



N° d'ordre

Expédition

Délivrée à
Pour la partie

le
€
JGR

Numéro du répertoire

2021 /

R.G. Trib. Trav.

15/7213/A et 16/1667/A

Date du prononcé

22 février 2021

Numéro du rôle

2018/AL/102

En cause de :

**UNMS
C/
C. M.**

Cour du travail de Liège

Division Liège

CHAMBRE 2-A

Arrêt

SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS SALARIES - assurance-
maladie-invalidité
Arrêt contradictoire
Définitif

* Sécurité sociale – AMI – prescription – art. 101
--

EN CAUSE :

L'UNION NATIONALE DES MUTUALITÉS SOCIALISTES, en abrégé UNMS, inscrite à la BCE sous le n°0411.724.220, dont le siège social est établi à 1000 BRUXELLES, Rue Saint-Jean, 32-38,

ci-après la mutuelle, partie appelante, intimée sur incident,
comparaissant par Maître Sarah LALLEMAND qui substitue Maître Manuel MERODIO, avocat à 4020 LIEGE, Bld Emile de Laveleye, 64

CONTRE :

Monsieur C. M.

ci-après M. M., partie intimée, appelante sur incident,
comparaissant personnellement et assisté par Maître Caroline DEJAIFVE, avocat à 4500 HUY, Rue Baudoin Pierre, 1C

•

• •

Vu en forme régulière les pièces du dossier de la procédure à la clôture des débats le 25 janvier 2021, notamment :

- l'arrêt interlocutoire prononcé le 11 février 2019 ordonnant une mesure d'expertise ;

- la pièce transmise par l'AGT et reçue au greffe le 14 mai 2019 ;
- le rapport d'expertise médicale, reçu au greffe le 27 août 2019 ;
- l'état de frais et d'honoraires de l'expert, reçu au greffe le 27 août 2019 ;
- l'ordonnance du 30 septembre 2019 taxant les frais et honoraires de l'expert et notifiée le même jour aux parties ;
- les conclusions de la partie appelante, reçues au greffe le 6 mai 2020 ;
- la requête de la partie appelante basée sur l'article 747 du Code judiciaire, reçue au greffe le 6 mai 2020 et notifiée à la partie intimée le 7 mai 2020 ;
- les observations de la partie intimée, reçues au greffe le 25 mai 2020 ;
- l'ordonnance de fixation prise sur base de l'article 747 du Code judiciaire le 8 juin 2020 et notifiée par plis simples aux conseils des parties le 9 juin 2020, fixant la cause à l'audience publique de la chambre 2-A du 25 janvier 2021 ;
- les conclusions après arrêt d0 11 février 2019 et le dossier de pièces de la partie intimée remises au greffe de la Cour le 10 septembre 2019 ;
- les conclusions de synthèse et le dossier de pièce la partie appelante remises au greffe de la Cour le 12 octobre 2020 ;
- les dossiers des parties déposés à l'audience du 25 janvier 2021 ;

Dans le cadre de débats repris ab initio, les parties ont été entendues en leurs explications à l'audience publique du 25 janvier 2021.

Entendu, après la clôture des débats, l'avis oral du ministère public donné en langue française par Monsieur Eric VENTURELLI, Substitut général, auquel personne n'a répliqué.

•

• •

I. FAITS ET ANTECEDENTS DE LA PROCEDURE

La Cour renvoie à son arrêt du 11 février 2019 par lequel elle a résumé les faits et la procédure à l'origine du dossier et la position des parties avant de déclarer les appels principal et incident recevables.

Elle a également décidé qu'elle était saisie de l'application de l'article 101 de la loi de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour l'ensemble de la période litigieuse, soit du 1^{er} janvier 2013 au 31 mai 2015 et que M. M. était parfaitement recevable à contester la seconde décision de récupération d'indu du 14 septembre 2015.

La Cour a exposé les principes en vertu desquels il convient de trancher la question de la prescription applicable (2 ans ou 5 ans) et réservé à statuer sur ce point, estimant avoir besoin de l'éclairage d'un expert pour déterminer si M. M. était en mesure d'exercer l'activité qui lui était reprochée et, dans l'hypothèse où il démontrerait ne pas l'avoir exercée, si l'octroi d'allocations avait été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont il serait responsable.

Concernant l'existence d'une activité et l'existence d'un indu au regard de l'article 100, § 1, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la Cour a également estimé une expertise indispensable pour déterminer si M. M. était capable de reprendre une activité, cette expertise devant également couvrir la discussion relative à l'article 101 de la même loi.

Elle a désigné le Dr Migeotte en qualité d'expert et celui-ci a déposé son rapport d'expertise le 27 août 2019.

Il en ressort que M. M. a repris une activité salariée en septembre 2015. Il travaille actuellement en qualité de dessinateur industriel dans la filiale parisienne de son entreprise. L'expert a également expliqué ce qui justifie les 15 points de perte d'autonomie que M. M. s'est vu reconnaître : il présente une parésie des membres supérieur et inférieur droit (force musculaire diminuée), qui entraîne entre autres des difficultés à la marche.

Dans son évaluation provisoire, l'expert a répondu comme suit à sa mission (c'est la Cour qui souligne) :

- « Le patient ne présente pas de limitation qui intellectuelles. Au niveau physique, les limitations ont été décrites lors de l'examen clinique.

- Le patient était et est capable d'exercer effectivement l'activité de gestionnaire des transports avec les nombreuses tâches que cela implique contractuellement.
- Du 1^{er} janvier 2013 au 7 avril 2014, le patient est capable de travailler selon les critères de la législation AMI ; il n'est pas capable de travailler physiquement en tant que gestionnaire de transport mais bien d'effectuer des travaux de bureau. Il a une formation de dessinateur industriel.
- Du 1^{er} janvier 2013 au 7 avril 2014, il présente une réduction de sa capacité de gain d'au moins 50%.
- Du 8 avril 2014 au 31 mai 2015, il émarge de la mutuelle et n'est pas capable de travailler selon les critères ordinaires de la législation AMI.
- Du 8 avril 2014 au 31 mai 2015, il présente une réduction de sa capacité de gain d'au moins 50% ».

Le conseil de M. M. a fait parvenir à l'expert un bref certificat de son médecin traitant affirmant que M. M. était incapable à plus de 66% du 1^{er} janvier 2013 au 31 mai 2015 inclus et une attestation générale du SPF Sécurité sociale du 1^e septembre 1993 lui reconnaissant une réduction de sa capacité de gain à un tiers ou moins ainsi que 15 points de perte d'autonomie et une incapacité de 80% pour une durée indéterminée.

Les conclusions définitives s'énoncent comme suit (c'est la cour qui souligne) :

- « Le patient ne présente pas de limitations intellectuelles ; au niveau physique, les limitations ont été décrites lors de l'examen clinique.
- Le patient n'était pas et n'est pas capable d'exercer effectivement l'activité de gestionnaire des transports avec les nombreuses tâches que cela implique contractuellement.
- Du 1^{er} janvier 2013 au 7 avril 2014, le patient est capable de travailler selon les critères de la législation AMI ; il n'est pas capable de travailler physiquement mais bien d'effectuer des travaux de bureau. Il a une formation de dessinateur industriel.
- Du 1^{er} janvier 2013 au 7 avril 2014, il présente une réduction de sa capacité de gain d'au moins 50%.
- Du 8 avril 2014 au 31 mai 2015, il émarge de la mutuelle et n'est pas capable de travailler selon les critères ordinaires de la législation AMI. Cependant, il continue

d'exercer son activité de gestionnaire de transport, à titre bénévole selon les dires du patient.

- Du 8 avril 2014 au 31 mai 2015, il présente une réduction de sa capacité de gain d'au moins 50% ».

II. OBJET DE L'APPEL ET POSITION DES PARTIES

II.1. Demande et argumentation de la mutuelle

La mutuelle considère que M. M. a mis fin à son incapacité de travail en date du 1er janvier 2013 et qu'elle est en droit de procéder à la récupération des indemnités accordées depuis cette date jusqu'au 31 mai 2015 (date à laquelle elle a cessé les paiements). Elle rappelle que l'activité exercée a permis un profit économique à une société de transport et que s'il parle d'activité bénévole, M. M. a été rémunéré. Elle rappelle que M. M. a été assujéti comme travailleur indépendant de ce fait et qu'il n'a pas contesté cette décision.

La mutuelle souligne que l'appel formé par M. M. ne vise que l'application de l'article 101 de la loi du 14 juillet 1994, l'intention frauduleuse et la prescription, et non la contestation de la reprise d'une activité, bien qu'il la conteste en termes de conclusions. Elle en déduit que M. M. acquiesce au jugement quant à la reprise frauduleuse du travail.

La mutuelle considère en outre qu'il y a lieu de retenir la prescription de 5 ans en raison des manœuvres frauduleuses de M. M.

Si elle postule la confirmation du jugement sur ces points, la mutuelle souhaite sa réformation en ce qu'il a appliqué l'article 101 précité. Elle estime qu'en reprenant une activité, M. M. a mis fin à son incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1, de la même loi. Elle défend en outre l'opinion selon laquelle l'article 101 ne vise pas à régulariser une reprise de travail totale et normale.

La mutuelle sollicite l'écartement du rapport d'expertise, vu le changement non motivé de position intervenu entre les préliminaires et les conclusions définitives et les incohérences qu'il énumère. Elle estime que l'activité effectuée par M. M. était trop importante pour considérer qu'il présentait une réduction de sa capacité de gain. Elle souhaite donc qu'il ne soit pas fait application de l'article 101.

Subsidiairement, elle sollicite la désignation d'un nouvel expert chargé de la même mission et à titre infiniment subsidiaire la confirmation du jugement dont appel en ce qu'il limite la récupération du 1^{er} janvier 2013 au 30 avril 2014. Elle demande enfin de statuer comme de droit quant aux dépens.

II.2. Demande et argumentation de M. S.

M. S. insiste sur la circonstance qu'il a voulu rendre service en mettant sa capacité professionnelle à disposition d'un ami et qu'il n'a pas exercé réellement d'activité.

Il demande de dire l'appel principal de la mutuelle recevable mais non fondé, de dire son appel incident recevable et fondé et par conséquent de constater que la mutuelle devait faire application de l'article 101 des lois coordonnées pour toute la période litigieuse et réformer la décision dont recours.

A titre subsidiaire, il demande de réformer le jugement dont appel sur la question de l'intention frauduleuse, de constater qu'il n'y a pas d'intention frauduleuse dans son chef et de dire qu'il y a lieu d'appliquer une prescription de deux ans pour la récupération sollicitée.

Il demande enfin de lui accorder des termes et délais de 50€ par mois en apurement des sommes dues après production d'un nouveau décompte comme ordonné par le jugement dont appel et de confirmer le jugement dont appel pour le surplus.

En tout état de cause, il demande de condamner l'UNMS aux entiers frais et dépens des deux instances, en ce compris l'indemnité de procédure liquidée pour la première instance à 262,37€ et pour l'appel à 349,80€.

III. LA POSITION DU MINISTERE PUBLIC

Monsieur le substitut général a constaté que le rapport d'expertise n'était ni clair, ni précis et est d'avis qu'il convient de charger l'expert d'un complément d'expertise afin qu'il indique pour quel motif il a changé d'avis entre les préliminaires et l'expertise et qu'il motive les taux d'incapacité retenus.

IV. LA DECISION DE LA COUR

IV.1. Fondement

Cadre légal

L'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 s'énonce comme suit(c'est la Cour qui souligne) :

Art. 100. §1er. Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé 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 sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

(...)

§ 2. Est reconnu comme étant incapable de travailler, le travailleur qui reprend un travail autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 p.c.

Le Roi détermine le délai et les conditions dans lesquels l'autorisation de reprise du travail visée à l'alinéa 1er est octroyée.

Le Roi détermine également dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités sont octroyées en cas de non-respect du délai ou des conditions fixés en application de l'alinéa 2.

La décision de refus d'octroi de l'autorisation de reprise du travail ou la décision qui met fin à l'incapacité de travail parce que le titulaire ne conserve pas une réduction de sa capacité d'au moins 50 p.c. sur le plan médical, produisent leurs effets au plus tôt à partir du lendemain de la date de l'envoi ou de la remise de la décision au titulaire. Le Roi détermine dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités sont accordées pour la période qui précède la date de prise d'effet des décisions susvisées.

La Cour de cassation a considéré, à bon droit, que : « (...) constitue un travail soumis à autorisation préalable du médecin conseil, toute activité ayant un caractère productif et

exercée dans le cadre des relations sociales, indépendamment du fait qu'elle est effectuée à titre de service d'ami, sans rémunération (...) »¹.

L'article 101 de la même loi s'énonce comme suit (c'est la Cour qui souligne) :

Art. 101. § 1er. Le titulaire reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de l'autorisation, est soumis à un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail sont réunies à la date de l'examen. Le Roi détermine le délai dans lequel cet examen doit être effectué, à compter de la constatation de l'activité non autorisée ou de la communication de celle-ci.

En cas de décision négative, une décision de fin de reconnaissance est notifiée au titulaire dans le délai déterminé par le Roi.

§ 2. Le titulaire visé au paragraphe 1^{er} est tenu de rembourser les indemnités d'incapacité de travail qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels il a accompli le travail non autorisé. Toutefois, si le titulaire a accompli un travail non autorisé le dimanche, l'indemnité octroyée pour le premier jour indemnisable qui précède durant lequel le titulaire n'a exercé aucun travail, est chaque fois récupérée.

Le Comité de gestion du Service des Indemnités peut toutefois renoncer, en tout ou en partie, à la récupération des indemnités visées à l'alinéa 1er dans les cas dignes d'intérêt, dépourvus d'intention frauduleuse.

(...)

Il s'en déduit que la situation d'une personne indemnisée par l'assurance maladie-invalidité qui a repris une activité sans avoir obtenu l'autorisation préalable peut voir sa situation régularisée à la condition qu'il ait conservé une incapacité de 50%. Dans cette hypothèse, le remboursement doit être limité aux indemnités perçues pour les jours ou la période durant lesquels ou laquelle l'intéressé a accompli ce travail non autorisé.

M. M. a-t-il repris une activité alors qu'il était indemnisé ?

M. M. est titulaire du certificat de capacité professionnelle au transport national et international. En cette qualité, il a signé un « contrat de mandat » par lequel il

¹ Cass., 18 mai 1992, <https://juportal.be>.

s'est engagé à exercer en qualité de gestionnaire de transport de manière effective et permanente différentes missions pour le compte de la société THM.

Il ressort des renseignements obtenus par le ministère public que M. M. a été assujetti d'office en qualité d'indépendant à titre complémentaire par l'INASTI du 1^{er} janvier 2013 au 7 avril 2014 (date de faillite de la société). Il n'a pas contesté cette décision.

L'indu réclamé correspond à la période qui s'étend du 1^{er} janvier 2013 au 31 mai 2015.

La thèse principale de M. M. (déjà défendue dans ses conclusions du 9 août 2018) est que si, sur papier, il était bien impliqué dans la société, il n'a en réalité jamais repris le travail car il était un homme de paille ayant juste mis sa capacité de gestion à disposition d'un proche. Il s'en déduit que, dans sa thèse, il n'aurait jamais dû être assujetti et qu'il faut faire abstraction de cette décision de l'INASTI.

Même si, comme le relève à juste titre la mutuelle, cette attitude n'est pas totalement cohérente avec sa revendication de voir l'article 101 appliqué à toute la période litigieuse, il n'est donc pas exact de soutenir que M. M. aurait implicitement acquiescé au jugement en ce qu'il retient une activité non déclarée du 1^{er} janvier 2013 au 30 avril 2014.

Il convient donc de déterminer si M. M. a ou non repris une activité le 1^{er} janvier 2013. La Cour a dans un premier temps cherché à savoir dans quelle mesure, compte tenu de ses 15 points de perte d'autonomie, M. M. était en mesure d'exercer l'activité de gestionnaire de transport à laquelle il s'était engagé. Elle a pour ce faire recouru à l'éclairage d'un expert.

Le rapport d'expertise présente des faiblesses. En particulier, il est inexplicable que son auteur ait changé d'avis sur la question de l'aptitude à exercer l'activité de gestionnaire de transport sans s'en expliquer. En outre, l'expert n'a pas développé quelles étaient les composantes de la fonction que M. M. ne pouvait pas exercer. Enfin, il n'est pas conforme aux autres éléments du dossier que M. M. ait soutenu avoir continué une activité après le 7 avril 2014. Ses conclusions ne peuvent être entérinées, mais la Cour entend se référer à la motivation pour puiser certains éléments pertinents.

Ainsi, malgré ses défauts, le rapport d'expertise a permis d'éclairer un point avec certitude : s'il connaît des limitations physiques évidentes (qui justifient seules ses 15 points de perte d'autonomie), M. M. ne connaît aucune restriction intellectuelle. Il a d'ailleurs repris le travail en qualité de dessinateur industriel.

Par ailleurs, la Cour constate que tant dans les conclusions provisoires que dans les conclusions définitives, l'expert a relevé que du 1^{er} janvier 2013 au 7 avril 2014, M. M. n'était

pas capable de travailler physiquement (le cas échéant en tant que gestionnaire de transport) mais bien d'effectuer des travaux de bureau et qu'il présentait une réduction de sa capacité de gain d'au moins 50%. Il a également été constant dans l'opinion selon laquelle du 8 avril 2014 au 31 mai 2015, M. M. n'était pas capable de travailler selon les critères ordinaires de la législation AMI (et il est contraire aux autres éléments du dossier que M. M. ait affirmé avoir maintenu une activité bénévole à cette période). A plus forte raison l'expert a-t-il estimé que M. M. présentait une réduction de sa capacité de gain d'au moins 50% pour cette période.

Or, les obligations qui incombaient contractuellement à M. M. comportaient entre autres des prestations intellectuelles qui lui étaient parfaitement accessibles même en tenant compte des restrictions liées à son handicap : vérifier les contrats et les documents de transport, effectuer la comptabilité de base, affecter les chargements, surveiller le respect des législations relatives à la qualification des chauffeurs, au permis de conduire, etc...

En outre, M. M. n'apporte aucun élément concret (p. ex. des témoignages ou la preuve d'une absence prolongée) de nature à démontrer qu'il n'a exercé aucune activité.

Par ailleurs, il n'a pas contesté la décision d'assujettissement d'office en qualité de travailleur indépendant à titre complémentaire du 1^{er} janvier 2013 au 7 avril 2014.

Enfin, il a perçu de la part de la société un défraiement pour frais de gestion de 300 € en janvier 2013 ainsi qu'une somme équivalente pour les mois de janvier 2013, février 2013, mars 2013 et avril 2013 pour mise à disposition de la capacité professionnelle de transports.

Ces éléments plaident en faveur d'une activité réelle.

Néanmoins, la décision d'assujettissement d'office le qualifie d'indépendant à titre complémentaire et M. M. connaît de réelles limitations physiques qui l'empêchent de réaliser tout ce que l'on semblait attendre d'un gestionnaire de transports – on le voit ainsi mal emmener lui-même un camion au contrôle technique.

Il y a lieu d'en conclure que M. M. a repris une activité du 1^{er} janvier 2013 au 7 avril 2014, date de la faillite de la société, mais que cette activité était réduite car exercée en fonction de son handicap.

Il ne s'agit donc pas d'une reprise de travail « normale », correspondant à une activité à temps plein.

Face à une activité réelle, fût-elle intermittente, deux questions doivent être examinées : la prescription de l'action en récupération des indemnités potentiellement indues et la possibilité de procéder à une régularisation sur pied de l'article 101 de la loi coordonnée.

Prescription

Les principes applicables au délai de prescription ont déjà été exposés dans l'arrêt interlocutoire du 11 février 2019.

M. M. a perçu des indemnités à partir du 7 mars 2011 (pièce 1 de M. M.) et l'activité litigieuse a débuté le 1^{er} janvier 2013. En tout état de cause, *l'octroi initial* des prestations n'a pas été provoqué par des manœuvres frauduleuses ; la question est de savoir si leur *maintien* est lié à de telles manœuvres.

La mutuelle fait valoir plusieurs éléments : M. M. a négligé de signaler son activité à sa mutuelle, mais il est acquis que cela ne suffit pas à établir l'existence de manœuvres frauduleuses². La mutuelle se prévaut d'un antécédent (M. M. a mis sa capacité professionnelle à disposition de son frère et été indépendant à titre complémentaire d'octobre à décembre 2010 et aurait été interrogé sur cette activité lors de son entrée en incapacité). Outre que le questionnaire qu'il aurait rempli n'est pas produit, de telle sorte qu'il est impossible de se convaincre de sa portée et de la réalité de l'antécédent spécifique, la Cour ne comprend pas en quoi avoir été interrogé près de deux ans auparavant sur une activité déjà révolue et n'ayant eu aucune incidence sur ses droits rendrait frauduleux d'avoir omis de signaler l'activité entreprise le 1^{er} janvier 2013. Il en va de même pour la circonstance qu'il ne s'est pas non plus spontanément affilié auprès d'une caisse pour travailleur indépendants : c'est le résultat d'une erreur d'appréciation, non d'une intention frauduleuse.

Il est certes regrettable que M. M. ait commencé par nier toute rémunération avant d'être confronté à sa signature et de devoir admettre qu'il avait perçu de l'argent deux ans plus tôt. Néanmoins, on parle en tout et pour tout d'une somme de 1.500€, étalée entre janvier et avril 2013, alors que l'activité s'est poursuivie jusqu'en avril 2014. Ce montant est tellement faible qu'il ne peut être considéré comme une véritable rémunération qui aurait justifié que M. M. considère lui-même la mise à disposition de sa capacité professionnelle comme un travail en contrepartie d'une rémunération. En outre, si M. M. s'est fourvoyé en affirmant

² Cass., 4 décembre 2006, <https://juportal.be>.

n'avoir jamais perçu un centime, le fait d'avoir signé des reçus démontre bien qu'il n'avait pas d'intention de dissimuler ces revenus et donc pas d'intention frauduleuse.

Enfin, la Cour partage entièrement l'opinion selon laquelle prêter son nom à une entreprise de transport pour lui permettre d'avoir la licence d'accès à la profession est une attitude contraire aux législations sur le transport de poids lourds par route, lesquelles sont d'ordre public vu les enjeux de sécurité que celles-ci préservent. Mais pour blâmable que soit cette attitude, elle est sans impact sur les relations entre M. M. et sa mutuelle.

La mutuelle ne rapporte pas la preuve que l'octroi (en l'espèce le maintien) indu de prestations aurait été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable M. M. Il y a lieu d'appliquer la prescription de deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué.

Les lettres recommandées qui ont interrompu la prescription datent du 2 et du 14 septembre 2015. Il s'en déduit que l'action en récupération des prestations payées jusqu'au 31 août 2013 inclus est prescrite. Faute d'un décompte indiquant quand précisément les indemnités ont été versées, la Cour ignore à quel mois les indemnités versées en août se rapportent.

La question d'une potentielle régularisation ne se pose que pour les allocations versées à partir du 1^{er} septembre 2013. Le dernier jour indemnisable litigieux est le 31 mai 2015.

Possibilité d'une régularisation

En vertu de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, une personne indemnisée par l'assurance maladie-invalidité qui a repris une activité sans avoir obtenu l'autorisation préalable peut, à la condition qu'elle ait conservé une incapacité de 50%, voir le remboursement de l'indu limité aux indemnités perçues pour les jours ou la période durant lesquels ou laquelle l'intéressé a accompli ce travail non autorisé.

La mutuelle soutient que cette disposition ne peut trouver à s'appliquer en l'espèce car elle ne pourrait servir à régulariser une reprise « normale ».

D'une part, rien dans le texte de l'article 101 ne permet d'accréditer cette interprétation³, et d'autre part, à supposer même qu'elle soit correcte, la Cour vient de constater que le travail

³ Dans le même sens : C. Trav. Liège, 13 décembre 2017, inédit, RG 2016/AU/47 et C. trav. Bruxelles, 13 décembre 2016, www.terralaboris.be.

presté par M. M. durant la seule période du 1^{er} janvier 2013 au 7 avril 2014 ne correspondait pas à une reprise « normale » mais à un travail intermittent.

Néanmoins, la limitation du remboursement aux indemnités perçues pour les jours ou la période durant lesquels ou laquelle l'intéressé a accompli ce travail non autorisé suppose de pouvoir déterminer lesdits jours ou ladite période.

Or, si la Cour vient de constater que l'activité que M. M. a eue du 1^{er} janvier 2013 au 7 avril 2014 (date de faillite de la société) était intermittente, il ne fournit aucun élément permettant de déterminer les jours ou les périodes au cours desquels il a presté. Le mécanisme de régularisation que renferme l'article 101 ne peut donc pas trouver à s'appliquer pour les indemnités relatives à cette période. M. M. devra bel et bien rembourser les indemnités qui ne sont pas touchées par la prescription, c'est-à-dire payées postérieurement au 31 août 2013.

Par contre, pour la période du 8 avril 2014 au 31 mai 2015, soit après la faillite, la Cour est convaincue que M. M. n'a pas eu d'activité. A-t-il conservé une incapacité d'au moins 50% ? A l'évidence oui. D'une part, cela ressort sans ambiguïté du rapport d'expertise, constant et emportant la conviction de la Cour sur ce point. D'autre part, il ressort d'un courriel de la mutuelle du 14 septembre 2015 (pièce 1 de M. M.) que M. M. avait déposé un certificat sortant ses effets au 7 avril 2014 et qu'il avait été *accepté par le médecin conseil* le même jour, ce qui suppose une reconnaissance d'une incapacité de plus des deux tiers. Enfin, le dossier ne comprend aucune décision de fin d'incapacité, qu'elle émane du médecin conseil de la mutuelle, ou du Conseil médical de l'INAMI alors que les deux instances étaient au courant de la situation.

M. M. remplissait les conditions pour être indemnisé durant cette période et il ne peut être tenu de rembourser les sommes perçues.

Termes et délais

M. M. forme une demande afin de s'acquitter de sa dette par tranches de 50 €. L'indu n'est actuellement pas déterminé, mais devrait s'élever à plus de 10.000 €, de telle sorte qu'une offre de 50€ par mois semble quelque peu légère, même si la situation financière de M. M. n'est pas très aisée.

La Cour ne peut faire droit à cette demande et invite M. M. à conclure un plan d'apurement avec sa mutuelle lorsque le décompte aura été fait.

En conclusion, la Cour constate que M. M., malgré ses tentatives de minimiser son rôle, a repris une activité non autorisée du 1^{er} janvier 2013 au 7 avril 2014. Toutefois, il n'y a pas lieu de retenir les manœuvres frauduleuses, de telle sorte que c'est la prescription de 2 ans qui trouve à s'appliquer et que l'action en récupération des indemnités versées avant le 1^{er} septembre 2013 est prescrite. Néanmoins, M. M. devra restituer les indemnités versées à partir du 1^{er} septembre 2013 jusqu'à celle relative au 7 mai 2014. Par contre, en vertu de l'article 101 de la loi coordonnée, il est dispensé de rembourser l'indemnisation relative à la période du 8 mai 2014 au 31 mai 2015. Le litige peut être résolu sans recourir à une nouvelle expertise et sans entériner les conclusions de celle qui figure au dossier, la Cour a puisé dans la motivation des éléments pertinents.

Le jugement doit être réformé ; l'appel principal de la mutuelle est non fondé, l'appel incident de M. M. est partiellement fondé.

Considérant l'argumentation qui précède, tous les autres moyens invoqués sont non pertinents pour la solution du litige.

IV.2. Les dépens

Les premiers juges ont correctement statué sur les dépens. Il y a lieu de condamner la mutuelle aux dépens d'appel, conformément à l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire.

En l'espèce, les dépens sont composés de trois éléments :

- Les frais d'expertise
- L'indemnité de procédure
- La contribution au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

Pour ce qui concerne les frais d'expertise, ils ont été taxés par une ordonnance du 30 septembre 2019 à la somme de 533,29€ et il y a lieu de condamner la mutuelle à ce montant.

Concernant l'indemnité de procédure, la Cour considère que l'action avait pour objet un indu de 52.464,03€, puis de 48.534,09€, soit un montant supérieur à 2.500€. En application 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 des frais d'avocat, l'indemnité de procédure doit être liquidée à 349,80€, soit le montant de base pour les demandes supérieures à 2.500€.

Enfin, en vertu de l'article 4, § 2, alinéa 3, de la loi du 19 mars 2017 instituant un fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne, sauf si la partie succombante bénéficie de l'aide juridique de deuxième ligne ou de l'assistance judiciaire, la juridiction liquide le montant de la contribution au fonds dans la décision définitive qui prononce la condamnation aux dépens. Cette contribution doit être liquidée en termes de dépens même si elle n'a pas été perçue lors de l'inscription de la cause au rôle⁴.

Dans les matières visées par l'article 1017, alinéa 2 ou des dispositions sectorielles analogues, il y a lieu de considérer que c'est toujours l'institution de sécurité sociale, ou l'institution coopérante de sécurité sociale, qui succombe, sauf en cas de recours téméraire et vexatoire. Il convient de lui faire supporter la contribution de 20 €.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

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

après en avoir délibéré et statuant publiquement et contradictoirement,

- Les appels ayant été déclarés recevables, dit l'appel principal de la mutuelle non fondé et l'appel incident de M. M. partiellement fondé
- Dit pour droit que M. M. a exercé une activité intermittente non autorisée du 1^{er} janvier 2013 au 7 avril 2014, constate l'absence de manœuvres frauduleuses, dit pour droit qu'il y a lieu d'appliquer la prescription de 2 ans, dit l'action en récupération des indemnités versées avant le 1^{er} septembre 2013 prescrite, dit pour droit que M. M. devra restituer les indemnités versées à partir du 1^{er} septembre 2013

⁴ Cass., 26 novembre 2018, www.juridat.be

jusqu'à celle relative au 7 mai 2014 mais non celles relatives à la période du 8 mai 2014 au 31 mai 2015.

- Dit qu'il n'y a pas lieu d'octroyer des termes et délais à M. M. et l'invite à convenir d'un plan d'apurement avec la mutuelle lorsque le décompte aura été établi.
- Condamne la mutuelle aux dépens, soit les frais d'expertise de 533,29€, l'indemnité de procédure de 349,80€ et la contribution de 20€ au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

Ainsi arrêté et signé avant la prononciation par Madame, Messieurs

Katrin STANGHERLIN, Conseillère faisant fonction de Présidente,
Coralie VERELLEN, Conseiller social au titre d'employeur,
Christian LECOCQ, Conseiller social au titre d'employé,
qui ont participé aux débats de la cause,
assistés de Lionel DESCAMPS, greffier,
lesquels signent ci-dessous :

le Greffier,

les Conseillers sociaux,

la Présidente,

ET PRONONCÉ, en langue française et en audience publique de la Chambre 2-A de la Cour du travail de Liège, division Liège, en l'annexe sud du Palais de Justice de Liège, place Saint-Lambert, 30, à Liège, le vingt-deux février deux mille vingt et un,
par Madame Katrin STANGHERLIN, Conseillère faisant fonction de Présidente,
assistée de Nadia PIENS, Greffier, qui signent ci-dessous :

le Greffier,

la Présidente,