont prises par des organismes privés collaborant à la sécurité sociale, à savoir les mutualités, ne peut pas non plus justifier un traitement inégal. Le fait que les décisions prises doivent ensuite être contrôlées par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et que ce contrôle ne peut matériellement s'opérer dans le délai de trois mois, c'est-à-dire la période durant laquelle un recours peut être introduit devant le tribunal du travail et durant laquelle l'institution peut revoir sa décision, ne peut pas non plus justifier cette différence de traitement. En effet, l'organisation des institutions privées et publiques intervenant dans ce secteur particulier de la sécurité sociale ainsi que la complexité et les lenteurs du traitement des dossiers qui en découlent ne peuvent constituer une justification raisonnable pour le fait de mettre à charge des allocataires les conséquences financières d'une erreur commise par une institution.

B.6.4. Comme le relève le Conseil des ministres, l'interdiction de récupérer auprès de l'assuré social les prestations qu'il a indûment perçues aboutit certes, en l'état actuel de la législation, à faire peser sur l'INAMI les conséquences financières d'une erreur qui est imputable aux organismes assureurs (voy. à ce propos Cass., 22 décembre 2008, *Pas.*, 2008, n° 749).

Il appartient toutefois au législateur et au Roi de modifier, le cas échéant, la réglementation pertinente afin de faire peser, totalement ou partiellement, les conséquences financières d'une telle erreur sur les organismes assureurs, responsables du versement indu des prestations à l'assuré social, ou de modifier dans un sens accru les règles de contrôle des organismes assureurs.

B.7. La question préjudicielle appelle une réponse affirmative.

Par ces motifs,

la Cour

dit pour droit :

L'article 174, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il a été inséré par l'article 47 de la loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé, viole les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il permet aux organismes assureurs de récupérer durant un an les prestations d'invalidité indûment payées à leurs affiliés par suite d'une erreur imputable aux organismes et pour autant que l'assuré social ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'il n'avait pas ou plus droit à la prestation versée.

Ainsi prononcé en langue française et en langue néerlandaise, conformément à l'article 65 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, à l'audience publique du 24 mai 2012.

Le greffier,

Le président,

P.-Y. Dutilleux

R. Henneuse