



Numéro de répertoire
2017/
Date de la prononciation
02/06/2017
Numéro de rôle
14/712/A

Expédié le	Notifié aux parties
à	
Rôle	
Coût	
RDR N°	le

TRIBUNAL DU TRAVAIL DE LIEGE

division de Huy

Troisième chambre

Jugement

En cause de :

Monsieur **Henri G**, né le :

DEMANDERESSE AU PRINCIPAL – DEFENDERESSE SUR RECONVENTION – ayant pour conseil Maître Marielle DONNE, avocate à 4171 Poulseur, place Puissant, 11-13, comparaissant.

Contre :

L'ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES, en abrégé A.N.M.C., dont les bureaux sont établis à 1031 Bruxelles, chaussée de Haecht, 579 BP 40.

DEFENDERESSE AU PRINCIPAL – DEMANDERESSE SUR RECONVENTION – ayant pour conseil Maître Vincent DELFOSSE, avocat à 4000 Liège, rue Beeckman, 45, comparaissant par Maître Sophie DELFOSSE, avocate.

Référence : 20142937/AB

Requête introductive d'instance déposée au greffe le 30.07.2014.

A l'audience publique tenue en langue française le 17.03.2017 :

La cause est reprise ab initio car le siège qui en a connu précédemment ne peut plus être reconstitué.

Les conseils des parties sont entendus en leurs dires et explications et, après la clôture des débats, le ministère public donne un avis verbal.

Et ce jour, à l'appel de la cause,

LE TRIBUNAL PRONONCE LE JUGEMENT SUIVANT :

Vu les articles 1, 30, 34 à 37 et 41 de la loi du 15.06.1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire.

Vu le code judiciaire.

Vu les pièces de la procédure, et notamment :

- la requête introductive d'instance du 30.07.2014,
- le dossier de l'auditorat du travail déposé au greffe le 14.11.2014,
- le jugement de réouverture des débats du 03.06.2016,
- les conclusions après réouverture des débats déposées au greffe pour l'A.N.M.C. le 15.02.2017,
- la jurisprudence déposée par le conseil de Monsieur G le 28.02.2017,
- les conclusions après réouverture des débats déposées pour Monsieur G lors de l'audience du 17.03.2017, ainsi que le dossier de pièces,
- le procès-verbal d'audience.

1. OBJET INITIAL DE LA DEMANDE

Le recours formé par Monsieur G a pour objet de contester une décision de récupération de l'A.N.M.C. du 29.04.2014. Cette décision est libellée comme suit :

« A l'examen de votre dossier, nous constatons que vous avez indument perçu des indemnités pour la période du 3 mai 2013 au 31 mars 2014 pour un montant de 7.602,17 euros. Nous vous demandons de rembourser ce montant pour la raison suivante :

Durant les six premiers mois d'incapacité de travail, vous pouvez prétendre au bénéfice de l'application de l'article 211 de l'Arrêté royal du 3/07/1996, à savoir que, pendant cette période, les indemnités de maladie sont égales aux allocations de chômage.

Toutefois, après vérification de votre dossier, nous constatons avoir commis une erreur dans l'encodage de votre taux journalier chômage. Nous avons procédé à une rectification. (...) »

Par conclusions déposées le 23.10.2014, le conseil de l'A.N.M.C. forme une action reconventionnelle pour obtenir un titre relativement à cette somme indue de 7.602,17 €.

2. RETROACTES EN FAIT ET PROCEDURE

Monsieur G a commencé à percevoir des indemnités de mutuelle le 03.05.2013.

Dès le début des versements par la mutuelle, et suite à une erreur d'encodage du taux de chômage, Monsieur G a perçu le double des indemnités auxquelles il pouvait prétendre.

Le 29.04.2014, la décision dont recours était prise (voir ci-dessus).

Le 08.05.2014, soit quelques jours après la décision dont recours, Monsieur G adressait une longue correspondance à sa mutualité, (voir dossier de Monsieur l'auditeur – pièces 8). Il explique notamment :

« Par la présente, je reviens sur votre courrier du 29 avril dernier me réclamant la somme de 7.602,17 € ensuite d'une perception indue d'indemnités.

Pour rappel et si nécessaire, l'erreur pour laquelle ce remboursement m'est aujourd'hui réclamé est le fruit d'erreurs de votre part.

En effet, suite aux premiers versements et sur base des indications reprises sur la communication figurant sur les extraits de compte, je me suis rendu au bureau de la mutualité de Huy en vue de m'enquérir de la situation parce que les montants perçus me semblaient trop élevés par rapport à ce que je percevais antérieurement du chômage.

Ce à quoi, il m'a été répondu que ces indemnités étaient calculées sur base d'informations fournies par le chômage et qu'il n'y avait pas lieu de m'inquiéter. (...)

Comment vais-je payer ?

En outre, lorsque je percevais les indemnités de chômage (+850 €) avec un loyer moindre, je devais déjà solliciter ma famille pour payer l'eau, électricité, assurances (voir annexes) ... la différence perçue entre mes allocations de chômage et mon loyer servant à payer mes soins de santé, mes médicaments (voir annexes) et la nourriture.

Alors, je vous le demande comment dois-je faire pour vous rembourser ?

En effet, j'ai signé la reconnaissance de dettes pour ce montant de 7.602,17 € mais il m'est impossible de vous rembourser ce montant. (...) »

Dans les pièces produites par l'A.N.M.C. (dossier administratif), figure cette reconnaissance de dettes datée du 08.05.2014.

Par la suite, Monsieur G a finalement contesté de manière judiciaire la récupération en déposant une requête le 30.07.2014.

Les parties, dans leurs premières conclusions, ne mentionnaient pas cette reconnaissance de dette signée par Monsieur G le 08.05.2014 sur laquelle figure la mention manuscrite « *lu et approuvé* ».

Comme rappelé par le tribunal, la reconnaissance de dette est un acte écrit par lequel une personne, le débiteur, reconnaît devoir une somme d'argent à une autre personne, le créancier.

Il s'agit d'un acte unilatéral qui, pour pouvoir produire pleinement ses effets juridiques, doit respecter le prescrit de l'article 1326 du Code civil. La reconnaissance de dette ne doit pas nécessairement être rédigée devant un notaire. Il peut donc s'agir d'un simple acte sous seing privé.

En principe, la reconnaissance doit être écrite entièrement de la main du débiteur et conservée par le créancier jusqu'au remboursement de la somme.

Dans l'hypothèse où la reconnaissance de dette n'est pas entièrement manuscrite, il est nécessaire que le débiteur écrive de sa main la formule « bon » ou « approuvé » avec la somme indiquée en toutes lettres. A défaut de respecter cette exigence, l'écrit ne sera pas considéré comme une reconnaissance de dette, mais ne vaudra que comme un commencement de preuve par écrit. Il pourra donc être complété par des témoignages et présomptions.

Il résulte de l'article 1326 du Code civil que la reconnaissance de dette implique que le montant de l'engagement du débiteur soit connu au moment de la signature de la reconnaissance de dette. Par ailleurs, en cas de différence entre la somme indiquée en lettres et la somme indiquée en chiffres dans la reconnaissance de dette, c'est la somme indiquée en lettres qui doit prévaloir.

La reconnaissance de dette doit également être datée, signée et mentionner les noms, prénoms et dates de naissances respectifs du débiteur et du créancier. Les parties sont toutefois libres de rajouter d'autres mentions telles que la date à laquelle le paiement deviendra exigible, le taux d'intérêt applicable ou les modalités de remboursement (paiement en une fois, paiements successifs, etc...)

Il n'est par contre pas requis que la reconnaissance de dette mentionne la cause de la dette puisque toutes les obligations sont présumées avoir une cause et ce même si celle-ci n'est pas expressément mentionnée dans l'acte. Lorsque la reconnaissance de dette ne mentionne pas la cause de la dette du débiteur, on parle de « billet non causé ».

La présomption selon laquelle la reconnaissance de dette repose sur une cause valable est toutefois réfragable. Le débiteur peut donc renverser la charge de la preuve en prouvant que la reconnaissance de dette est dépourvue de cause, affectée d'une cause illicite, d'une fausse cause ou d'une cause erronée.

La preuve contraire peut être administrée par toute voie de droit, et notamment à l'aide de présomptions humaines.

Il résulte de ce qui précède que dans l'hypothèse où la cause n'est pas exprimée dans la reconnaissance de dette et que le débiteur conteste l'existence ou la

licité de la cause, le juge devra vérifier l'existence de celle-ci et la déterminer. A défaut de cause valable, la reconnaissance de dette devra être considérée comme nulle, et ce, même si les conditions prescrites par l'article 1326 du Code civil ont été respectées, (Voir Répertoire notarial, la Preuve, TOME IV – les obligations, n°141 et ss).

Le tribunal a considéré que les parties devaient s'expliquer de manière contradictoire sur la valeur de la reconnaissance de dette signée par Monsieur G le 08.05.2014. Monsieur G est-il toujours dans les conditions pour se prévaloir de l'article 17 de la charte de l'assuré social ?

C'est en ce sens qu'un jugement de réouverture des débats a été prononcé.

3) DISCUSSION

a) Textes applicables :

L'article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994 prescrit :

Sous réserve de l'application de l'article 142, § 1er 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. Toutefois, la valeur des prestations octroyées indûment à un bénéficiaire est remboursée par le dispensateur qui ne possède pas la qualification requise ou qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Si, toutefois, les honoraires relatifs aux prestations octroyées indûment n'ont pas été payés, le dispensateur de soins et le bénéficiaire qui a reçu les soins sont solidairement responsables du remboursement des prestations octroyées indûment. Les prestations mentionnées sur les attestations, les factures ou les supports magnétiques, qui ne sont pas introduites ou corrigées selon les modalités fixées en cette matière par le Roi ou par règlement, sont considérées comme des prestations octroyées indûment et doivent dès lors être remboursées par le dispensateur de soins, le service ou l'établissement concerné.

En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins. Le Roi fixe les règles selon lesquelles les prestations indûment payées, qui ont trait au budget des moyens financiers attribué aux hôpitaux, défini dans l'article 95 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, et qui sont comprises dans les montants qui sont payés en douzièmes par les organismes assureurs, sont fixées, portées en compte, récupérées et comptabilisées.

Toutes les récupérations de paiements indus découlant du présent article peuvent être introduites selon la procédure prévue à l'article 704, § 2, du Code judiciaire. Elles bénéficient du privilège visé à l'article 19, 4°, alinéa 1er, de la loi hypothécaire du 16 décembre 1851.

Sous réserve de l'application de l'article 142, § 1er et 146, toutes les prestations payées indûment sont inscrites à un compte spécial. Ces prestations sont récupérées par l'organisme assureur qui les a accordées dans les délais fixés par le Roi et par toutes voies de droit y compris la voie judiciaire.

La récupération des prestations indûment payées peut être effectuée conformément aux dispositions de l'article 206bis, § 1er, ou conformément à l'article 206bis, § 2, pour ce qui concerne les prestations dont la non-récupération peut être admise comme justifiée comme visé à l'article 194, § 1er, b).

Toutefois, le Roi peut dispenser l'organisme assureur de récupérer certains montants de minime importance selon les modalités et dans les limites qu'il détermine.

Le Roi détermine aussi les règles selon lesquelles les organismes assureurs sont autorisés, sur proposition du médecin-directeur, à renoncer à la récupération des prestations indues dans des cas dignes d'intérêt. Ces cas doivent être notifiés au Service d'évaluation et de contrôle médicaux par les médecins-directeurs concernés.

S'il est constaté par le Service du contrôle administratif soit qu'un paiement indu a été effectué, soit qu'une prestation doit être payée ou complétée, l'organisme assureur peut, dans les deux mois qui suivent la notification prévue à l'article 162, porter le litige éventuel devant le tribunal du travail.

Le Roi peut, dans certains cas d'affiliation ou d'inscription en une qualité erronée, dispenser le bénéficiaire des prestations indues d'en rembourser la valeur. Dans ce cas, Il peut également prévoir le non-remboursement des cotisations perçues indûment.

Si l'affiliation ou l'inscription en une qualité erronée résulte de manœuvres frauduleuses, la valeur des prestations accordées au bénéficiaire qui a effectué ces manœuvres est toujours à récupérer, que l'affiliation ou l'inscription puisse, ou non, être régularisée par la prise en considération d'une autre qualité valable.

L'article 17 de la charte de l'assuré social prescrit :

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.

L'article 1326 du code civil prescrit :

Le billet ou la promesse sous seing privé par lequel une seule partie s'engage envers l'autre à lui payer une somme d'argent ou une chose appréciable, doit être écrit en entier de la main de celui qui le souscrit; ou du moins il faut qu'outre sa signature, il ait écrit de sa main un "bon" ou un "approuvé", portant en toutes lettres la somme ou la quantité de la chose;

Excepté dans le cas où l'acte émane de marchands, artisans, laboureurs, vigneron, gens de journée et de service.

Selon la jurisprudence, « L'article 17, alinéa 2, de la Charte de l'assuré social fait, sous certaines conditions, obstacle à la récupération des indus qui découlent d'une erreur de l'institution de sécurité sociale.

Cet article s'applique en cas de décision erronée nécessitant une révision. Il vise en effet la « nouvelle décision ».

Il ne vise donc pas, par exemple, les paiements effectués par erreur alors que la décision d'octroi est correcte et ne nécessite pas d'être revue.

14. L'article 17, alinéa 3, de la Charte de l'assuré social permet la récupération des indus découlant d'une erreur de l'institution lorsque le bénéficiaire savait ou devait savoir que le montant versé ne lui était pas dû.

D'après les travaux préparatoires, l'article 17, alinéa 2 n'est pas d'application (et la décision est donc rétroactive) : « si l'erreur résulte du dol, de la fraude, des manœuvres frauduleuses ou de l'omission par l'assuré social de faire une déclaration prescrite par une disposition légale ou réglementaire » (voir Doc. Parl., Ch., sess. 1996-97, 907/1, exp. des motifs, p. 15).

Or, selon l'article 1, alinéa 2, de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions et allocations, « toute personne qui sait ou devait savoir n'avoir plus droit à l'intégralité d'une subvention, indemnité ou allocation, (...) , est tenue d'en faire la déclaration », (C.T. Bruxelles, arrêt du 24.03.2010, consultable sur www.juridat.be).

La Cour du travail de Liège dans un arrêt du 18.12.2009, (R.G. 36.268/09 cité dans Regards croisés sur la sécurité sociale, CUP 2012, éditions Anthémis), indique :

(...) L'article 17 de la loi du 11 avril 1995 consacre, en son alinéa 1er, le caractère rétroactif de la rectification d'une décision entachée d'une erreur de droit ou matérielle, principe auquel son alinéa 2 apporte une importante dérogation au cas où l'erreur est imputable à l'institution de sécurité sociale, exception à laquelle un tempérament est apporté par l'alinéa 3 dans l'hypothèse où l'assuré social

savait ou devait savoir qu'il n'avait pas ou plus droit à l'intégralité d'une prestation.

1.1. L'article 17, alinéa 1er, se lit comme suit :

« 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. »

1.2. L'article 17, alinéa 2, définit comme suit la dérogation qui est apportée à ce principe :

« 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. »

1.3. L'article 17, alinéa 3, énonce comme suit le tempérament qui est apporté à cette exception :

« 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. »

2. Son interprétation par la doctrine et la jurisprudence.

2. 1. La doctrine voit dans l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 une exception très importante au principe de la rétroactivité des décisions rectificatives (H. Mormont et J. Martens, « La révision des décisions administratives et la récupération de l'indu dans la Charte de l'assuré social » étude publiée dans l'ouvrage collectif « Dix ans d'application de la charte de l'assuré social » Études pratiques de droit social, Kluwer, n° 71, p.64).

2.2. Ces auteurs écrivent que cette dérogation constitue « une forme de consécration légale du principe du respect des attentes légitimes d'autrui. En effet, aucune révision rétroactive, et partant aucune récupération, ne sera possible si c'est par l'erreur de l'institution de sécurité sociale que l'assuré social s'est vu accorder une prestation à laquelle il ne pouvait prétendre, ou plus importante que celle à laquelle il avait droit. »

2.3. Ils ajoutent que « cette exception requiert enfin que le caractère erroné de la décision révisée procède de l'institution de sécurité sociale, par opposition à une erreur qui serait imputable à l'assuré social, voire à un tiers. Ce n'est que lorsque l'institution s'est trompée qu'elle perd le droit à une révision rétroactive. Le fait de savoir si l'erreur justifiant la révision procède bien de l'institution de sécurité

sociale ne paraît guère problématique. La jurisprudence offre à cet égard un certain nombre d'exemples. » (H. Mormont et J. Martens, op.cit., n° 74, p. 67).

2.4. La Cour du travail de Liège a, dans un arrêt du 22 décembre 2005 (R.G.n° 32.537/2004), considéré que constituait une erreur de l'institution de sécurité sociale un mauvais calcul du montant des indemnités de maladie par une mutuelle. (...)»

Par cet arrêt du 22.12.2005, (consultable sur www.juridat.be), la Cour du travail de Liège indiquait :

« (...) Les 2 parties ont exposé dans leurs répliques à cet avis leurs positions sans demander une réouverture des débats. L'affaire est ainsi en état d'être jugée.

L'UNML invoque dans sa réponse l'article 18bis de la même charte ainsi que l'article 164 de la loi coordonnée du 14.7.1994.

L'article 18bis qui énonce que " 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. " n'est cependant pas (encore) applicable à défaut du Roi d'avoir pris un arrêté d'exécution.

L'article 164 de la loi coordonnée du 14.7.1994 qui dispose que : " Sous réserve de l'application de l'article 141, §§ 2, 6 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 " énonce un principe général mais ne précise pas les modalités de la récupération. L'article 17 de la Charte de l'assuré social fixe dans son premier alinéa une telle modalité et prévoit dans son 2ème alinéa une exception à cette modalité quand l'indu provient d'une erreur p.ex. d'une mutuelle, comme en l'espèce. L'article 164 précité n'est ainsi pas en contradiction avec la Charte de l'assuré social mais le complète.

Le 6.5.2002, la Cour de Cassation a arrêté que lorsqu'une décision administrative originaire est entachée d'une erreur matérielle, il n'est pas fixé de délai à partir duquel la nouvelle décision administrative prend effet ; la nouvelle décision administrative produit dès lors ses effets le premier jour du mois qui suit la notification, si le droit à la prestation est inférieur à celui reconnu initialement. (RG S010119N, juridat).

En l'espèce, le trop-perçu par l'appelante est dû à une erreur de l'intimée. La décision constatant une erreur en faveur de l'appelante dans le calcul de son taux journalier et réclamant le remboursement du trop-perçu date du 7.12.2000. En vertu du 2ème alinéa de l'article 17 précité, elle ne produit ses effets qu'au 1.1.2001.

Le remboursement vise cependant une période antérieure à cette date (1.10.1999 au 6.10.2000).

Il n'y a donc pas d'indu récupérable.

L'appel est fondé sur ce point. (...). »

b) En l'espèce :

Le conseil de l'A.N.M.C. insiste sur l'alinéa 3 de l'article 17 de la charte de l'assuré social. Il admet que l'indu réclamé à Monsieur G résulte d'une erreur d'encodage de la mutuelle. Par contre, il estime que Monsieur G devait savoir qu'il percevait un montant d'indemnité bien trop important. Du reste, Monsieur G soutient avoir fait des démarches auprès des services régionaux de la mutuelle pour s'assurer du montant perçu, soit le double de ce qu'il aurait dû percevoir. Il ne rapporte pas la preuve de ses démarches.

De plus, le conseil de l'A.N.M.C. rappelle qu'en l'espèce la situation soumise au tribunal ne permet pas l'application de l'article 17 de la charte de l'assuré social. Ce dernier s'applique 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.

Ce n'est pas le cas d'espèce. Monsieur G a perçu des indemnités trop élevées consécutivement à une erreur d'encodage.

Le conseil de Monsieur G estime quant à lui que l'article 17 de la charte de l'assuré sociale doit s'appliquer au profit de Monsieur G. Il produit un arrêt de la Cour du travail de Bruxelles du 22.12.2005, (R.G. 45.112).

Relativement à la reconnaissance de dettes, elle n'est pas conforme au prescrit de l'article 1326 du code civil. De plus, la reconnaissance de dette doit reposer sur une cause valable. Ce n'est pas le cas en l'espèce, car Monsieur G au jour de sa signature ignorait totalement l'existence de la charte de l'assuré social. Il n'a pas été correctement averti par la mutuelle des conséquences de sa signature au regard de la charte de l'assuré social. La reconnaissance ainsi signée doit donc être considérée comme nulle parce que la cause et son mobile sont erronés.

Monsieur l'auditeur estime le recours de Monsieur G non fondé. En effet, Monsieur G ne démontre pas suffisamment sa bonne foi spécialement par des démarches écrites auprès de la mutuelle pour vérifier l'exactitude du taux de ses indemnités de mutuelle durant la période litigieuse, (montant double au regard de ses allocations de chômage).

Le tribunal constate que l'indu est consécutif à une erreur d'encodage. Il résulte du dossier de l'A.N.M.C., pièce 8 du dossier de l'auditorat, que la personne en charge de l'encodage des données de Monsieur G au moment de son entrée en incapacité de travail. Cette personne a tenu compte d'un montant d'allocation de chômage journalière de 67,193 € alors que le montant perçu par Monsieur G était de 35,94 €. Pourtant, avec un peu d'attention à la lecture de la feuille de renseignements chômage, le montant de 35,94 € est repris à deux reprises.

Cette erreur grossière a perduré 10 mois. Le tribunal souligne que la décision initiale d'octroi n'est pas produite par l'A.N.M.C. Il eut pourtant été intéressant de la produire.

Le 29.04.2014, la décision contestée est expédiée à Monsieur G. Ce dernier réagit très vite par courrier du 08.05.2014. Monsieur G soutient avoir à deux reprises au moins pris contact verbalement avec les services de l'A.N.M.C. pour vérifier le montant de son indemnité qui lui semblait trop élevé. Il lui aurait été indiqué à chaque fois que le montant de l'indemnité versé était correct. Monsieur G a consécutivement à la décision du 29.04.2014 signé une reconnaissance de dette pour le montant de l'indu.

Au vu des faits, le tribunal suit l'avis du conseil de Monsieur G relativement à la validité de la reconnaissance de dette. Lors de la signature de ce document, Monsieur G n'a pas été informé du contenu de la charte de l'assuré social, spécialement l'article 17. Au vu de la qualité spécifique de Monsieur G, (assuré social – article 2/7° de la charte) cette reconnaissance de dette devait être précédée d'une complète information sur sa situation. La reconnaissance de dette est ainsi viciée quant à sa cause.

Une fois ce document écarté, il est certain que l'indu réclamé à Monsieur G est consécutif à une erreur de la mutuelle. La décision d'octroi non produite a été prise. Cette décision d'octroi est revue par la décision litigieuse du 29.04.2014. Cette décision ne peut être rétroactive. Le remboursement vise une période antérieure à cette date. Il n'y a donc pas d'indu récupérable.

Le recours principal est fondé.

L'action reconventionnelle est quant à elle non fondée.

Par ces motifs, le tribunal statuant contradictoirement,

Vu le jugement avant dire droit du 03.06.2016.

SUR avis oral non conforme de Monsieur Matthieu SIMON, substitut de l'auditeur du travail,

DIT le recours de Monsieur G fondé.

DIT l'action reconventionnelle de l'A.N.M.C. non fondée.

CONDAMNE l'A.N.M.C. aux dépens, soit l'indemnité de procédure liquidée par le conseil de Monsieur G à la somme de 240,50 €.

FAIT ET PRONONCE, en langue française, à l'audience publique de la TROISIEME
Chambre du Tribunal du Travail de Liège, division de Huy, du DEUX JUIN DEUX MILLE
DIX-SEPT.

PRESENTS :

Monsieur Laurent SACRE, juge, présidant l'audience ;

Monsieur Eric VAN TRAELEN, juge social au titre d'employeur ;

Monsieur Gérard LOYENS, juge social au titre d'employé ;

Monsieur Frédéric GILLET, greffier.

Le greffier

Le président et les juges sociaux