

+ Droit judiciaire – Jugement – Parties non convoquées – Droits de la défense – Nullité du jugement – Code jud., art.704 ; principe général de droit du respect des droits de la défense
+ Charte de l'assuré social – Champ d'application – Assurance complémentaire à l'assurance obligatoire soins de santé – Questions préjudicielles à la Cour Constitutionnelle – Loi du 6/1/1989, art.26 ; Loi du 11/4/1995, art. 2
Droit de la sécurité sociale des travailleurs salariés – Assurance complémentaire soins de santé – Indu – Récupération – Prescription – Délai – Révision – Erreur de l'organisme assureur – Responsabilité de l'organisme assureur – Faute – Dommage – Renonciation à l'indu – Loi du 6/8/1990, art.3, 9 et 48bis ; Loi du 11/4/1995, art. 17 et 22 ; Code civil, art.1235 et 1382 ; Loi du 14/7/1994, art.34 et 164 ; statuts de l'organisme assureur

COUR DU TRAVAIL DE LIEGE

Section de NAMUR

Audience publique du 17 avril 2012

R.G. n° 2011/AN/173

13^{ème} Chambre

Réf. Trib. trav. Namur, 6e ch., R.G. n°11/99/A
Réf UNML : 741028 031 74/ctx1/509

EN CAUSE DE :

Monsieur Pascal T

appelant, comparaisant personnellement.

CONTRE :

**L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES, en abrégé U.N.M.L.,
organisme assureur dont le siège est sis à 1150 BRUXELLES, rue
Saint-Hubert, 19, inscrite à la B.C.E. sous le n°0411.766.483**

intimée, comparaisant par Me Florence Demoulin qui remplace Me Marie-Flore Heintz, avocats.

MOTIVATION

L'arrêt est fondé sur les motifs suivants :

1. Quant à la recevabilité de l'appel.

Le jugement dont appel a été notifié le 18 novembre 2011. La requête d'appel a été déposée au greffe de la Cour le 12 décembre 2011.

L'appel, régulier en la forme, est recevable.

L'appel incident introduit par conclusions est également recevable.

2. Quant à la régularité de la procédure.

Il s'avère à l'examen des pièces du dossier que ni l'appelant, ni l'intimée n'ont été convoqués devant le tribunal du travail.

L'intimée dont le conseil était à l'audience pour un autre dossier (et qui forcément n'avait pas noté le dossier à son agenda) a été invitée par le tribunal à s'expliquer, ce qu'elle a fait, et le dossier a été mis en délibéré sans que le tribunal ne s'aperçoive que les parties n'avaient pas été convoquées.

Le jugement a été rendu par défaut de l'appelant.

Ce jugement est nul de nullité absolue dès lors que l'article 704, §2 du Code judiciaire prévoit que les parties sont convoquées par le greffe à l'audience fixée par le juge. En l'absence de convocation, le juge n'est pas valablement saisi de la demande.

Le principe général de droit du respect des droits de la défense fait bien évidemment obstacle à ce qu'un dossier soit pris en l'absence de convocation d'une des parties, *a fortiori* des deux parties à la cause !

Cette cause de nullité n'est pas prévue par l'article 780 du Code judiciaire mais tout jugement implique préalablement que le juge ait été saisi régulièrement.

La Cour annule donc le jugement.

De ce fait, elle doit statuer sur le fond du litige par suite de l'effet dévolutif de l'appel même si le recours introduit par l'appelant contre la décision administrative n'a pas été joint et reste pendant devant le tribunal.

2. Les faits.

- M. T, ci-après l'appelant, est inscrit auprès de l'U.N.M.L. tant en assurance obligatoire qu'en assurance complémentaire.
- Deux de ses enfants sont amenés à bénéficier de séances de logopédie.
- Au début de l'année 2006, les séances suivies par un des deux enfants (Lucas) font l'objet d'un refus de prise en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire et sont prises en charge dans le cadre de l'assurance complémentaire. L'appelant va bénéficier du droit à un remboursement de 5 € par séance ainsi que le lui confirme l'U.N.M.L. par courrier du 4 juillet 2006. A dater du 1^{er} février 2007, l'U.N.M.L. accepte le remboursement en assurance obligatoire par suite, semble-t-il, de l'apparition de problèmes ORL. Les prestations de la logopède sont bien remboursées à partir des prestations accomplies à cette date du 1^{er} février 2007.
- Le deuxième enfant (Hugo) va également suivre de telles séances et bénéficier des remboursements.
- Le prestataire de soins va, à un moment donné, rentrer auprès de l'U.N.M.L. ses prestations via le tiers payant et remettre à l'appelant un document que celui-ci rentre également à l'U.N.M.L. pour continuer à bénéficier d'une intervention dans le cadre de l'assurance complémentaire.
- Ces deux documents sont donc rentrés à l'organisme assureur par deux voies différentes et manifestement traités par deux services distincts qui ne s'aperçoivent de rien.
- Le 15 juin 2009, l'U.N.M.L. écrit à l'appelant qu'elle vient de constater avoir versé indûment 455 € en faveur de Lucas pour la période située entre le 1^{er} février 2007 et le 18 juillet 2008.
- Le 18 juin 2009, un courrier identique relatif à Hugo et portant sur 250 € est envoyé et porte sur la période allant du 1^{er} février 2007 au 22 novembre 2007.
- Le 28 juillet 2009, l'U.N.M.L. adresse à l'appelant un courrier recommandé le mettant en demeure de rembourser les sommes versées dans le cadre de l'assurance complémentaire depuis le 1^{er} février 2007 ; elle se fonde sur l'article 164 des lois coordonnées. Ce courrier ne mentionne pas auprès de quel organisme et comment une demande de renonciation peut être introduite.
- L'appelant introduit un recours le 24 août 2009.
- Le 13 janvier 2011, l'U.N.M.L. introduit à son tour une requête en récupération d'indu en vue de récupérer la somme de 705 € (91 séances à 5 € et 50 séances à 5 € pour les deux enfants).
- Dans le cadre de l'instruction menée par l'auditorat du travail, l'actuel

appelant explique, comme il le fera ensuite en appel, qu'il n'est pas fautif et que c'est l'organisme assureur qui a commis une faute liée à la mauvaise organisation de ses services. Il n'a pas été informé qu'il ne pouvait cumuler l'intervention du prestataire via le tiers payant dans le cadre de l'assurance obligatoire et un remboursement dans le cadre de l'assurance complémentaire, distinction qui lui échappe et qu'il n'a découverte qu'à l'occasion du litige. Il entend que l'U.N.M.L. renonce à l'indu et invoque la prescription partielle.

3. La demande.

Par requête du 13 janvier 2011, l'organisme assureur entend obtenir la condamnation de l'actuel appelant à payer une somme de 705 €.

La Cour n'est saisie que de cette demande et non du recours toujours pendu devant le tribunal du travail.

L'examen de la cause a été instruit à l'audience d'introduction et les parties invitées à s'expliquer à l'audience de remise sur les diverses questions litigieuses.

L'U.N.M.L. a déposé une note d'audience et un dossier complémentaire à cette audience.

4. L'intervention dans le cadre de l'assurance complémentaire.

4.1. Les textes.

L'article 34 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoit :
Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent : [...] 7°bis les soins donnés par des logopèdes.

Selon l'article 3 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités :

Les mutualités doivent instaurer au moins un service qui a pour but :

- a) la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, régie par la loi coordonnée du 14 juillet 1994, précitée, pour autant qu'elles aient reçu dans ce but une autorisation de l'union nationale ;*
- b) l'intervention financière pour leurs membres et les personnes à leur charge, dans les frais résultant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité ou l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail [...];*

c) l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social, entre autre par l'accomplissement des missions visées sous a) et b).

L'article 9 ajoute :

§ 1. *Les statuts d'une mutualité et d'une union nationale doivent mentionner :*

[...];

4° les services qui sont organisés, les avantages qui sont accordés et les conditions dans lesquelles ils sont octroyés; En ce qui concerne les services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la présente loi et à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I)¹, les statuts doivent mentionner que les prestations seront offertes dans la mesure des ressources disponibles.

L'article 580, 6°, d) du Code judiciaire donne compétence aux juridictions du travail pour connaître des contestations relatives aux personnes qui ont souscrit une assurance sociale en vertu de la loi du 6 août 1990.

4.2. La mission de l'organisme assureur.

Les statuts déposés mentionnent à cet égard :

Article 2 – B

« Les buts de la mutualité sont dans le cadre de l'article 3 b) et c) de la même loi :

- l'octroi d'interventions, d'avantages et d'indemnités à ses affiliés et aux personnes à leur charge ;

- l'octroi de l'aide, de l'information, de la guidance et de l'assistance, dans les domaines suivants :

- 1. Soins de santé « petits risques » ;*
- 2. Logopédie [...] ».*

L'article 6 – A rend obligatoire l'inscription à l'assurance complémentaire (hormis pour les membres affiliés avant le 1^{er} janvier 1999 et qui n'ont jamais payé de cotisation à l'assurance complémentaire).

L'article 59 est rédigé comme suit :

« Logopédie

[...]

Ce service intervient, dans le cadre de l'assurance complémentaire, en faveur des titulaires et des personnes à leur charge qui doivent suivre soit

¹ Le texte concerné de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) précise que « En outre, les mutualités, les unions nationales et les sociétés mutualistes visées à l'article 70, §§ 1^{er} et 2, alinéas 1^{er} et 2, de la loi du 6 août 1990 peuvent organiser des autres services qui ne sont pas des opérations, et n'ont pas pour but de créer un droit à une intervention lorsque se produit un événement incertain et futur ».

un traitement de logopédie soit un traitement de psychomotricité lié à une traitement de logopédie.

Montant de l'intervention

L'intervention accordée est une intervention forfaitaire. Elle s'élève à 7,45 € pour le bilan et à 5 € par séance, quelle que soit la durée de la séance.

Plafond

L'intervention est limitée, par année civile, à 2 bilans et à 150 séances par bénéficiaire.

Conditions d'intervention

Pour la logopédie, l'intervention n'est accordée qu'à défaut d'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire.

[...]

Pièces justificatives

L'intervention est accordée sur production de l'état d'honoraires établi par le prestataire dans le respect des prescriptions légales. [...] ».

4.3. Les dispositions applicables aux prestations versées dans le cadre de l'assurance complémentaire.

Contrairement à ce que mentionnent la décision de récupération et la requête introductive d'instance, ce ne sont pas les dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 qui sont applicables mais bien celles de la loi du 6 août 1990 ainsi que les statuts de l'U.N.M.L.

Les statuts ne font pas mention des dispositions applicables en cas de révision d'une décision d'octroi.

La question de l'application de la loi du 11 avril 1995 instituant la Charte de l'assuré social à l'assurance complémentaire se pose dès lors que la Charte ne vise pas directement la loi du 6 août 1990 et que cette législation ne rentre pas non plus dans le champ d'application de la loi du 29 juin 1981. Depuis que l'assurance complémentaire est devenue obligatoire et est devenue un complément à l'assurance obligatoire soins de santé, la question se pose avec plus d'acuité. Cette question sera abordée *infra*.

5. La prescription.

5.1. Le texte.

En vertu de l'article 48bis de la loi du 6 août 1990 susvisée, § 1^{er}. *L'action en paiement des interventions dans le cadre des services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c), de la présente loi et à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I)², se*

² Précédemment et donc au cours de la période concernée par le litige soumis à la Cour, le texte faisant référence à l'article 7, § 2 et non à l'article 67 de la loi du 26 avril 2010.

prescrit par deux ans à compter du moment où l'événement qui, en vertu des statuts, peut donner lieu à l'octroi d'un avantage, s'est produit.

[...]

§ 2. L'action en récupération de la valeur des interventions financières et indemnités indûment octroyées dans le cadre des services visés aux articles 3, alinéa 1^{er}, b) et c), et 7, § 2, de la présente loi et à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I), se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

Cette prescription n'est pas applicable lorsque l'octroi indu d'interventions financières et indemnités a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué.

[...]

§ 5. Une lettre recommandée à la poste suffit pour interrompre la prescription. L'interruption peut être renouvelée.

§ 6. La prescription est suspendue pour cause de force majeure.

§ 7. Il ne peut être renoncé au bénéfice des prescriptions prévues au § 1^{er}. Les délais de prescription prévus aux §§ 2, 3 et 4 ne peuvent être abrégés, que ce soit par convention ou dans les statuts d'une mutualité ou d'une union nationale.

L'article 52 des statuts reproduit cette disposition légale.

5.2. Son interprétation.

L'action en récupération se prescrit par un délai de deux ans qui prend cours, comme c'est également le cas en assurance obligatoire, au moment du paiement des prestations indues et non au jour où elles ont été effectuées.

Par ailleurs, une simple lettre recommandée suffit pour interrompre la prescription.

5.3. Son application en l'espèce.

La prescription a été interrompue par le courrier adressé par pli recommandé le 28 juillet 2009. Les sommes remboursées avant le 28 juillet 2007 sont prescrites.

L'U.N.M.L. réduit sa demande à la somme de 560,00 €, considérant que les paiements effectués avant le 20 juin 2007 sont atteints par la prescription. Il n'y a pas eu de versements entre le 20 juin et le 28 juillet 2007.

Il convient de donner acte à l'U.N.M.L. de la réduction de la demande.

C'est à tort que l'appelant entend réduire encore le montant en invoquant la prescription dès lors qu'il faut s'en tenir non pas à la date de l'accomplissement des prestations de logopédie mais à celle du paiement effectué (remboursement par séance).

6. Le principe de la récupération de l'indu.

6.1. Les textes.

L'article 164 de la loi du 14 juillet 1994 prévoit que :
Sous réserve de l'application de l'article 142, § 1^{er} et 146, celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités ou de l'assurance maternité, est tenu d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur qui les a octroyées.

L'article 1235 du Code civil énonce :
Tout paiement suppose une dette : ce qui a été payé sans être dû, est sujet à répétition.

6.2. Leur interprétation.

Si, comme indiqué ci-dessus, l'article 164 de la loi coordonnée n'est pas applicable à l'assurance complémentaire, nonobstant la référence expresse figurant dans la décision ainsi que dans la requête introductive d'instance, l'article 1235 du Code civil reprend le même principe du droit au remboursement d'un indu.

6.3. Leur application en l'espèce.

La somme non prescrite constitue un indu récupérable dès lors que les conditions d'intervention de l'assurance complémentaire prévoient, pour la logopédie, que l'intervention n'est accordée qu'à défaut d'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Cette intervention dans le cadre de l'assurance complémentaire a donc un caractère supplétif.

Du fait que l'intervention a été accordée en faveur du prestataire dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, le complément dû initialement dans le cadre de l'assurance complémentaire ne devait plus être versé.

L'appelant n'en a été informé qu'à l'occasion du litige survenu et le cumul n'a été rendu possible que parce qu'au départ, une intervention a été refusée dans le cadre de l'assurance obligatoire et que l'acceptation ultérieure n'a pas été prise en compte par les services de l'U.N.M.L.

Si l'appelant en avait été informé correctement, et dans un langage compréhensible, au moment où le droit lui a été reconnu, il aurait pu réagir lorsque les données ont changé par la suite de la prise en charge des séances dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Rien n'indique qu'il ait reçu les statuts de l'U.N.M.L., dont la Cour a demandé la production à l'U.N.M.L. dans le cadre de la mise en état du dossier à l'audience d'introduction, ni même un courrier explicatif lors de la reconnaissance du droit à une intervention en 2006.

Quant aux explications figurant sur les bulletins de versement, elles ne font qu'indiquer qu'il s'agit d'une intervention complémentaire sans indiquer sur quoi elles portent (« paiem. hors ass. obligatoire »).

7. La révision de la décision en regard de la Charte de l'assuré social.

L'U.N.M.L. considère que la législation relative à la Charte de l'assuré social ne concerne pas l'assurance complémentaire.

Avant de vérifier si la décision de révision a été régulièrement prise et notamment si la décision peut rétroagir, il convient au préalable d'examiner la question de savoir si la Charte s'applique.

7.1. Le champ d'application de la Charte de l'assuré social.

Le texte.

L'article 1^{er} de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la charte » de l'assuré social prévoit :

La présente loi est applicable à toute personne et à toute institution de sécurité sociale.

L'article 2 - qui est au cœur de la détermination du champ d'application - énonce quant à lui :

Pour l'exécution et l'application de la présente loi et de ses mesures d'exécution, on entend par :

1° « sécurité sociale »

a) l'ensemble des branches reprises à l'article 21 de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, y compris celles de la sécurité sociale des marins de la marine marchande et des ouvriers mineurs ;

b) [...]

f) l'ensemble des avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité sociale visée au littera a, accordés, dans les limites de leurs statuts, par les fonds de sécurité d'existence visés au 2°, littera c

L'article 21 de la loi du 29 juin 1981 visée ci-dessus précise :

§ 1^{er}. La sécurité sociale des travailleurs comprend les branches suivantes :

1° les indemnités dues en exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

2° les allocations de chômage ;

3° les pensions de retraite et de survie ;

4° les allocations du chef d'accidents de travail et de maladie professionnelles ;

5° les prestations de santé dues en exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

6° les prestations familiales ;

7° les allocations de vacances annuelles.

Son interprétation.

Il a été écrit que la Charte ne s'appliquait pas aux régimes autres que ceux mentionnés à l'article 2 de la loi, comme les assurances complémentaires³.

Si à l'époque, il n'était guère fait place au doute, la situation a évolué.

D'une part, le législateur a réparé un oubli en insérant l'aide sociale après que la Cour constitutionnelle, dont la saisine avait été limitée à la question portant sur la coexistence de délais de recours différents, ait jugé que « Les articles 2, 1°, e), et 23 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la charte » de l'assuré social, et l'article 71 de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, modifié par la loi du 11 avril 1995, tels qu'ils étaient en vigueur au 1^{er} janvier 1997, ne violent pas les articles 10 et 11 de la Constitution en ce que le demandeur ou le bénéficiaire d'une aide individuelle dispose d'un délai d'un mois pour introduire un recours devant le tribunal du travail contre une décision prise à son égard par un centre public d'aide sociale, alors que le demandeur ou le bénéficiaire du minimum de moyens d'existence dispose d'un délai de trois mois ».

D'autre part, il faut bien constater que le législateur a inséré dans l'article 2, f de la loi du 11 avril 1995 l'ensemble des avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité

³ B. GRAULICH et M. DUMONT, « La Charte de l'assuré social » in *Questions d'actualités : matières judiciaire, pénale et sociale*, Commission Université-Palais, Vol. XXI, janv. 1998, p. 7, spéc. p.17 ; B. GRAULICH, « La Charte de l'assuré social », *Chron.D.S.*, 1998, p.261, spéc. p. 263, n°20.

sociale visée au littera a, accordés, dans les limites de leurs statuts, par les fonds de sécurité d'existence.

La justification d'une distinction à opérer avec l'assurance complémentaire en assurance soins de santé n'apparaît pas puisque dans les deux hypothèses, il s'agit de l'octroi d'avantages complémentaires à la sécurité sociale octroyés grâce à l'appui de fonds qui ne sont pas accordés par l'O.N.S.S. ou une redistribution de fonds d'origine publique et, en outre, avec la circonstance que l'organisme assureur est déjà reconnu comme étant une institution coopérante de sécurité sociale dans le cadre des interventions de l'assurance obligatoire.

Enfin, dès lors que l'assurance complémentaire est une assurance obligatoire qui se greffe sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, son exclusion des dispositions de la Charte se justifie-t-elle encore ? A nouveau, la justification n'apparaît pas.

Les conséquences de cette mise à l'écart de la Charte de l'assuré social sont lourdes pour l'assuré social.

En effet dans cette hypothèse, l'organisme assureur n'est pas tenu, ce qui ne veut pas dire qu'il n'est pas souhaitable qu'il le fasse, de donner à son affilié des informations précises dans un langage compréhensible. Mais aussi, il n'existe pas dans la loi du 6 août 1990 de dispositions spécifiques portant sur la révision, la récupération ou encore la renonciation au remboursement de l'indu. Le législateur n'a inséré dans la loi du 6 août 1990 qu'une disposition en matière de prescription pour l'aligner précisément sur les dispositions en vigueur dans le cadre de l'assurance obligatoire alors par ailleurs que l'harmonisation des délais de prescription a été écartée de la Charte lors des débats parlementaires.

Dès lors, l'affilié de l'assurance complémentaire est privé de toutes les garanties offertes par la Charte.

La Cour estime dès lors utile de poser une triple question préjudicielle à la Cour constitutionnelle.

1. L'article 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social n'est-il pas incompatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il n'inclut pas parmi les matières de sécurité sociale concernées par la loi les assurances complémentaires devenues obligatoires visées par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités alors qu'il inclut les avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité sociale accordés par les fonds de sécurité d'existence créant ainsi sans justification objective une discrimination entre les bénéficiaires d'avantages complémentaires à la sécurité sociale ?
2. La même disposition ne crée-t-elle pas une discrimination injustifiée entre les bénéficiaires de l'assurance obligatoire qui rentrent dans le champ d'application de la Charte et ceux de

l'assurance complémentaire qui en sont écartés, alors qu'ils sont pourtant tous affiliés obligatoirement en même temps aux deux régimes auprès de l'organisme assureur de leur choix ?

3. Dans l'hypothèse où une réponse négative serait donnée à chacune des deux premières questions, l'absence dans la loi du 6 août 1990 susvisée de dispositions portant notamment, comme celles figurant dans la Charte de l'assuré social, sur l'obligation d'information et de conseil de l'institution de sécurité sociale, sur la révision, sur la récupération et sur la renonciation à l'indu ne crée-t-elle pas une discrimination entre les affiliés dont les droits, consistant en un avantage complémentaire à la sécurité sociale à charge d'une institution de sécurité sociale, découlent de cette législation et les assurés sociaux concernés par la Charte de l'assuré social, discrimination contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution combinés le cas échéant à l'article 14 de la C.E.D.H. créant par là une lacune non justifiée objectivement et qui pourrait être aisément comblée en complétant la législation déficiente par référence aux dispositions de la Charte de l'assuré social ?

7.2. La révision dans le cadre de la Charte.

Il convient de réserver à statuer sur les conséquences de la révision avec effet rétroactif de la décision de révision dans l'attente de la réponse que doit apporter la Cour constitutionnelle aux questions posées.

En effet, si l'erreur est due à la seule faute de l'organisme assureur (cf. Loi du 11 avril 1995, art. 17) – question soulevée par l'appelant et sur laquelle la Cour ne se prononce pas encore, la décision ne pourrait rétroagir en telle sorte que l'indu serait inexistant.

8. La mise en cause de la responsabilité de l'U.N.M.L.

Il y a lieu aussi de réserver à statuer sur la question de la responsabilité éventuelle de l'organisme assureur et de ses conséquences potentielles puisque si la décision ne peut rétroagir, l'appelant ne pourrait invoquer un dommage quelconque.

9. La renonciation.

L'U.N.M.L. soutient que si la Charte s'applique ce qu'il conteste, seul l'I.N.A.M.I. pourrait se prononcer sur la demande de renonciation.

L'article 22 de la Charte prévoit en effet que les institutions de sécurité sociale doivent mettre au point une procédure permettant la

renonciation à la récupération de l'indu.

Cependant, même si la Charte est applicable, l'I.N.A.M.I. serait incompétent puisqu'il ne s'agit pas d'un remboursement dans le cadre de l'assurance obligatoire (à charge de fonds émanant de la sécurité sociale) mais d'un remboursement effectué dans le cadre de l'assurance complémentaire (sur les fonds de l'organisme assureur et les cotisations des affiliés) sans apparement que l'I.N.A.M.I. ne puisse intervenir à ce niveau).

Les parties sont invitées à en débattre dans le cadre de la réouverture des débats, avec les autres points réservés, lorsque la Cour constitutionnelle aura donné la réponse aux questions qui lui sont posées.

INDICATIONS DE PROCÉDURE

Vu les pièces du dossier de la procédure et notamment le jugement rendu par défaut le 10 novembre 2011 par la 6^{ème} chambre du tribunal du travail de Namur (R.G. n°11/99/A),

Vu l'appel formé par requête déposée au greffe de la Cour du travail le 12 décembre 2011 et régulièrement notifiée à la partie adverse le jour même, requête portant assignation de l'intimée à comparaître à l'audience du 17 janvier 2012 de la 13^{ème} chambre de la Cour du travail (audience d'introduction), date à laquelle l'examen de la cause a été reporté au 20 mars 2012,

Vu le dossier administratif joint à la requête initiale ainsi que le dossier de l'auditorat du travail de Namur reçu au greffe le 12 janvier 2012,

Vu les conclusions de l'intimée et sa note respectivement reçues au greffe et déposées les 28 décembre 2011 et 20 mars 2012,

Vu le dossier déposé par l'intimée à l'audience du 20 mars 2012 à laquelle les parties ont été entendues en l'exposé de leurs moyens.

Dispositif

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

après en avoir délibéré,

statuant publiquement et contradictoirement,

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,

entendu Madame Germaine LIGOT, Substitut général, en son avis oral donné en langue française et en audience publique le 20 mars 2011,

reçoit l'appel,

annule le jugement dont appel,

statuant par dispositions nouvelles et par suite de l'effet dévolutif de l'appel,

donne acte à l'U.N.M.L. qu'elle réduit sa demande à la somme de 560,00 €,

pour le surplus, ordonne la réouverture des débats aux fins susénoncées,

pose à la Cour constitutionnelle les questions préjudicielles suivantes :

1. L'article 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social n'est-il pas incompatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il n'inclut pas parmi les matières de sécurité sociale concernées par la loi les assurances complémentaires devenues obligatoires visées par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités alors qu'il inclut les avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité sociale accordés par les fonds de sécurité d'existence créant ainsi sans justification objective une discrimination entre les bénéficiaires d'avantages complémentaires à la sécurité sociale ?
2. La même disposition ne crée-t-elle pas une discrimination injustifiée entre les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé qui rentrent dans le champ d'application de la Charte et ceux de l'assurance complémentaire qui en sont écartés, alors qu'ils sont pourtant tous affiliés obligatoirement en même temps aux deux régimes auprès de l'organisme assureur de leur choix ?
3. Dans l'hypothèse où une réponse négative serait donnée à chacune des deux premières questions, l'absence dans la loi du 6 août 1990 susvisée de dispositions portant notamment, comme celles figurant dans la Charte de l'assuré social, sur l'obligation d'information et de conseil de l'institution de sécurité sociale, sur la révision, sur la récupération et sur la renonciation à l'indu ne crée-t-elle pas une discrimination entre les affiliés dont les droits, consistant en un avantage complémentaire à la sécurité sociale à charge d'une institution de sécurité sociale, découlent de cette législation et les assurés sociaux concernés par la Charte de l'assuré social, discrimination contraire aux articles 10 et 11 de la

Constitution combinés le cas échéant à l'article 14 de la C.E.D.H. créant par là une lacune non justifiée objectivement et qui pourrait être aisément comblée en complétant la législation déficiente par référence aux dispositions de la Charte de l'assuré social ?

invite le greffe de la Cour à transmettre à la Cour constitutionnelle une expédition du présent arrêt,

réserve à statuer sur le surplus, dépens y compris.

Ainsi arrêté par

M. Michel DUMONT, Président,
M. Bernard VANASSCHE, Conseiller social au titre d'employeur,
M. Francy CAREME, Conseiller social au titre d'ouvrier,
qui ont assisté aux débats de la cause,
assistés lors de la signature de M. Frédéric ALEXIS, Greffier,
qui signent ci-dessous

Le Greffier

Les Conseillers sociaux

Le Président

et prononcé en langue française, à l'audience publique de la **TREIZIEME CHAMBRE** de la **COUR DU TRAVAIL DE LIEGE**, section de Namur, au palais de justice de NAMUR, Place du Palais de Justice, 5, le **DIX-SEPT AVRIL DEUX MILLE DOUZE** par le Président et le Greffier.

Le Greffier

Le Président

M. Frédéric ALEXIS

M. Michel DUMONT