



ARRET

AUDIENCE PUBLIQUE DU 15 SEPTEMBRE 2010

R.G. 2007/AM/20.565.

Sécurité sociale des travailleurs salariés - Assurance maladie invalidité - Poursuite d'une activité pendant la période d'incapacité de travail sans avoir recueilli l'autorisation préalable du médecin-conseil.

Situation déniait la réalité de l'incapacité de travail - Octroi ultérieur d'autorisations de travail à temps partiel – Absence de tout effet juridique attaché à ces autorisations compte tenu de la méconnaissance par le médecin-conseil de l'organisme assureur de la situation réelle de l'assuré social.

Récupération d'indu – Détermination du délai de prescription applicable – Notion de manœuvres frauduleuses – Procès-verbal de constatation d'infractions dressé par l'INAMI – Détermination du point de départ du délai de notification.

Nécessité pour l'organisme assureur d'introduire une demande reconventionnelle avant l'expiration du délai de perception prévue par l'article 174 de la loi coordonnée aux fins de disposer d'un titre exécutoire pour récupérer l'indu.

Art. 580 § 2 du Code judiciaire.

Arrêt contradictoire,
définitif

EN CAUSE DE :

Monsieur A.N., domicilié à ...;

Appelant au principal,

Intimé sur incident,

Demandeur et défendeur originaires,
comparaissant en personne et assisté de son
conseil Me Jacques, avocat à Bruxelles ;

CONTRE :

1° L'UNION NATIONALE DES
MUTUALITES SOCIALISTES, en abrégé
U.N.M.S., organisme assureur dont le siège
social est sis à 1000 Bruxelles, rue Saint-Jean, n^{os}
32-38,

Intimée au principal,

Appelante sur incident,

Défenderesse et demanderesse originaires,
comparaissant par son conseil Me Cipriano loco
Me Massin, avocat à Gilly ;

R.G. 20.565

2^o L'INSTITUT NATIONAL
D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITE
(INAMI), dont le siège est établi à 1150
BRUXELLES, Avenue de Tervuren, n^o 211,

Intimé au principal,
Défendeur originaire, par son conseil Me
Degrève, avocat à Marcinelle ;

La Cour du Travail, après en avoir délibéré, rend ce jour l'arrêt suivant :

Vu les antécédents de la procédure et notamment :

- l'acte d'appel enregistré sous forme de requête déposée au greffe de la Cour le 16 février 2007 et tendant à la réformation d'un jugement contradictoire prononcé le 15 janvier 2007 par le Tribunal du travail de Charleroi, section de Charleroi ;
- l'arrêt prononcé le 29 septembre 2009 par la Cour de céans qui, après avoir déclaré les appels principal et incident recevables, avant de statuer quant à leur fondement, ordonna la réouverture des débats aux fins de permettre aux parties et plus particulièrement à Monsieur A. et à l'UNMS de répondre de manière circonstanciée aux questions soulevées en produisant aux débats toutes les pièces étayant leur argumentation respective ;

Vu, pour l'UNMS, ses conclusions après réouverture des débats reçues au greffe le 26 novembre 2009 ;

Vu, pour Monsieur A., ses conclusions après réouverture des débats déposées au greffe le 29 janvier 2010 ;

Vu, pour l'INAMI, ses conclusions après réouverture des débats reçues au greffe le 25 février 2010 ;

Entendu les conseils des parties, en leurs dires et moyens, à l'audience publique du 21 avril 2010 ;

Où le Ministère public en la lecture de son avis écrit à l'audience publique du 19 mai 2010 auquel seul Monsieur A. a répliqué aux termes de conclusions sur avis déposées au greffe le 15 juin 2010 ;

Vu les dossiers des parties ;

R.G. 20.565

I. ECARTEMENT DES DEBATS DE LA PIECE N° 27 PRODUITE PAR MONSIEUR A. APRES LA CLOTURE DES DEBATS.

Monsieur A. a produit à l'appui de ses conclusions en réplique à l'avis de Monsieur l'Avocat général une pièce portant le n° 27 réceptionnée au greffe le 15 juin 2010 soit après la clôture des débats intervenue à l'audience du 21 avril 2010.

Ce faisant, à ce stade du débat judiciaire, les conclusions en réplique à l'avis de Monsieur l'Avocat général ne peuvent être assorties de nouvelles pièces ni introduire une demande incidente ou faire une offre de preuve à propos d'un fait que le Ministère public a, dans son avis, considéré comme non établi (Cass., 20 septembre 2004, Pas., 2004, I, p. 1368, ce qui constitue non pas une réplique à l'avis mais la poursuite des débats entre parties après la clôture de ceux-ci).

Il s'impose, dès lors de rejeter des débats la pièce portant le n° 27 du dossier de Monsieur A..

RAPPEL DES FAITS DE LA CAUSE ET DES ANTECEDENTS DE LA PROCEDURE.

Il ressort des éléments auxquels la Cour de céans peut avoir égard que Monsieur A., né 1951, a débuté son activité professionnelle le 1^{er} juillet 1970 au service de la S.A. COCKERILL SAMBRE en qualité d'ouvrier électromécanicien jusqu'au 10 septembre 1984, date à laquelle il fut reconnu en état d'incapacité de travail par le médecin conseil de son organisme assureur et ce, à la suite d'une crise d'asthme.

A partir de 1979, Monsieur A. avait également débuté, à titre complémentaire, une activité de courtier indépendant en assurances.

Le 15 novembre 1985, Monsieur A. fit apport non rémunéré de son portefeuille d'assurances au sein de la SPRL NICK ASSUR, une société qu'il avait nouvellement constituée avec son épouse et dont il était statutairement le gérant non rémunéré.

Auparavant, soit à partir du 6 septembre 1985 et jusqu'au 11 juillet 1996, Monsieur A. a bénéficié de trois types d'autorisation de travail par le médecin conseil de son organisme assureur qui fut renouvelée d'année en année.

En date du 15 juillet 1996 et ce alors que la dernière autorisation de travail délivrée par le médecin conseil produisait ses effets jusqu'au 31 mars 1997, Monsieur A. fit savoir au médecin conseil de son organisme assureur qu'il avait mis un terme à ses fonctions de gérant avec effet au 12 juillet 1996, ajoutant « qu'à partir de ce jour, il devenait invalide à temps complet » (pièce 4 du dossier de Mr A.).

Par courrier recommandé du 14 octobre 1996, l'UNMS notifia à Monsieur A. sa décision de récupérer à sa charge la somme de 61.904 frs (1.534,56 €) représentant les indemnités d'incapacité de travail versées indûment du 1^{er} avril 1996 au 5 mai 1996 et ce, au motif que Monsieur A. « avait travaillé sans autorisation ».

R.G. 20.565

Monsieur A. forma le 5 novembre 1996 un recours au greffe du tribunal du travail de Charleroi, lequel fut enregistré sous le n° 50920.

Une autorisation de travail fut toutefois accordée avec retard le 6 mai 1996 par le Docteur COOL, médecin conseil de l'organisme assureur pour la période débutant le 1^{er} avril 1996.

En date du 8 juillet 1999, le médecin inspecteur de l'INAMI notifia à Monsieur A. sa décision selon laquelle il estimait qu'il n'était plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et ce avec effet au 13 juillet 1999 dans la mesure où il le considérait apte « aux professions légères type employé ».

Le 14 juillet 1999, Monsieur A. introduisit au greffe du tribunal du travail de Charleroi un recours contre cette décision qui fut enregistrée sous le n° 56.055.

La farde d'information de l'auditorat du travail contient la thèse de l'INAMI ainsi qu'un long rapport médical du médecin-inspecteur du service central de contrôle dont la conclusion peut être citée :

« Après avoir interrogé et examiné Monsieur A.N. et après avoir pris connaissance de tous les éléments médicaux à ma disposition, le médecin-inspecteur estime que l'intéressé n'a jamais eu de répercussions fonctionnelles en conséquence de ses difficultés respiratoires qui puissent entraîner une incapacité de travail à un taux supérieur à plus de 66% et ce au cours de la période litigieuse c'est-à-dire du 10 septembre 1984 à la date du présent examen soit le 8 juillet 1999.

Les travaux mis en évidence, à savoir des travaux de bureau dans le cadre d'une société d'assurances étaient parfaitement compatibles avec l'état de santé de l'intéressé, c'est la raison pour laquelle il a été mis fin à son incapacité de travail à partir du 13 juillet 1999 en lui adressant en date du 8 juillet 1999 par voie recommandée une notification de fin d'incapacité de travail ».

Il résulte du dossier de l'INAMI que cette décision a été prise à la suite de la transmission d'un dossier concernant Monsieur A. établi par le service de contrôle médical de l'INAMI.

Ce dossier comprend, notamment, une audition de Monsieur A. enregistrée le 14 septembre 1998 par le contrôleur-adjoint du service du contrôle médical de l'INAMI, Monsieur D. :

« Comme qualification professionnelle, je suis titulaire d'un diplôme A2 en électromécanique et deux années de graduat de comptabilité, ainsi que d'un diplôme de courtier en assurance.

Dans ce secteur d'activité, j'ai travaillé comme indépendant à titre complémentaire. J'étais salarié à titre principal en usine à COCKERILL SAMBRE.

C'est alors que j'ai connu des ennuis de santé et j'ai émargé à la mutuelle.

R.G. 20.565

En 1985 exactement, j'ai constitué avec mon épouse S. M., une SPRL NICK ASSUR, dont l'objet était l'activité en assurances.

Dans les statuts, j'étais le gérant non rémunéré.

Je bénéficiais d'une autorisation de travail à temps partiel accordée par mon médecin-conseil. Avec ce document, je pouvais exercer mon métier environ 4 heures par semaine.

Concrètement, c'est mon épouse qui se rendait chez les clients et qui a développé grâce au bouche à oreille le volume d'activité.

En ce qui me concerne, je restais à la maison où je supervisais les données administratives qui entouraient la conclusion des différents contacts.

Il s'agit d'un petit portefeuille d'assurance d'environ 400 à 500 clients, ce qui explique qu'il n'a jamais fallu engager de personnel pour assurer un travail de secrétariat par exemple ; je ne possède pas d'ordinateur.

Dernièrement, mon autorisation a été supprimée suite à la nouvelle législation : il était interdit d'exercer un mandat de gérant à titre gratuit et ce uniquement par rapport à mon statut d'invalidé.

Cela a provoqué des changements statutaires dans la mesure où nous avons dû faire apparaître dans les statuts un ami appelé F. J.-J., indépendant garagiste également pour assurer le poste de gérant.

Cela est la résultante de la décision brutale de l'INAMI qui du jour au lendemain n'a plus voulu accepter mon mandat gratuit.

Ce Monsieur F. n'est pas assureur. Il a démissionné de son mandat de gérant au profit de mon épouse le 1^{er} mars 1998.

En effet, entre-temps, j'avais acquis la certitude qu'avec plus de 10 ans de présence dans la société elle pouvait légalement assurer un titre de gérant.

La société (personne morale) a obtenu une agrégation auprès de l'organisme de contrôle des assurances.

Il n'y a pas d'obligation dans le chef de mon épouse d'être diplômée en courtage pour obtenir cette agrégation.

Mon épouse peut en personne physique assurer la gestion de l'entreprise.

Actuellement, au vu de ma situation d'époux, je peux aider celle-ci dans son travail de bureau.

Par exemple mettre les papiers en ordre, recevoir des coups de téléphone, si elle est occupée à nettoyer ou à cuisiner, je reçois les clients, j'établis une carte verte.

Cette aide est occasionnelle.

R.G. 20.565

Vous m'interrogez quant à des avantages en nature qui m'ont été imposés par les contributions pour les années 95, 96.

Ce problème se situe uniquement aux frais de voiture déduits par la société.

Sur base des agendas de route, les Contributions ont toujours été d'accord de déduire les frais de route sans pour autant me les attribuer en avantages de toutes natures.

Brutalement, suite à un contrôle en 1996, l'Administration a changé son fusil d'épaule et a modifié sa position avec effet rétroactif pour les deux exercices en cause.

Je suis en recours contre cette décision aussi bien en impôt des personnes physiques comme en impôt des sociétés.

Si les Contributions estiment mon kilométrage trop élevé, c'est en fait parce qu'à l'époque j'habitais ST-GERARD, distant de l'agglomération carolorégienne d'environ 25 Kms.

Etant donné la présence de toute la clientèle à CHARLEROI, cela imposait automatiquement deux allers et retours vers mon domicile par jour.

En ce qui concerne la tenue des agendas de route, mon épouse complète des petits papiers volants et ceux-ci je les retranscris sur ces agendas.

En fait, ce travail d'écriture est réalisé par moi-même.

Ce travail a toujours lieu après la journée de travail.

Je relève l'index kilométrique.

Auparavant, mon épouse travaillait comme aidante rémunérée à mes côtés alors que c'est moi qui payais les cotisations sociales relatives à l'activité indépendante.

Depuis qu'elle est devenue gérante, c'est elle qui paie les cotisations sociales et moi qui suis devenu son aidant.

En ce qui concerne l'évolution du chiffre d'affaires au départ je percevais +/- 450.000 Frs de commissions. Actuellement, nous sommes passé à +/- 2.000.000 Frs.

Cela s'explique notamment par l'indexation automatique, des augmentations automatiques de certaines primes vendues par certaines compagnies (...).

Vous m'interrogez au sujet des autorisations de travail obtenues auprès du médecin-conseil.

J'ai toujours tenu à me renseigner avant de faire quoique ce soit.

Suite à l'introduction de mon certificat d'incapacité de travail le 10 septembre 1984, j'ai continué à remettre mes bons de cotisation comme

R.G. 20.565

travailleur indépendant. Autrement dit, la mutuelle était au courant de l'existence d'une activité indépendante à mon nom.

Subitement, en 1985, j'ai été convoqué à la mutuelle où l'on m'a reproché cette activité et où l'on m'a invité à rembourser mes indemnités étant entendu que je n'avais pas cessé toute activité professionnelle.

J'ai contesté ce fait car à mon avis, il s'agissait d'une erreur de la mutuelle, autrement dit ceux-ci auraient dû me parler des autorisations de travail à temps partiel dès le début de mon incapacité. J'ai menacé d'aller au tribunal pour défendre ma position.

Nous sommes finalement arrivés à un arrangement en obtenant de la part du Dr KLELS une autorisation pour moi exercer mon activité de courtier 4 à 5 heures par semaine.

Une fois ce document obtenu j'ai mensuellement adressé à la mutuelle des attestations indiquant le montant de mes revenus soit « néant » car mon mandat était gratuit.

C'est ce qui avait été convenu lors de cette discussion, c'est qu'à mon nom n'apparaisse aucun revenu.

Autrement dit, si j'ai bonne souvenance, cette autorisation, la première, doit être datée de 1985. Ce qui confirme la date de constitution de la société le 22 octobre 1985.

En effet, la société a été créée uniquement pour me permettre d'exercer un mandat gratuit tout en continuant à exercer mon activité professionnelle de courtier.

Je m'étonne du fait que vous n'avez pas trouvé copie de cette autorisation dans mon dossier à la mutuelle.

Je certifie qu'à partir de cette première autorisation, j'ai renvoyé tous les mois une attestation de mon activité.

Je m'y rendais d'ailleurs presque tous les mois pour déposer en mains propres ce document.

Cette autorisation de travail à mon avis était valable environ 1 an.

J'ai obtenu une seconde autorisation de 3 ans et heureusement j'ai pu retrouver la troisième autorisation dont je vous remets une copie qui atteste de mon travail du 1^{er} avril 1989 au 31 mars 1992. Cette même autorisation a été suivie de prolongation jusqu'en 1997.

C'est alors que j'ai été convoqué par téléphone au siège de la mutuelle.

Il existait un litige relatif à la date de l'application de mon autorisation de travail en ce sens que le médecin-conseil a accordé ce document avec un effet rétroactif d'environ 1 mois.

R.G. 20.565

La mutuelle m'a réclamé le paiement d'un mois d'indemnités.

J'étais d'accord pour ne rembourser que les jours prestés durant cette période à concurrence des heures indiquées par l'autorisation.

La mutuelle n'a pas été de mon avis et j'ai introduit un recours auprès du tribunal du travail de CHARLEROI : requête RG n° 50920/R.

Après cela, la mutuelle m'a convoqué pour m'informer que l'INAMI n'acceptait plus mon mandat à titre gratuit et c'est alors que Monsieur F. est entré dans les statuts, pour permettre à la société d'exister légalement.

En outre, vous êtes en possession d'attestations mensuelles concernant les mois de janvier, février et mars 95, alors que vous me reprochez une absence d'autorisation pour ces mois-là.

Il est clair que si je n'avais pas obtenu d'autorisation de travail alors je n'aurai pas rentré ce genre de document à l'attention de la mutuelle.

J'insiste sur le fait que l'entreprise est d'une importance toute relative soit 447 clients.

Avec notre déménagement, cela impliquera un travail accru au bureau puisque nous habitons à proximité de notre clientèle, et donc moins de déplacements ».

Ce dossier comprend aussi la copie de l'audition de certains clients de Monsieur A..

Le 19 juillet 1999, le contrôleur adjoint D. dressa un procès-verbal de constat au terme duquel il fut acté :

- que Monsieur A. a de 1985 à 1996 « invariablement déclaré à sa mutuelle que son activité ne lui rapportait pas un franc » alors que tel n'a pas été le cas,
- que Monsieur A. n'a pas respecté les conditions auxquelles étaient soumises les autorisations de travail qui lui avaient été accordées,
- que Monsieur A. a exercé son travail d'intermédiaire en assurances sans autorisation de son médecin conseil pendant trois ans, soit du 13 septembre 1984 au 5 septembre 1985 et du 13 juillet 1996 au 14 septembre 1998 ;

Le 20 juillet 1999, l'INAMI notifia à Monsieur A. sa décision selon laquelle il avait été constaté, suite à l'examen médical auquel il avait été soumis le 8 juillet 1999, qu'il avait exercé une activité non autorisée du 10 septembre 1984 au 14 septembre 1998 de telle sorte qu'ayant spontanément repris le travail, il avait mis fin à son incapacité dès le 10 septembre 1984.

L'INAMI précisa encore qu'après l'examen précité du 8 juillet 1999 de son médecin inspecteur, Monsieur A. ne présentait plus le degré d'invalidité prévu aux articles 101 et 102 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, soit une réduction de sa capacité de 50% au moins sur le plan médical.

R.G. 20.565

En date du 20 août 1999, Monsieur A. introduisit auprès du tribunal du travail de Charleroi un recours contre cette décision lui notifiée le 20 juillet 1999, lequel fut enregistré sous le n° 56183.

Le 2 septembre 1999, une nouvelle incapacité de travail fut reconnue à Monsieur A. par le médecin conseil de son organisme assureur avec effet au 30 août 1999.

Par courrier recommandé du 17 septembre 1999, l'UNMS fit toutefois savoir à Monsieur A. qu'à la suite de la reprise de ses activités en date du 13 juillet 1999 (il s'est inscrit au chômage le 13 juillet 1999 à titre conservatoire), il ne remplissait plus les conditions de l'article 100 de la loi coordonnée, ce qui la conduisit, partant, à entreprendre la récupération d'une somme de 37.128 frs représentant les indemnités d'incapacité de travail qui lui avaient été versées indûment pour la période du 1^{er} juillet 1999 au 31 juillet 1999.

Le 26 novembre 1999, le Docteur VERHEUGEN, expert médical consulté par Monsieur A., établit un rapport médical au terme duquel il confirma la persistance des éléments invalidants apparus en 1984 tout en soulignant l'existence de pathologies ultérieures justifiant également le maintien en invalidité.

Le 28 décembre 1999, le Docteur VERHEUGEN confirma le contenu de son précédent rapport après examen de radiographies réalisées sur la personne de Monsieur A. par le Docteur DETHIER.

Le 23 décembre 1999, le médecin conseil de l'UNMS notifia à Monsieur A. sa décision au terme de laquelle il lui était précisé qu'à la suite de l'examen médical pratiqué ce jour là, il n'était plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée à partir du 3 janvier 2000.

Le 12 janvier 2000, Monsieur A. introduisit un recours contre cette nouvelle décision qui fut enregistré sous le n° 56799.

Une nouvelle incapacité de travail fut néanmoins reconnue à dater du 4 janvier 2000 par le médecin conseil de l'UNMS.

Par lettre du 24 janvier 2000, l'UNMS « faisant suite au rapport de l'INAMI du 6 janvier 2000 » fit savoir à Monsieur A. qu'elle entendait récupérer les indemnités versées durant la période du 1^{er} janvier 1995 au 14 septembre 1998 au motif que le degré d'invalidité requis par les articles 101 et 102 de la loi coordonnée n'était pas atteint.

En outre, l'UNMS signala à Monsieur A. que son assurabilité n'était plus couverte depuis le 15 septembre 1998 de sorte qu'aucune indemnité ne pouvait plus lui être octroyée à compter de cette date.

Partant, par deux courriers recommandés du 1^{er} février 2000, l'UNMS précisa le détail de sa réclamation :

- pour la période du 1^{er} janvier 1995 au 14 septembre 1998, le total des indemnités s'élevait à la somme de 2.366.339 frs (58.660,01€),

R.G. 20.565

- pour la période du 15 septembre 1998 au 2 janvier 2000, le total des indemnités versées s'élevait à la somme de 789.798 frs (19.578,58 €).

L'UNMS appliqua la prescription quinquennale en raison de manœuvres frauduleuses perpétrées, selon elle, par Monsieur A..

Le dossier de l'information de l'auditorat du travail contient le rapport de l'INAMI adressé à l'UNMS auquel il est fait référence dans chacune des deux décisions.

Ce rapport fait état des éléments suivants :

« D'une enquête effectuée par un contrôleur adjoint de notre service du contrôle médical, il appert que :

- l'intéressé a poursuivi son activité de travailleur indépendant (courtier en assurances) du 10.09.1984 au 5.9.1985 et du 1.4.1997 au 14.9.1998 sans autorisation du médecin-conseil ;
- pour la période du 6.9.1985 au 31.3.1997, l'intéressé pouvait exercer son activité autorisée à raison de 4 h à 5 h par semaine gratuitement puis bénévolement, mais que des rémunérations lui ont été imputées par l'administration des contributions ;
- le volume de l'activité exercée nécessitait des prestations hebdomadaires supérieures aux heures d'activité autorisée.

Un procès-verbal à charge de l'intéressé a été établi le 19 juillet 1999. L'intention frauduleuse doit être retenue dans le chef de l'intéressé... ».

Le 11 février 2000, Monsieur A. introduisit un recours contre chacune des décisions (R.G. 56.924 et 56.925).

Par lettre recommandée du 13 septembre 2000, l'INAMI notifia à Monsieur A. la sanction administrative encourue sur pied de l'article 2 – 1°, 4° et 6° de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 suite aux constatations opérées par le contrôleur D., à savoir son exclusion du droit aux indemnités à concurrence de 180 indemnités journalières.

Le 29 septembre 2000, Monsieur A. introduisit un recours contre cette décision (R.G. 57.880).

En date du 10 octobre 2000, l'UNMS déposa une requête au greffe du Tribunal du travail de Charleroi (enregistrée sous le n° R.G. 57.918) aux fins d'obtenir un titre exécutoire lui permettant de récupérer à charge de Monsieur A. la somme de 3.193.265 frs (79.158,97 €) soit l'addition des sommes visées dans les deux lettres recommandées du 1^{er} février 2000 auxquelles s'ajoute l'indu de 37.128 frs (920,37 €) pour la période du 1^{er} juillet 1999 au 31 juillet 1999.

Cet indu a, toutefois, été ramené, après paiement, à 3.167.798 frs (78.257,66 €)

R.G. 20.565

Le jugement querellé

Aux termes du jugement dont appel prononcé le 15 janvier 2007, le premier juge, après avoir joint pour connexité les huit procédures :

- s'agissant des causes portant les n° R.G. 50920, 56055, 56183, 56799, 56924 et 57880, déclara les recours recevables mais non fondés, en débouta Monsieur A. et mit l'UNMS hors cause dans la cause RG 56183 ;
- s'agissant de la cause portant le n° de R.G. 57918, déclara le recours recevable et fondé et condamna Monsieur A. au paiement de la somme de 3.167.798 frs ou 78.527,66 € augmentée des intérêts légaux ;
- s'agissant de la cause portant le n° R.G. 55925, déclara le recours irrecevable à défaut d'intérêt ;
- condamna l'UNMS et l'INAMI aux frais et dépens de l'instance liquidés par Monsieur A. à deux fois le montant de l'indemnité de procédure mais justifiés à concurrence d'une seule indemnité de procédure, soit la somme de 214,18 € ;

Le raisonnement du premier juge peut être résumé comme suit :

- En vertu de l'article 56 § 1 de la loi du 9 août 1963, Monsieur A. devait avoir cessé toute activité, soit une activité à caractère productif, pour être reconnu en état d'incapacité de travail ;
- Au vu du procès-verbal de constat dressé par le contrôleur de l'INAMI et des procès-verbaux d'audition établis les 14 septembre 1998 et 14 avril 1999 joints à ce procès-verbal ainsi que des déclarations de Monsieur A. recueillies à l'audience de plaidoiries, il apparaissait que ce dernier n'avait jamais cessé d'exercer son activité de courtier en assurances prohibée par l'article 56 de la loi du 9 août 1963 et qu'il ignorait qu'il devait solliciter une autorisation auprès de sa mutuelle.
- Cette activité correspondait aux notions de « travail » ou d' « activité » visées à l'article 56 de la loi du 9 août 1963 et pour lesquelles aucune autorisation n'avait été sollicitée avant le 6 septembre 1985 ;
- En conséquence, Monsieur A. « s'était volontairement interdit la reconnaissance qui lui avait été faite de son incapacité de travail », toutes les autorisations ultérieurement accordées étant dépourvues d'effet dès lors qu'il s'était abstenu d'introduire une nouvelle déclaration d'incapacité ;
- Monsieur A. ne pouvait davantage réclamer le bénéfice de l'article 56 ter de la loi du 9 août 1963 dans la mesure où les pièces médicales du dossier étaient sujettes à caution puisqu'elles furent établies en méconnaissance de sa situation réelle ;

R.G. 20.565

- En raison de l'écoulement du temps, toute nouvelle mesure d'expertise médicale était vouée à l'échec de sorte qu'il était inopportun d'y recourir ;

Monsieur A. interjeta appel de ce jugement.

GRIEFS ELEVES A L'ENCONTRE DU JUGEMENT QUERELLE.

Monsieur A. élève plusieurs griefs à l'encontre du jugement dont appel.

1. Monsieur A. maintient que les faits sur lesquels le premier juge s'est appuyé ne sont aucunement établis et qu'ils ne sont tout simplement pas exacts.

Il n'est pas exact, en effet, d'affirmer, souligne Monsieur A., qu'il aurait poursuivi son activité d'indépendant après le 10 septembre 1984. Il indique que si la gestion du portefeuille d'assurances a pu être maintenue à l'époque, ce fut à l'intervention de tiers.

Et s'il est exact qu'il ignorait, à l'origine, que son incapacité n'était pas incompatible avec l'exercice d'un travail préalablement autorisé, encore n'est-il pas établi, précise Monsieur A., qu'il aurait repris son activité de courtage avant d'y être autorisé à compter du 6 septembre 1985.

Il est, en tout état de cause, incontestable, note Monsieur A.I, que la mutuelle connaissait précisément sa situation et, tout en confirmant son incapacité, l'a effectivement autorisé à reprendre le travail.

Dès lors, relève Monsieur A., et sauf à retenir que l'organisme assureur aurait sciemment prêté son concours à la violation de la réglementation tout en lui laissant croire qu'il se trouvait dans une situation régulière, force devait être au premier juge de reconnaître qu'il se trouvait dans les conditions requises pour pouvoir reprendre son activité.

2. C'est également, à tort, que le premier juge a refusé d'avoir égard aux pièces médicales de son dossier attestant qu'au cours de la période litigieuse, il fut reconnu en état d'incapacité de travail de telle sorte que d'un point de vue médical sa capacité de travail est restée réduite d'au moins 50 %.
3. C'est à tort que le premier juge a refusé de faire droit à la demande subsidiaire d'expertise médicale formulée par ses soins au motif « qu'en raison de très longs écoulements de temps, toute mesure d'expertise médicale est inévitablement vouée à l'échec et qu'il est, dès lors, inopportun d'y recourir ». Il est des plus probables, cependant, note Monsieur A., que le seul examen des pièces médicales en possession des parties permettrait à un expert – médecin de se forger une opinion sur son incapacité et d'éclairer adéquatement le débat.
4. Sur base de ce qui précède, c'est à tort que le premier juge a cru pouvoir considérer qu'il aurait indûment bénéficié d'indemnités de

maladie depuis le 10 octobre 1984 et que l'UNMS était en droit de récupérer les indemnités lui versées, estime Monsieur A.

Non seulement, observe Monsieur A., il n'a pu bénéficier indûment des indemnités versées mais, en outre, même s'il fallait retenir le point de vue adopté par le premier juge (quod non), encore ce dernier aurait-il dû en toute logique constater que la mutuelle elle-même a sciemment violé la réglementation applicable dès lors que c'est en connaissant sa situation qu'elle l'a autorisé, dès 1985, à reprendre le travail.

En effet, fait valoir Monsieur A., s'il ne se trouvait pas dans les conditions requises pour bénéficier des indemnités d'incapacité de travail, il incombait à la mutuelle de lui refuser tout droit au bénéfice des indemnités faute de quoi il faudrait en conclure qu'elle l'a laissé, pendant toute la période litigieuse, dans l'illusion d'une situation régulière en l'autorisant à retravailler.

Les considérations du premier juge auraient dû le conduire, souligne Monsieur A., à relever l'existence d'une faute, au sens de l'article 1382 du Code civil, dans le chef de la mutuelle, et à appliquer à son égard l'adage « in pari causa cessat repetitio » en lui refusant le bénéfice de tout ou partie de sa demande.

5. C'est à tort, également, que le premier juge a admis que l'UNMS pouvait invoquer la prescription quinquennale en raison de prétendues manœuvres frauduleuses dans son chef.

En effet, relève Monsieur A., c'est sur le conseil de sa mutuelle et avec son autorisation qu'il a repris une activité non rémunérée au sein de sa société de courtage en assurance. Quant à l'importance (relative) de l'activité de cette société, note Monsieur A., elle n'est pas à confondre avec son activité qui est demeurée limitée, conformément aux autorisations délivrées, et non rémunérée.

6. C'est à tort, enfin, estime Monsieur A., que le premier juge a rejeté son recours contre la décision de 13 septembre 2000 de l'INAMI l'excluant du droit aux indemnités à concurrence d'un total de 180 indemnités journalières.

Cette décision, souligne Monsieur A., doit être invalidée dès lors qu'elle ne lui a pas été notifiée dans le délai prévu à l'article 6 alinéa 2 de l'arrêt royal du 10 janvier 1969 qui est de 14 jours à compter des constatations de nature à établir les infractions.

D'autre part, relève Monsieur A., c'est à tort que le premier juge n'a pas retenu le moyen déduit de la prescription de la sanction alors que l'INAMI est demeurée en défaut d'établir que dans les deux ans qui ont précédé sa décision, il aurait :

- exercé une activité non autorisée ;
- manqué d'informer l'INAMI sur la reprise spontanée du travail ;
- manqué de déclarer des revenus ;

R.G. 20.565

Monsieur A. maintient et plus particulièrement :

- que contrairement aux termes de ce procès-verbal, il n'a pas perçu de rémunération au cours des périodes pour lesquelles il avait été autorisé à reprendre son activité .
- que contrairement aux déductions contenues dans ce procès-verbal, il n'a pas outrepassé les conditions mises à la reprise de son activité.

Monsieur A. sollicite, partant, la réformation du jugement dont appel en toutes ses dispositions sous la seule exception de la jonction des causes pour connexité.

POSITION DES INTIMES.

A. L'UNMS.

L'UNMS se rallie à la position défendue par le premier juge selon laquelle il est établi par les déclarations même de Monsieur A. qu'il a exercé une activité durant la période s'étendant du 10 septembre 1984 au 6 septembre 1985 alors qu'il n'avait à l'époque sollicité aucune autorisation de son médecin – conseil.

S'agissant de la seconde période, relève l'UNMS, soit celle d'étendant du 6 septembre 1985 au 11 juillet 1996, Monsieur A. a été effectivement autorisé à exercer une activité mais les conditions émises à l'autorisation de travail par le médecin – conseil n'ont pas été respectées comme cela ressort, selon l'UNMS, des auditions de Monsieur A., des témoignages des clients de la société NICK ASSUR et des revenus dégagés par son activité.

L'UNMS estime qu'il est évident sur base de l'ensemble des éléments que Monsieur A. a, non seulement, exercé une activité prohibée mais a, en outre, méconnu totalement les conditions qui lui étaient imposées par le médecin – conseil de telle sorte que c'est à bon droit que le premier juge a conclu qu'il avait exercé une activité non autorisée et que Monsieur A. était tenu de restituer les sommes perçues indûment en fonction du délai de prescription quinquennale compte tenu des manœuvres frauduleuses auxquelles il s'était livré.

L'UNMS sollicite, partant, la confirmation du jugement dont appel sauf en ce que le premier juge a omis de condamner Monsieur A. à restituer un indu de 61.904 francs (1.534,56 € : dossier enregistré sous le n° RG. 50.920).

L'UNMS forme, dès lors, un appel incident au terme duquel il postule la condamnation de Monsieur A. à lui rembourser la somme de 1534,56 € représentant les indemnités d'incapacité de travail perçues indûment du 1^{er} avril 1996 au 5 mai 1996.

B. L'INAMI.

L'INAMI estime que la décision notifiée à Monsieur A. le 13 septembre 2000 doit être confirmée, la date à prendre en considération comme point de départ du délai de 14 jours n'étant pas la date de la dernière audition mais la date à laquelle le contrôleur a acquis la conviction que des

R.G. 20.565

infractions ont été commises en les qualifiant par un procès – verbal de constat sur base des éléments recueillis par ses soins.

A titre subsidiaire, relève l'INAMI, si la Cour de céans devait, quod non, considérer que le délai de 14 jours n'a pas été respecté, le non-respect du délai n'affecte toutefois par le contenu du procès-verbal de constat qui conserve la valeur de « simple renseignement ».

L'INAMI rappelle, également, que la prescription (aussi bien pour l'application de la sanction administrative que pour l'action en récupération) ne peut commencer à courir au plus tôt qu'à partir du moment où l'activité litigieuse prend fin (14 septembre 1998).

Selon l'INAMI, la sanction administrative notifiée le 13 septembre 2000 n'est dès lors pas prescrite.

Il en va de même, relève l'INAMI, de l'action en récupération des prestations indues qui se prescrit par cinq ans compte tenu des manœuvres frauduleuses auxquelles s'est livré Monsieur A.I, ce dernier n'ayant jamais cessé son activité d'indépendant à titre complémentaire et n'ayant pas davantage respecté les autorisations de travail lui délivrées par le médecin conseil de sa mutuelle.

L'INAMI sollicite, partant, la confirmation du jugement dont appel qui a estimé qu'à bon droit Monsieur A. avait été exclu du droit aux indemnités à concurrence de 180 indemnités journalières en exécution de la décision lui notifiée le 13 septembre 2000.

POSITION DE LA COUR DE CEANS AUX TERMES DE L'ARRET PRONONCE LE 29 SEPTEMBRE 2009.

La Cour de céans, après avoir déclaré les appels principal et incident recevables, ordonna, avant de statuer quant à leur fondement, la réouverture des débats en invitant les parties, et plus particulièrement Monsieur A. et l'UNMS à répondre de manière circonstanciée aux questions soulevées (en produisant aux débats toutes les pièces étayant leur argumentation respective) qui faisaient suite aux observations suivantes de la Cour :

1. Monsieur A. soutient avoir été hospitalisé dès le 10 septembre 1984, date de reconnaissance de son état d'incapacité de travail par le médecin conseil de l'UMS à la suite d'une crise d'asthme (page 4 conclusions de Monsieur A.) ;
Toutefois, le certificat médical produit par ses soins (pièce 1 de son dossier) établi par son médecin traitant et destiné à l'UNMS ne le mentionne pas. Qu'en est-il exactement ? Monsieur A. peut-il apporter toutes précisions utiles à cet effet en versant aux débats la preuve de ses affirmations ?
2. La Cour estime indispensable de s'attacher à l'examen des circonstances exactes ayant entouré la délivrance par le médecin conseil de l'UNMS des autorisations d'exercice d'activité à temps partiel dans le chef de Monsieur A. durant la période s'étendant du

6 septembre 1985 au 31 mars 1996 (une autorisation ultérieure fut délivrée le 6 mai 1996 avec effet rétroactif au 1^{er} avril 1996).

Monsieur A. soutient que l'UNMS connaissait bien « sa situation » dès lors qu'il a continué de transmettre des bons de cotisation d'indépendant à sa mutuelle après la date de reconnaissance de son état d'incapacité de travail fixée au 10 septembre 1984. Monsieur A. prétend plus précisément, à cet effet, que l'envoi de ces bons de cotisation était exclusivement justifié par sa volonté de « ne pas faire mystère à sa mutuelle de son statut d'indépendant à titre accessoire », ajoutant que la gestion de son portefeuille d'assurances a été simplement assurée par des tiers agissant en son nom.

Cette déclaration interpelle la Cour de céans à plus s'un titre et ce, d'autant que l'UNMS fait ouvertement l'impasse dans ses conclusions sur la réalité ou non de la transmission à ses services de ces bons de cotisation et, partant, sur l'interprétation concrète qu'elle aurait pu en déduire.

La Cour de céans estime, dès lors, nécessaire de poser à l'UNMS les questions suivantes :

- 2.1. L'UNMS était-elle au courant de la qualité d'indépendant à titre accessoire conservée par Monsieur A. après le 10 septembre 1984 ? (A noter que Monsieur A. n'a pas fait mention de l'existence de ce statut sur la feuille de renseignements complétée par ses soins – pièce 4 du dossier de l'INAMI).
 - 2.2. Pour quelles raisons l'UNMS n'a-t-elle pas interpellé immédiatement Monsieur A. sur le sens et la portée concrète de ces bons de cotisation une fois en sa possession ? L'UNMS conteste-t-elle les affirmations de Monsieur A. (poursuite de la transmission de ces bons de cotisation après le 10 septembre 1984) et peut-elle produire aux débats la copie de ces pièces ?
3. L'article 232 § 2 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 et l'article 14 de l'arrêté royal du 31 décembre 1963 tels qu'applicables à la période litigieuse réglementent minutieusement la procédure de délivrance de l'autorisation d'exercice d'une activité pendant une période d'incapacité de travail reconnue.
- Rappelons qu'en principe la reprise de travail met fin à l'incapacité de travail.
- En d'autres termes, l'assuré social reconnu incapable de travailler en vertu de l'article 56 §1 de la loi du 9 août 1963 interrompt son incapacité indemnisable quand il reprend un travail salarié ou non si celui-ci entre dans la notion d'activité figurant au sein de cette disposition légale.
- Par conséquent, l'assuré perd le droit aux indemnités à compter du jour de la reprise de travail.
- S'il cesse ultérieurement d'exercer ce dernier, il ne peut retrouver le bénéfice de l'indemnisation qu'après avoir fait constater à nouveau son incapacité (Cass., 04.09.1974, Bull. INAMI, 1975, p.52 ; C.T. Mons, 19.05.1988, Bull. INAMI, 89, p.24).
- L'article 232 § 2 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 stipule en substance que pour obtenir l'autorisation d'exercer une activité professionnelle au cours de l'incapacité, le titulaire doit en faire la

demande préalablement à toute reprise d'activité au médecin conseil de son organisme assureur.

De son côté, l'article 14 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 dispose, d'une part, que l'autorisation est accordée avant toute reprise d'activité et, d'autre part, qu'il incombe au médecin conseil de procéder au contrôle du degré d'incapacité de l'assuré social par un examen médical effectué au moins une fois tous les six mois.

La Cour de céans entend, dès lors, poser à l'UNMS les questions précises suivantes :

3.1. si l'UNMS, de son propre aveu dans ses écrits judiciaires, estime que Monsieur A. a poursuivi (ou repris) une activité non préalablement autorisée après la reconnaissance de son état d'incapacité de travail, pour quelles raisons, le 6 septembre 1985, n'a-t-elle pas fait procéder à un nouvel examen médical sur la personne de Monsieur A. aux fins de vérifier s'il présentait toujours les conditions requises pour être reconnu en état d'incapacité (c'est-à-dire cessation totale d'activité + perte de capacité de gain à plus de 60%) et n'a-t-elle pas entendu récupérer les indemnités d'incapacité de travail perçues indûment ?

L'UNMS n'évoque en aucune façon le respect par ses soins de cette obligation réglementaire et ne produit pas davantage aux débats la preuve de la matérialité de cet examen médical.

En d'autres termes, l'UNMS était-elle habilitée réglementairement à accorder d'initiative une autorisation d'exercice d'activité sans réceptionner une demande préalable en ce sens dans le chef de Monsieur A. alors que de son propre aveu elle déclare que Monsieur A. a repris ou poursuivi une activité professionnelle après le 10 septembre 1984 ?

3.2. D'autre part, le texte réglementaire (article 14 de l'arrêté royal du 30 décembre 1963) est formel pour considérer que le médecin conseil de l'organisme assureur doit procéder au contrôle du degré d'incapacité du titulaire par le biais d'un examen médical effectué au mois une fois tous les six mois.

En l'espèce, la Cour de céans relève que l'UNMS ne produit pas la preuve de l'existence matérielle de ces examens médicaux qui devraient se succéder tout au long de la période d'autorisation de reprise d'activité qui s'étend du 6 septembre 1985 au 31 mars 1996 (en réalité le 11 juillet 1996) et pas davantage celle du renouvellement éventuel dans le chef de Monsieur A. de sa demande d'autorisation de poursuite d'activité (pour autant que Monsieur A. ait jamais introduit pareille demande).

L'UNMS est-elle à même de rencontrer les souhaits formulés par la Cour quant à ce ?

D'autre part, comment l'UNMS justifie-t-elle l'octroi d'autorisations qui excèdent la période de six mois, certaines autorisations s'étendant sur deux voire trois années sans apparemment d'examens médicaux (01.04.1987-31.03.1989 ; 01.04.1989-31.03.1992-01.04.1992-31.03.1995) ?

La Cour de céans doit-elle conclure que l'UNMS n'a pas respecté la réglementation relative à la reconnaissance de l'état d'incapacité et à celle portant sur la délivrance des autorisations d'activité pendant une période d'incapacité de travail ? S'il devait être conclu à la violation par l'UNMS de cette réglementation, quelles conséquences juridiques faudrait-il en tirer sur le plan de la responsabilité personnelle de l'UNMS dans la survenance du litige l'opposant à Monsieur A.?

- 3.3. Enfin, la dernière autorisation d'exercice d'activité fut délivrée le 6 mai 1996 par le médecin conseil de l'UNMS à Monsieur A. et présentait un effet rétroactif au 1^{er} avril 1996. Or, l'autorisation doit être accordée préalablement à l'exercice de l'activité : il ne suffit évidemment pas que l'introduction de la demande d'autorisation soit antérieure à la reprise du travail (Cass., 14.02.1973, JTT 1973, p.262).

Dès lors, en poursuivant son activité au-delà du 31 mars 1996 (date d'échéance de la dernière autorisation d'activité) sans avoir obtenu au préalable l'autorisation de reprise ou de poursuite d'activité, Monsieur A. n'a-t-il pas mis fin par lui-même à la réalité de son état d'incapacité si d'aventure il devait être conclu que l'autorisation précédente a été délivrée régulièrement ?

La même question se pose s'agissant, à tout le moins, de l'autorisation d'exercice avec effet au 1^{er} avril 1989 (elle est datée du 8 juin 1989).

L'UNMS a-t-elle effectivement réceptionné avant toute reprise d'activité une demande d'autorisation émanant de Monsieur A. ou se bornait-elle après chaque échéance à renouveler automatiquement les autorisations d'activité ?

POSITION DES PARTIES APRES L'ARRET DE REOUVERTURE DES DEBATS

A. L'UNMS

L'UNMS fait valoir que compte tenu des documents qui ont été retrouvés, il apparaît qu'elle n'a pas été avisée par Monsieur A. de la poursuite d'une activité indépendante.

L'UNMS produit à cet effet la feuille de renseignements complétée le 22 septembre 1984 par Monsieur A. aux termes de laquelle ce dernier l'a clairement informée qu'il n'exerçait aucune activité, ni pour son propre compte, ni dans les liens d'un contrat de travail.

Dans ces conditions, relève l'UNMS, Monsieur A. a fait une fausse déclaration.

D'autre part, l'UNMS souligne ne pas disposer des bons de cotisation, ajoutant que même si Monsieur A. les lui avait transmis à l'époque, son service indemnités ne pouvait pas vérifier les bons de cotisation automatiquement.

Par ailleurs, note l'UNMS, à partir du moment où Monsieur A. indique clairement dans sa feuille de renseignements qu'il n'exerce aucune

R.G. 20.565

activité, même indépendante, elle n'avait pas à se poser la question de la vérification des bons de cotisation d'indépendant pour autant que ceux-ci aient existé.

L'UNMS fait également observer qu'elle est dans l'impossibilité de vérifier à l'heure actuelle si Monsieur A. a été convoqué pour être soumis à un examen médical avant de lui délivrer une autorisation de reprise d'activité à temps partiel dans la mesure où les documents d'époque n'ont pas été conservés.

Il en va de même, selon l'UNMS, des documents relatifs au contrôle périodique de l'incapacité de travail alléguée par Monsieur A..

Enfin, l'UNMS précise que la délivrance des autorisations de reprise d'activité a nécessairement fait suite à une demande préalable lui adressée par Monsieur A..

L'UNMS sollicite que la requête d'appel au principal soit déclarée non fondée et que son appel incident soit déclaré fondé, postulant ainsi la condamnation de Monsieur A. à lui verser la somme de 1.534,56€, représentant les sommes indûment perçues durant la période s'étendant du 1^{er} avril 1996 au 31 mars 1998 (lire en réalité 5 mai 1996).

B. Monsieur A.

Monsieur A. indique n'être pas en mesure de renseigner la Cour de céans sur les circonstances ayant entouré sa crise d'asthme du 9 septembre 1984, les hôpitaux consultés par ses soins n'ayant pu mettre la main sur une pièce attestant de son admission dans leur service d'urgence respectif.

Monsieur A. confirme que c'est bien le 9 septembre 1984 qu'il fut contraint d'interrompre le travail en raison de sa crise d'asthme, ajoutant qu'en date du 10 septembre 1984 il fut examiné par son médecin traitant, le Docteur CORDIER, qui rédigea un certificat d'incapacité de travail.

Monsieur A. conteste en tout état de cause les assertions de l'UNMS selon lesquelles il lui aurait communiqué de fausses informations sur sa situation alors qu'il confirme avoir été, dès le 10 septembre 1984, dans l'impossibilité absolue d'exercer une quelconque activité.

Monsieur A. indique avoir continué à rentrer auprès de l'UNMS ses bons de cotisation et s'étonne de l'impossibilité pour l'UNMS de retrouver les éléments relatifs à la rentrée de ces bons.

Quoi qu'il en soit, Monsieur A. rappelle qu'il a bien été interpellé par l'UNMS à l'époque au sujet du maintien de son activité d'indépendant comme il l'a déclaré au contrôleur DELBECQUE le 14 septembre 1988.

Enfin, Monsieur A. constate que l'UNMS élude la question portant sur les conséquences liées à une éventuelle violation par ses soins de la réglementation et qu'elle se retranche derrière l'écoulement du temps pour justifier l'absence de documentation complémentaire permettant de rencontrer les diverses observations émises par la Cour et relative à la problématique des examens médicaux requis préalablement à la délivrance

R.G. 20.565

d'autorisations de reprise d'activité (lesquelles ont été sollicitées par Monsieur A. à partir de 1985) ou liés au contrôle de son degré d'incapacité.

Faute de ces pièces complémentaires qui eussent sans doute permis d'encore faire la part des choses 25 ans après les faits, Monsieur A maintient pour sa part que la problématique soumise à la Cour de céans se présente sous la double alternative suivante :

- soit l'UNMS a pu constater à l'époque, après discussion et analyse de toutes les composantes du dossier, qu'il remplissait bel et bien les conditions de l'article 56 de la loi, de telle sorte que c'est en toute logique que ni son incapacité, ni son invalidité n'ont plus été remises en cause et que la procédure d'autorisation de reprise de travail fut appliquée à partir du mois de septembre 1985 ;
- soit l'UNMS a constaté qu'il ne remplissait pas les conditions de l'article 56 de la loi et c'est en violation de la loi que l'UNMS et ses représentants, au nombre desquels ses médecins conseils, ont agi, lui faisant de surcroît accroire que sa situation était parfaitement régulière, sinon régularisée, et qu'elle pouvait être maintenue d'année en année par le biais de la procédure d'autorisations de reprise des activités. Dans ce dernier cas relève Monsieur A., une faute quasi délictuelle devait nécessairement être retenue dans le chef de l'UNMS, au sens des articles 1382 et 1383 du Code civil dont l'UNMS elle-même avait à assumer les conséquences.

C. L'INAMI

L'INAMI se borne, aux termes de ses conclusions après réouverture des débats, à préciser que seule l'indemnité de procédure de base pour les litiges non évaluables en argent peut être accordée à Monsieur A. car les demandes dirigées par ses soins à l'encontre de l'INAMI ne tendent pas à une condamnation à des sommes mais portent sur la reconnaissance ou non d'un droit, l'INAMI n'étant du reste pas un organisme payeur.

Enfin, l'INAMI sollicite le partage des dépens avec l'UNMS dès lors que le litige porte également sur une décision prise par l'UNMS.

DISCUSSION – EN DROIT

I. Fondement de la requête d'appel au principal

A. Le contexte légal

Les dispositions applicables à la notion d'incapacité de travail sont à chercher dans la loi du 9 août 1963 qui régissait la situation de Monsieur A. à partir du début de sa période d'incapacité de travail indemnisée, soit à partir du 10 septembre 1984. A cet effet, la Cour de céans ne peut manquer de relever, à l'instar de Monsieur l'Avocat général, que lorsque Monsieur A. a été, selon ses dires, admis aux urgences le 9 septembre 1984 pour une crise d'asthme, la rémunération de cette journée de travail a été prise en charge par son employeur conformément au prescrit de l'article 27, 2^o de la loi du 3 juillet 1978. Le lendemain, soit le 10

R.G. 20.565

septembre 1984, son médecin traitant, le Docteur CORDIER, a rédigé un certificat médical à l'attention de son organisme assureur (qui l'a réceptionné le 11 septembre 1984) après avoir biffé la rubrique relative à l'hospitalisation : cet élément prouve ainsi qu'il n'y a pas eu d'hospitalisation et, partant, que Monsieur A. ne saurait prétendre bénéficier de la présomption d'incapacité de travail visée par l'article 56bis §1, alinéa 4 de la loi du 9 août 1963 tel qu'applicable à l'époque des faits qui était reconnue à tout travailleur hospitalisé. La reconnaissance de l'état d'incapacité de Monsieur A. a dès lors eu pour fondement le certificat médical rédigé le 10 septembre 1984 par son médecin traitant et non une quelconque hospitalisation.

L'article 56§2 de la loi du 09/08/1963 était rédigé comme suit : « Est reconnu comme incapable de travailler le travailleur qui, dans les conditions fixées par le règlement visé à l'article 40,11° reprend un travail préalablement autorisé à condition que sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité de gain d'au moins 50% ».

Une loi du 18 octobre 1991 (loi modifiant l'article 40 de la loi du 09/08/1963 et y insérant un article 56 bis ainsi qu'un article 56 ter (M.B.,17/12/1991)) a inséré dans la loi du 9 août 1963 un article 56 bis et un article 56 ter.

L'article 56bis était rédigé comme suit :

« Le travailleur reconnu incapable de travailler, qui a effectué, sans l'autorisation préalable visée à l'article 56 §2, un travail compatible avec son état de santé, mais dont la capacité de travail est restée réduite d'au moins 50 % du point de vue médical, est tenu de rembourser les indemnités qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels ou laquelle il a accompli ce travail non autorisé.

Il est toutefois réputé être resté frappé d'une incapacité de travail et les jours pour lesquels les indemnités d'incapacité de travail sont récupérées en application du premier alinéa sont assimilés à des jours pour lesquels une indemnité a été octroyée pour la fixation des droits aux prestations de sécurité sociale du titulaire et des personnes dont il a la charge.

Dans les cas dignes d'intérêt, à l'exclusion de ceux où il y a eu une intention frauduleuse, le Comité de gestion du Service des indemnités peut renoncer en tout ou en partie à la récupération prévue au premier alinéa ».

Selon le principe découlant de l'article 56 § 1^{er}, la reprise d'une activité, entendue au sens de cette disposition légale, met fin à l'incapacité de travail indemnisable. Autrement dit, l'exercice d'une activité prohibée est incompatible avec le droit aux indemnités. En conséquence, s'il est constaté, par exemple lors d'un contrôle, qu'un assuré en incapacité de travail indemnisée se livre ou s'est livré à pareille activité, l'organisme assureur a mission de récupérer à charge du contrevenant les indemnités

R.G. 20.565

versées indûment. Mais il convient de bien mesurer l'ampleur et les effets de cette récupération.

D'abord l'intéressé est tenu de restituer toutes les indemnités d'incapacité de travail qu'il a perçues depuis le premier jour de la reprise d'activité jusqu'au jour où l'organisme assureur, informé de cette situation, a cessé ses paiements. Qu'importe que l'assuré ait interrompu son activité longtemps avant l'issue de cette période de remboursement et qu'il se soit ensuite trouvé dans un état d'incontestable inaptitude au travail : à défaut d'avoir renouvelé la déclaration d'incapacité dans les formes réglementaires, il ne peut être rétabli dans son droit à l'indemnisation.

En outre, n'étant pas reconnu incapable de travailler et ayant exercé une activité non autorisée, ce travailleur perd sa qualité de titulaire et sort du champ d'application personnel de la loi du 9 août 1963 sous réserve de l'application de l'article 75 de la loi du 09/08/1963.

Il ne le réintégrera qu'à la condition de redevenir titulaire et de recouvrer ainsi son « assurabilité ». Encore devra-t-il, à ce moment-là, accomplir un nouveau stage pour bénéficier de l'octroi des indemnités légales.

Enfin, pour l'ensemble de la période durant laquelle il se voit dépourvu de statut social, il a l'obligation de restituer les remboursements de soins de santé qu'il a obtenus pour lui-même et pour les personnes à sa charge, ainsi que les allocations familiales éventuellement servies.

Il est également privé de l'assimilation des jours de maladie à des jours de travail, prévue notamment pour le calcul du pécule de vacances et pour l'établissement de ses droits à la pension de retraite.

Ces résultats désastreux paraissent constituer une juste sanction pour les travailleurs qui ont cherché à cumuler les avantages d'un travail lucratif fourni dans le secret et l'indemnisation d'une incapacité de travail qui, en pareille occurrence, peut donner l'impression d'être plus feinte que réelle.

A l'inverse, ces mêmes conséquences ont semblé excessives et disproportionnées pour les malades en voie de guérison, qui reprennent ou ont repris un travail limité, souvent peu rémunérateur, compatible avec leur état physique toujours sérieusement altéré.

Il s'agit en somme des travailleurs visés par l'article 56 § 2, et ils auraient pu accomplir cette activité en toute régularité s'ils avaient songé à en demander l'autorisation préalable, ce qu'ils ont généralement négligé de faire par simple manque d'information.

Telles sont les considérations qui ont déterminé quelques parlementaires à déposer la proposition de loi qui a débouché sur l'adoption de l'article 56 bis (et de l'article 56ter pour les mesures transitoires) (Voir doc. Parl., Ch. Repr. sess. ord. 1988-1989, n°810/1 à 3 et sess. Ord.1990-1991, n°810/4 et 5 et spéc. les n°810/1 et 810/3 ; Doc. Parl. Sén. Sess.1988-1989, n°882/1 et 2 et spéc. le 882/2 (rapp. de la comm. des aff. soc.)).

R.G. 20.565

L'objet de cette nouvelle disposition légale est d'accorder aux travailleurs concernés le maintien de l'incapacité de travail malgré le travail qu'ils ont exercé, ainsi que de limiter la récupération des indemnités au laps de temps durant lequel ils se sont livrés à l'activité non autorisée (voyez J. Cl GERMAIN « Le maintien de l'incapacité de travail en cas de reprise du travail » in « Actualités du droit », « Actualités de la sécurité sociale ». Story-Scientia, 1993, Revue de la Faculté de droit de Liège, p. 697 et ss).

L'article 56 bis vise le travailleur qui répond à trois conditions :

- 1) il est reconnu incapable de travailler ;
- 2) il a effectué un travail compatible avec son état de santé ;
- 3) sa capacité de travail est restée réduite d'au moins 50% de du point de vue médical.

Les exigences s'apparentent à trois des conditions d'application de l'article 56§2.

En revanche, le travailleur concerné par l'article 56 bis ne satisfait pas aux autres conditions découlant de l'article 56 §2 dans la mesure où il n'a pas sollicité et obtenu préalablement à l'exercice de son travail l'autorisation du médecin-conseil de son organisme assureur.

Ce système a ensuite, été incorporé au sein des articles 101 et 102 de la loi coordonnée le 14/07/1994.

Lorsque la période d'incapacité de Monsieur A.a débuté, ni l'article 56 bis ni l'article 56 ter n'étaient d'application : la seule disposition applicable était l'article 56§2 de la loi du 09/08/1963.

Ainsi, en 1984, pour bénéficier des indemnités, un assuré social devait avoir cessé toute activité. Une interruption d'un jour de travail suffisait (et suffit toujours à l'heure actuelle) (J. KIEKENS, « Etudes juridiques, sociales et statistiques : l'interdiction de travailler et le droit aux prestations sociales », RBSS, 1991, p.313).

La cessation visée par l'article 100 §1 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 (qui a succédé à l'article 56 §1 de la loi du 9 août 1963) concerne toute activité, qu'il s'agisse d'une activité professionnelle principale ou accessoire et même d'une activité de type non professionnel pour laquelle le titulaire ne perçoit pas une rémunération ou un revenu en espèces mais ne fait que l'économie de dépenses ce qui augmente indirectement son patrimoine (Cass., 21.01.1982, Bull. arr. 1982, p.651 au sujet d'un assuré social qui, aidé par les membres de sa famille, a travaillé à la construction de son habitation se passant des services d'un entrepreneur ou d'un ouvrier qualifié, voyez également : Cass., 23.04.1990, JTT, 1990, p.466 et Cass., 18.05.1992, JTT, 1992, p.401).

D'autre part, en 1984, la reprise du travail mettait fin à l'incapacité de travail. Autrement dit, à l'époque des faits, l'assuré social reconnu incapable de travailler en vertu de l'article 56§1 de la loi du 9 août 1963 interrompait son incapacité indemnisable quand il reprenait un travail, salarié ou non, sans autorisation préalable du médecin conseil si celui-ci

R.G. 20.565

entraîné dans la notion d'activité figurant au sein de cette disposition légale à savoir « toute occupation orientée vers la production de biens ou de services permettant directement ou indirectement de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui : il importe peu à cet effet que cette activité soit occasionnelle, voire même exceptionnelle (C.T. Mons, 24.02.1989, JTT, 1989, p.192 ; C.T. Mons, 26.05.1988, Bull INAMI, 1998, p.332 ; C.T. Mons, 03.04.1988, Bull INAMI, 1992, p.338 ; C.T. Mons, 18.04.2003, RG 14310, inédit).

Ce travail est en réalité toute activité à caractère productif effectuée dans le cadre de relations sociales et ce, même si elle est accomplie sans rémunération au titre de services d'amis (Cass., 18.05.1992, déjà cité).

A ce contexte particulier de la législation relative à l'assurance maladie invalidité, s'ajoute le contexte général des prestations de la sécurité sociale ou le contexte général des subventions de l'Etat. Les dispositions applicables en la matière résident au sein de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions et allocations de toute nature, qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'Etat. Cet arrêté royal du 31 mai 1933 a été remodelé par la loi du 7 juin 1994 qui, notamment, instaure des sanctions pénales beaucoup plus sévères. Dans sa version applicable en 1984, l'article 1^{er}, alinéa 1^{er}, de cet arrêté disposait que : « toute déclaration faite à l'occasion d'une demande tendant à obtenir ou à conserver une subvention, indemnité ou allocation qui est, en tout ou en partie à charge de l'Etat, doit être terminée par les mots « j'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète ». L'alinéa 3 de cet article ajoutait : « est puni d'un emprisonnement de huit jours à un an, celui qui fait sciemment une déclaration sincère ou incomplète ».

L'octroi d'allocations en matière de sécurité sociale et surtout leur maintien repose dans chacun des régimes sur l'exigence de déclarations sincères et complètes qui, en cas de modification de la situation doivent, quelles qu'en soient les modalités pratiques, être spontanées.

Il est, dans ce contexte, constant qu'un assuré social, en l'occurrence un bénéficiaire d'indemnités d'incapacité de travail, ne peut pas se défendre en faisant valoir que l'administration concernée, en l'occurrence son organisme assureur, était de toute façon indirectement au courant de sa situation d'une autre façon que par le biais d'une déclaration spécifique, quelle que soit la forme prévue par le système dont il est question.

Lorsque Monsieur A.a introduit sa première demande d'indemnisation, en septembre 1984, il a complété une feuille de renseignements qu'il a datée et signée. Juste avant sa signature, on trouve les mentions suivantes :

« Je m'engage à avertir immédiatement la mutualité de toutes modifications qui interviendraient au cours de mon incapacité de travail concernant le droit à une pension de vieillesse ou d'ancienneté, des prestations d'accident du travail, de maladie professionnelles ou provenant de tiers responsables, de revenus professionnels, allocations d'handicapé ou tout autre ressource.

R.G. 20.565

Je m'engage et accepte de rembourser immédiatement tout montant perçu au-delà de la date de reprise du travail ou du chômage, cette reprise devant être signalée à la mutualité dans les meilleurs délais à l'aide de la carte blanche de reprise.

J'ai connaissance du fait que des déclarations fausses ou incomplètes donnent lieu à des sanctions et à des poursuites judiciaires.

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète ».

B. L'application des principes au cas d'espèce

La question qui doit être résolue est la suivante : Monsieur A. remplissait-il les conditions de l'article 56 de la loi du 9 août 1963, notamment celle d'avoir cessé toute activité, qu'il s'agisse d'une activité professionnelle, principale ou accessoire, régulière ou occasionnelle, en régime salarié ou indépendant ?

A cette question, Monsieur A. a répondu positivement aux termes de la feuille de renseignements pour le calcul des indemnités complétée personnellement par ses soins le 22 septembre 1984.

Néanmoins, cette réponse est formellement contredite par la propre déclaration de Monsieur A. enregistrée par le contrôleur D. de l'INAMI le 14 septembre 1998 et par les propres écrits judiciaires de Monsieur A..

En effet, lors de son audition enregistrée le 14 septembre 1998, Monsieur A. a déclaré en substance ce qui suit : « J'ai toujours tenu à me renseigner avant de faire quoi que ce soit. Suite à l'introduction de mon certificat d'incapacité de travail le 10 septembre 1994, j'ai continué à remettre mes bons de cotisation comme travailleur indépendant. Autrement dit, la mutuelle était au courant de l'existence d'incapacité indépendant à mon nom. Subitement en 1985 j'ai été convoqué à la mutuelle où l'on m'a reproché cette activité et où l'on m'a invité à rembourser mes indemnités étant entendu que je n'avais pas cessé toute activité professionnelle. J'ai contesté ce fait car à mon avis il s'agissait d'une erreur de la mutuelle, autrement dit, ceux-ci auraient dû me parler des autorisations de travail à temps partiel dès le début de mon activité. J'ai menacé d'aller au tribunal pour défendre ma position, nous sommes principalement arrivés à un arrangement en obtenant de la part du docteur Klels une autorisation pour moi d'exercer mon activité de courtier 4 à 5 heures par semaine ».

Monsieur A., par cette déclaration, a reconnu de manière implicite mais certaine que la remise des bons de cotisation de travailleur indépendant après le 10 septembre 1984 a impliqué, selon lui, la connaissance par son organisme assureur de la poursuite, après cette date, d'une activité indépendante en son nom, situation de fait qui ne pouvait entraîner, selon lui, la restitution des indemnités d'incapacité de travail lui servies car la mutuelle avait commis une erreur dans la gestion de son dossier en ne l'informant pas de l'obligation lui imposée de disposer au préalable d'une

R.G. 20.565

autorisation de reprise de travail à temps partiel avant de reprendre ou de poursuivre une activité quelle qu'elle soit.

Dans l'esprit de Monsieur A., l'envoi régulier à son organisme assureur de bons de cotisation de travailleur indépendant impliquait assurément la connaissance par son organisme mutuelliste de la poursuite ou de la reprise d'une activité par ses soins en cette qualité.

D'autre part, aux termes de ses conclusions d'appel déposées au greffe le 12 février 2008, Monsieur A.a indiqué que « pour ce qui concerne son portefeuille d'assurances il dut compter sur l'assistance de tiers (i-e son épouse et deux inspecteurs de compagnies) pour assurer la gestion, étant lui-même dans l'incapacité d'exercer cette activité (...) Or, un portefeuille d'assurances ne peut souffrir de retard de gestion, que ce soit dans la souscription des polices, dans l'encaissement des primes, dans les règlements de sinistres. Pour autant, il y a lieu d'opérer une nette distinction, en l'occurrence, entre le maintien de la gestion du portefeuille d'assurances par des tiers, au nom du concluant, et la poursuite prétendue d'une activité par le concluant ».

Suivant la définition du Petit Larousse Illustré 2011, le terme « assistance » vise le fait de venir en aide à une personne, de la seconder, autrement dit d'assurer à ses côtés le travail lui imparti.

Si Monsieur A. avait voulu soutenir que la poursuite de la gestion de son portefeuille d'assurances avait été poursuivie par des tiers pendant cette période d'incapacité de travail, il n'aurait pas manqué de prétendre que les tiers incriminés ne l'avaient pas assisté dans ses tâches quotidiennes, mais avaient poursuivi, en ses lieu et place, la gestion du portefeuille d'assurances. Tel n'a pas été le cas. Dans ce contexte ainsi décrit, la transmission des bons de cotisation d'indépendant prend un relief tout particulier : celui de ne pas perdre sa qualité de travailleur indépendant pour pouvoir continuer à assurer, avec l'aide et l'assistance de tiers, la gestion de son portefeuille d'assurances.

En effet, à quoi servait-il de maintenir cette qualité (qui a engendré l'obligation corrélatrice d'acquitter les cotisations sociales dues en application du statut des travailleurs indépendants), si ce n'est celle de pouvoir continuer la poursuite d'une activité d'indépendant en personne physique (enregistrée à son nom), alors que, selon Monsieur A., son épouse « pouvait en personne physique, assurer la gestion de l'entreprise » (voyez sa déclaration du 14 septembre 1998) ?

En d'autres termes, il était parfaitement inutile, dans le chef de Monsieur A., de conserver sa qualité de travailleur indépendant aux fins de bénéficier du statut de titulaire dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités du régime des indépendants réglementée par l'arrêté royal du 30 juillet 1964 et l'arrêté royal du 20 juillet 1971 puisqu'en tout état de cause, les prestations qui allaient lui être servies en exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour travailleurs indépendants devaient être déduites des indemnités d'incapacité primaire ou d'invalidité accordées en vertu de la loi du 9 août 1963 (article 29 § 1

R.G. 20.565

de l'arrêté royal du 20 juillet 1971), régime qui lui fut applicable en sa qualité de travailleur salarié à titre principal.

Le but du maintien du statut de travailleur indépendant dans le chef de Monsieur A. après le 10 septembre 1984, s'impose avec évidence, à savoir celui de pouvoir continuer à assumer en nom propre la gestion de son portefeuille d'assurances même si dans les faits cette gestion a été facilitée par l'aide et l'assistance que lui ont prêtées des tiers.

Il est, ainsi, acquis à la lumière de ces développements que Monsieur A. a conservé le contrôle général de son activité qu'il a, à tout le moins, continué à diriger proméritant, du reste, seul des revenus générés par cette activité en 1984, même s'il n'est pas indispensable que des revenus soient tirés de cette activité pour que cette dernière se révèle incompatible avec le bénéfice des indemnités.

Force est ainsi de constater que Monsieur A. est un assuré indemnisé à partir du 10 septembre 1984 par son organisme assureur qui a poursuivi une activité sans avoir, ni sollicité, ni obtenu l'autorisation préalable du médecin-conseil de son organisme assureur ainsi que le prescrivaient l'article 56§2 de la loi du 9 août 1963 et l'article 232§2 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963.

En exerçant pareille activité, Monsieur A. a admis la réalité de sa capacité de gain et dénié partant son état d'incapacité admis dès le 10 septembre 1984 par son organisme assureur sur base du seul certificat médical dressé par son médecin traitant.

Dès lors, pour qu'une nouvelle période d'incapacité commence, suivie par la suite d'une éventuelle autorisation de travail par le médecin conseil, il aurait fallu que Monsieur A. introduise une nouvelle déclaration d'incapacité de travail après avoir recouvré son assurabilité.

Les autorisations accordées par le médecin conseil de l'UNMS (à partir du 6 septembre 1985) sont dès lors sans aucun effet juridique.

En effet, aucun avis de rechute n'a été régulièrement introduit par Monsieur A. pour faire reconnaître un nouvel état d'incapacité auquel Monsieur A. a lui-même mis fin par le seul effet de la poursuite de son activité de courtier d'assurances à partir du 10 septembre 1984, laquelle a engendré la perte corrélative de toute assurabilité dans son chef dans le cadre du régime de l'assurance soins de santé et indemnités pour salariés.

Sur base de ce constat, il est inutile de s'interroger sur le maintien ou non, dans le chef de Monsieur A., d'une capacité de gain fixée à 50% au moins du point de vue médical, pareille question étant dépourvue de toute pertinence et de tout intérêt vu la perte de la qualité d'assuré dans le chef de Monsieur A..

Enfin, contrairement à ce que soutient, à tort Monsieur A., l'UNMS n'a pas commis la moindre faute quasi délictuelle dans la gestion de son dossier.

R.G. 20.565

S'il ne peut être contesté que Monsieur A. fut convoqué par le médecin-conseil de l'UNMS le 6 septembre 1985 avant son passage en invalidité, il n'en demeure pas moins que ne sont établis ni la réalité de la connaissance par le médecin-conseil du maintien du statut de travailleur indépendant dans le chef de Monsieur A. ni la réalité de la poursuite de son activité de courtier, dès lors que ce n'est qu'après les investigations entreprises par l'INAMI à partir de mai 1996 que l'UNMS a progressivement été informée de l'irrespect par Monsieur A. de la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Monsieur A. maintient à ce propos que la solution au litige l'opposant à l'UNMS repose sur les deux branches de l'alternative suivante :

- « soit l'UNMS a pu constater en 1985, après discussion et analyse de toutes les composantes du dossier qu'il remplissait les conditions de l'article 56 et c'est en toute logique que ni son incapacité ni son invalidité n'ont plus été remises en cause ajoutant que c'est en toute logique également que la procédure d'autorisation de reprise de travail fut appliquée à partir du mois de septembre 1985 ;
- soit l'UNMS a constaté qu'il ne remplissait pas les conditions d'application de l'article 56 de la loi et c'est en violation de la loi que la mutuelle et ses représentants, au nombre desquels ses médecins-conseils, ont agi, lui faisant de surcroît accroire que sa situation était parfaitement régulière, sinon régularisée, et qu'elle ne pouvait être maintenue, d'année en année, par le biais de la procédure d'autorisation de reprise des activités ».

Dans ce dernier cas, estime Monsieur A.I, une faute quasi délictuelle doit nécessairement être retenue dans le chef de l'UNMS au sens des articles 1382-1383 du Code civil dont l'UNMS doit assumer les conséquences.

Comme la Cour de céans l'a précisé supra, il n'est pas douteux qu'en septembre 1985, soit à la fin de la période d'incapacité primaire, Monsieur A. a été convoqué par le médecin conseil de l'UNMS.

Néanmoins, l'objet de cette convocation ne pouvait évidemment pas porter sur l'incidence de la poursuite de l'activité d'indépendant depuis le 10 septembre 1984 dès lors que Monsieur A. reste en défaut de démontrer (et pour cause puisqu'il aurait dans cette hypothèse dû solliciter une autorisation de reprise du travail à temps partiel) qu'il a avisé son organisme assureur, par l'envoi d'une déclaration spécifique comme il s'y était engagé en signant la feuille de renseignements le 22 septembre 1984, de cette poursuite d'activité.

Tout porte, en réalité, à croire que Monsieur A. a été convoqué à la fin de la période d'incapacité primaire, en application des dispositions de l'article 51 de la loi du 9 août 1963, aux fins de permettre au médecin-conseil de l'examiner pour lui permettre de rédiger un rapport à transmettre au conseil médical de l'invalidité, seul habilité à statuer sur l'état d'invalidité d'un assuré social et à en fixer la durée.

R.G. 20.565

C'est, selon toute vraisemblance, lors de cet examen médical pratique par le médecin conseil de l'UNMS que ce dernier a rappelé à Monsieur A. l'étendue de ses obligations d'assuré social indemnisé en vertu de la loi du 9 août 1963 et, notamment, celle de solliciter une autorisation de travail à temps partiel avant d'entamer une activité.

Ainsi, l'autorisation d'exercer une activité délivrée en septembre 1985 n'a pu être que le résultat d'une démarche initiée par Monsieur A..

Il tombe sous le sens, non seulement, que le médecin conseil de l'UNMS n'a pas délivré d'initiative une demande d'autorisation d'activité à temps partiel sans avoir été invité à cet effet par Monsieur A. tout comme il paraît évident que si le médecin conseil de l'UNMS avait émis des soupçons en relation avec la poursuite d'une activité pendant la période d'incapacité primaire, il aurait dénoncé les faits au service du contrôle médical de l'INAMI.

Ainsi, aucun crédit ne doit être accordé aux déclarations de Monsieur A. selon lesquelles « la mutuelle était au courant de l'existence d'une activité indépendante exercée à son nom ».

La procédure d'autorisation de reprise du travail appliquée à partir de septembre 1985 a, donc, été entamée après qu'une demande d'autorisation d'activité à temps partiel ait été adressée par Monsieur A. au médecin conseil de l'UNMS lorsqu'il fut convoqué par ce dernier en application du prescrit de l'article 51 de la loi du 9 août 1963.

Les autorisations accordées à partir du 6 septembre 1985 par le médecin-conseil de l'UNMS le furent, donc, en méconnaissance de la situation réelle de Monsieur A. à savoir que ce dernier n'a pas satisfait à la condition de base de n'avoir pas cessé le travail ou d'avoir, après une incapacité passagère repris le travail sans autorisation, ou encore d'avoir omis de déclarer une rechute après une période d'activité.

En ce qui concerne la seconde branche de l'alternative développée par Monsieur A., la Cour de céans entend faire observer que c'est à tort que Monsieur A. prétend, de manière implicite mais certaine, se fonder sur les principes de bonne administration et de légitime confiance pour reprocher à l'UNMS d'avoir commis une faute quasi-délictuelle entraînant sa responsabilité civile sur pied des articles 1382 et 1383 du Code civil.

La légitimité d'une « croyance » est appréciée par le juge en fonction des éléments de la cause et peut, effectivement, entraîner une anticipation légitime qui mérite protection.

Le principe de la légitime confiance a été consacré comme principe général de droit par la Cour de cassation dans un litige de droit fiscal (Cass., 27 mars 1992, R.C.J.B., 1995, p. 53).

La Cour de cassation reconnaît et intègre ce principe comme un droit à la sécurité juridique, principe général de bonne administration de la manière suivante : « Attendu que les principes généraux de bonne administration comportent le droit à la sécurité juridique... ; que le droit à la sécurité

R.G. 20.565

juridique implique, notamment, que le citoyen doit pouvoir faire confiance à ce qu'il ne peut concevoir autrement que comme une règle fixe de conduite et d'administration ; qu'il s'en suit qu'en principe, les services publics sont tenus d'honorer les prévisions justifiées qu'ils ont fait naître dans le chef des citoyens... ».

Il va de soi que le principe de légitime confiance reconnu par la Cour de cassation en droit fiscal peut, également, trouver application en sécurité sociale et, notamment, en assurance maladie-invalidité, dans les rapports entre les organismes et leurs assurés sociaux.

Il s'agit, en effet, comme en droit fiscal, d'apprécier les relations entretenues entre un citoyen et l'administration, vocable sous lequel on retrouve toutes les institutions ou organismes de sécurité sociale habilités à notifier des actes administratifs contestables devant les juridictions du travail.

La violation du principe de la croyance légitime implique, toutefois que l'administré ait été induit en erreur par l'administration et que la croyance de celui-ci dans les actes de cette dernière soit légitime.

De même, l'administré doit être de bonne foi et son comportement doit, dans ce cadre, être comparé à celui d'un administré normalement ou raisonnablement prudent placé dans les mêmes circonstances (voir en ce sens GEELHAND) « Le principe de la croyance légitime en droit administratif et en droit fiscal », R.C.J.B., 1995, p. 511, n° 524).

En l'espèce, la Cour de céans est bien en peine de déceler la moindre faute quasi-délictuelle commise par l'UNMS dans la gestion du dossier de Monsieur A., l'UNMS n'ayant évidemment pas adopté un comportement constitutif de violation du principe de la croyance légitime.

En effet, les décisions prises par l'UNMS ont, toutes, été prises en méconnaissance de la situation réelle de Monsieur A. qui s'était soigneusement gardé de lui dévoiler la poursuite par ses soins, à partir du 10 septembre 1984, de son activité de courtier en assurances exercée en nom propre !

Monsieur A. est, dès lors, franchement malvenu de prétendre avoir été induit en erreur par l'UNMS.

C. Le délai de prescription de l'action en récupération d'indu.

Les conséquences financières du comportement adopté par Monsieur A. se traduisent par l'existence d'un indu dès le 10 septembre 1984.

Se pose, dès lors, la question de la détermination de la règle applicable à la prescription des actions en récupération d'indu entreprises par l'UNMS. L'article 106 § 1, 5°, 6°, 7° de la loi du 9 août 1963 prévoyait un délai de prescription de deux ans. Toutefois, l'alinéa 3 de ce § 1^{er} précisait que ces délais « ne sont pas applicables dans le cas où l'octroi indu des prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité ». Pour ces manœuvres frauduleuses, le délai applicable

R.G. 20.565

était le délai de droit commun fixé à trente ans à l'époque, délai qui fut réduit à cinq ans par la loi du 6 août 1993 portant des dispositions sociales et diverses. Ce délai de cinq ans a été repris par l'article 174 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, législation applicable au moment où l'UNMS introduisit son action devant le Tribunal du travail de Charleroi.

L'article 174, alinéa 1^{er}, 5^o et 6^o de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 est libellé comme suit :

Alinéa 1^{er} :

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

6^o L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées.

Alinéa 3 :

Les prescriptions prévues aux 5^o, 6^o, 7^o ne sont pas applicables dans le cas où l'octroi indu de prestations aurait 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 (...) ».

La loi n'a pas défini les termes « manœuvres frauduleuses ». Il convient, dès lors, de se référer aux principes du droit commun des obligations.

Le Procureur général LECLERCQ écrivait quant à lui :

« Ces deux notions de dol et de fraude fort voisines, s'interpénètrent et il est d'autant plus malaisé de les départager que les auteurs de notre Code civil semblent avoir, parfois, utilisé ces termes comme synonymes. Ce qu'il nous suffit de comprendre et de retenir pour la solution des problèmes que nous examinons ensemble, c'est que celui qui use de dol ou de fraude a, dans chaque cas, la volonté malicieuse de tromper l'administration en vue de son propre profit. Nous rejoignons ainsi notre opinion selon laquelle le législateur semble avoir voulu – en retenant cette double formulation – viser tout agissement volontairement illicite dont certains bénéficiaires de prestations sociales usent pour en obtenir indûment l'octroi, ce afin de distinguer ces cas de ceux (...) où les versements indus découlent soit d'erreur administrative, soit d'un manque de diligence des organismes attributeurs dans l'application des règles de cumul » (J. LECLERCQ, Mercuriale du 2/9/1975 in « La doctrine du judiciaire », De Boeck, p.318-319).

La doctrine actuelle décrit, quant à elle, comme suit les manœuvres frauduleuses :

« Les manœuvres frauduleuses impliquent, dans le chef d'une personne, une volonté de tromper en vue d'obtenir un avantage auquel elle n'a pas

R.G. 20.565

droit. Dès lors :

- *la simple méconnaissance de la loi n'entraîne pas par elle-même l'existence de manœuvres ;*
- *le seul fait de ne pas procéder à une déclaration, même imposée par la loi, ne constitue pas en soi une manœuvre frauduleuse si l'intention de tromper n'est pas démontrée »* (J-F. FUNCK, Droit à la sécurité sociale, Ed. De Boeck, 2006, p.73-74).

Cette dernière phrase constitue une application de l'enseignement issu de l'arrêt prononcé par la Cour de cassation le 4 janvier 1993 (Pas., I, p.3), selon lequel « *l'action en récupération des indemnités d'incapacité de travail octroyées indûment se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois auquel se rapportent ces indemnités, même si, à la suite d'une omission non-frauduleuse, le titulaire n'a pas informé son organisme assureur de sa demande d'obtention d'un avantage en raison duquel il ne pouvait plus prétendre aux indemnités d'incapacité de travail* ».

La Cour de céans a défini, quant à elle, les manœuvres frauduleuses « *comme tout agissement malhonnête réalisé malicieusement en vue de tromper un organisme assureur pour son propre profit, pouvant aussi bien consister en des actes positifs qu'en des abstentions ou attitudes passives* » (C.T. Mons, 3/4/1992, Bull. inf. INAMI, 1992, p.338 ; C.T.Mons, 10/1/1992 et « la chronique de jurisprudence relative à la reprise d'une activité sans l'autorisation du médecin-conseil », M. DE MEESTER – DE GHELLINCK, R.B.S.S., 1993, p.43).

La fraude ne se présume pas de telle sorte que la charge de la preuve de l'existence de manœuvres frauduleuses dans le chef de l'assuré social incombe à l'organisme de sécurité sociale.

Aux termes de l'arrêt de renvoi prononcé le 4 décembre 2006, la Cour de cassation a confirmé l'enseignement déduit de l'arrêt prononcé le 4 janvier 1993 en estimant que la fraude ne pouvait pas être déduite de la considération selon laquelle l'assuré social pouvait se renseigner quant à l'étendue de ses obligations à l'égard de son organisme assureur et pas davantage de la circonstance selon laquelle il n'avait pas déclaré à celui-ci la poursuite d'une activité.

En l'espèce, Monsieur A.a sciemment trompé l'UNMS en continuant à lui transmettre après le 10 septembre 1984 les bons de cotisations d'indépendant aux fins de tenter de « couvrir » la poursuite de son activité d'indépendant : en effet, lors de son audition enregistrée le 14 septembre 1998 par le contrôleur D., Monsieur A.a déclaré en substance, que « la mutuelle était au courant de l'existence d'une activité indépendante à son nom » suite à la remise de ces bons de cotisation.

Or, il a été démontré supra que le maintien de sa qualité de travailleur indépendant (avec le règlement corrélatif des cotisations sociales dues dans le cadre de ce statut) ne présentait pas d'autre intérêt que celui de pouvoir continuer à assurer, en son nom, la gestion de son portefeuille d'assurances tout en cumulant les revenus générés par ces activités avec le bénéfice des indemnités d'incapacité de travail lui servies par l'UNMS.

R.G. 20.565

Partant, il y a lieu de considérer que le délai de prescription applicable en l'espèce doit être fixé à cinq ans.

D. Fondement des décisions administratives querellées notifiées par l'UNMS et l'INAMI à Monsieur ALONGI.

1. Quant à la cause enregistrée par le Tribunal du travail sous les n° R.G. 56.055, 56.183 et 56.799.

Les décisions notifiées par l'INAMI le 8 juillet 1998 (RG 56055) et 20 juillet 1999 (RG 56183) telles que détaillées dans le cadre de l'exposé des faits de la cause par la Cour de céans doivent être déclarées fondées dès lors que Monsieur A. a perdu le bénéfice de son assurabilité à partir du 10 septembre 1984.

Il en va de même de la décision prise le 23 décembre 1999 par le médecin-conseil de l'UNMS (RG 56799) en raison de la perte de la qualité de bénéficiaire du régime de l'assurance maladie-invalidité dans le chef de Monsieur A. à partir du 10 septembre 1984.

La Cour de céans renvoie, à ce propos, aux longs développements figurant au sein du chapitre I. B.

Il s'impose de confirmer le jugement dont appel et de déclarer la requête d'appel au principal non fondée sur ces points.

2. Quant à la cause enregistrée par le Tribunal du travail sous le n° R.G. 57.880.

Monsieur A. considère que la décision prise le 13 septembre 2000 par le service du contrôle administratif de l'INAMI est irrégulière car les constatations du contrôleur-adjoint D. ne lui ont pas été notifiées dans le délai de 14 jours prévu par l'article 6 de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 déterminant les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

En effet, fait valoir Monsieur A., le délai de 14 jours visé à l'article 6 alinéa 2 de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 n'a pas été respecté puisque le procès-verbal n'a été dressé que le 19 juillet 1999 alors que les constatations ont été opérées entre le 14 septembre 1998 et le 14 avril 1999.

D'autre part, Monsieur A. soutient que les sanctions lui infligées par l'INAMI sont prescrites en application de l'article 12 de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 qui dispose qu'une sanction ne peut plus être prononcée à partir du jour où un délai de deux ans s'est écoulé depuis que le manquement a été commis.

Il convient de distinguer la notion de procès-verbal de constatation de la notion de procès-verbal d'audition.

Si l'audition permet, puisque tel est un objectif, de constater un certain nombre de faits culpeux et de mettre la main sur des documents révélateurs

R.G. 20.565

des infractions commises, elle ne constitue ni le point de départ de la prescription ni celui du délai de notification dès lors que ce n'est que par l'entremise de l'étude de ces documents éventuellement saisis et des déclarations enregistrées du contrevenant que peuvent être déterminés et donc qualifiés les infractions et les manquements à la réglementation (en ce sens C.T. Liège, 15 décembre 2000, JTT 2001, p. 168).

D'autre part, les manquements visés par l'article 2 de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 se poursuivent jusqu'au jour où le titulaire met fin à la situation délictueuse en respectant, à nouveau, l'ensemble des obligations prescrites par la réglementation pour recouvrer la qualité de titulaire (Cass., 1^{er} décembre 1980, Pas., 1981, I, p. 383).

Partant, lorsque Monsieur A. fut auditionné le 14 avril 1999, il reconnut être toujours titulaire d'une autorisation de travail à temps partiel ce qui laisse, ainsi, sous-entendre qu'à cette date précise, il n'avait toujours pas mis un terme aux activités prohibées de telle sorte que c'est erronément que Monsieur A. soulève, quant à ce, l'exception de prescription.

De même, le procès-verbal de constat dressé le 19 juillet 1999 a été notifié le 20 juillet 1999 soit dans le délai réglementaire.

Par ailleurs, sur le plan du fondement de la décision querellée, les manquements ne sont évidemment pas sujets à contestation dès lors qu'eu égard à ce qui a été exposé supra par la Cour de céans, Monsieur A. a poursuivi après le 10 septembre 1984 une activité à caractère productif sans avoir sollicité au préalable l'autorisation du médecin-conseil de l'UNMS, situation qui a conduit Monsieur A. à perdre le bénéfice de son assurabilité dès ce moment.

Pour le surplus, les sanctions apparaissent justifiées dans leur principe et leur hauteur de telle sorte qu'il s'impose de confirmer le jugement dont appel sur ce point et, partant, de déclarer la requête d'appel au principal non fondée.

3. Quant aux causes enregistrées sous les n° R.G. 56.924, 56.925 et 57.918.

Eu égard à ce qui est exposé supra, la requête introduite par Monsieur A. enregistrée sous le n° de R.G. 56.924 n'est évidemment pas fondée et celle enregistrée sous le n° R.G. 56.925 est irrecevable à défaut d'intérêt.

Le jugement dont appel doit être confirmé quant à ce et la requête d'appel au principal être déclarée non fondée.

Par contre, la requête introduite par l'UNMS, enregistrée sous le RG 57918 aux termes de laquelle cette dernière sollicite que Monsieur A. soit condamné à lui verser la somme de 3.167.798 frs (78.527,66 €) représentant les indemnités d'incapacité de travail versées indûment depuis le 1^{er} janvier 1995 doit être déclarée fondée.

Le jugement dont appel doit, sur ce point, également, être confirmé et la requête d'appel au principal être déclarée non fondée quant à ce.

4. Quant à la cause enregistrée sous le n° R.G. 50.920.

Par un recours déposé au greffe du tribunal du travail de Charleroi le 5 novembre 1996, Monsieur A.a introduit un recours contre une décision prise le 17 octobre 1996 par l'UNMS.

Cette décision était rédigée comme suit :

« Concerne : créance de 61.904 francs.

Il y a une quinzaine de jours, nous vous avons adressé une lettre recommandée faisant état d'une demande de récupération pour le montant repris ci-dessus.

Sauf erreur de notre part, nous n'avons pas encore reçu la reconnaissance de dette qui vous permettait de nous proposer un remboursement.

Si vous désirez des renseignements complémentaires sur le motif de la récupération ou son calcul, veuillez contacter, au plus tôt, notre service juridique.

Si vous marquez votre désaccord, vous avez trente jours, à partir de notre lettre recommandée, pour déposer une requête auprès de tribunal du travail.

Quoi qu'il en soit, nous vous invitons à réagir au plus tôt car la réglementation nous oblige, en cas de silence de votre part, à saisir le tribunal du travail en vue d'une récupération des prestations indues... ».

Cette procédure s'est vue attribuer le n° de rôle 50.920.

Monsieur A .prétend que la décision de récupérer une somme de 61.904 francs (1534,66 €) correspondant aux indemnités versées du 1^{er} avril 1996 au 5 mai 1996 au motif qu'il aurait travaillé sans autorisation durant cette période est non fondée dès lors qu'il a bien été autorisé à travaillé durant cette période comme l'atteste la décision du 6 mai 1996 du docteur Cool.

Par voie de conclusions d'appel reçues au greffe le 17 juillet 2008, l'UNMS a, quant à elle, formé un appel incident reprochant au premier juge de n'avoir pas condamné Monsieur A. à lui restituer l'indu de 1534,66 € alors que dans ses motifs décisives il avait déclaré le recours de Monsieur A. en ce qu'il contestait la décision du 17 octobre 1996 non fondé.

Monsieur A. conteste le bien-fondé de cet appel incident et « s'interroge » à titre subsidiaire, sur la prescription de la demande de l'UNMS dès lors que cette dernière soutient que le montant litigieux ne faisait pas partie de l'assiette de sa réclamation du 10 octobre 2000 (requête enregistrée sous le RG 57.918).

Il s'impose d'examiner le fondement de l'exception de prescription soulevée à titre subsidiaire par Monsieur A. dès lors que le moyen de

R.G. 20.565

défense développé à titre principal par ses soins ne peut être retenu et ce compte tenu de sa « sortie d'assurance » dès le 10 septembre 1984.

L'action en récupération des prestations payées indûment (qu'il s'agisse des indemnités d'incapacité de travail ou des prestations de soins de santé) se prescrit par deux ou cinq ans à compter de la fin du mois au cours duquel elles ont été versées (articles 174, alinéa 1^{er}, 5^o et 6^o et alinéa 3 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994).

La Cour de cassation a jugé que « le régime de prescription prévu à l'article 106 de la loi du 9 août 1963 relative à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (actuellement l'article 174 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) était soumis, sauf dérogation expresse, à l'application des dispositions de droit commun » (Cass., 30 juin 1997, Pas., I, p. 309).

Ainsi, l'interruption peut résulter soit des dispositions civilistes (article 2244 du Code civil : citation en justice, commandement ou saisie ; article 2248 du Code civil : reconnaissance du débiteur), soit encore de l'envoi d'une lettre recommandée, comme le prévoit, du reste, explicitement l'article 174 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Toutefois lorsqu'elle résulte d'une citation au sens de l'article 2244 du Code civil (ou d'un acte introductif d'instance de nature équivalente), l'interruption se prolongera durant toute la durée du procès (voyez DE PAGE : Traité élémentaire de droit civil, Tome VII, n^o 1211).

Cependant, l'interruption de la prescription est, en principe, relative en ce sens qu'elle ne vaut que pour l'action en paiement de la dette concernée et ne s'étend pas à d'autres actions que les parties, créanciers et débiteurs, pourraient avoir l'une envers l'autre » (Cass., 22 juin 1972, Pas., I, p. 985).

Selon A. Vermote (« La prescription en droit social », Etudes pratiques de droit social, Kluwer, 2009, p. 24) « la relativité de l'effet interruptif de l'acte introductif d'instance connaît, toutefois, deux exceptions notables : tout d'abord, lorsque la demande étendue ou modifiée est « virtuellement comprise » dans la demande initiale et, ensuite, en cas de demande additionnelle relative à des « accessoires » de la demande principale, échus depuis l'introduction de l'affaire ».

En l'espèce, la requête introductive d'instance de Monsieur A. dirigée à l'encontre de la décision prise le 17 octobre 1996 par l'UNMS a été déposée au greffe le 5 novembre 1996.

De son côté, l'UNMS n'a jamais formulé la moindre demande reconventionnelle aux fins de se voir délivrer un titre exécutoire pour récupérer à charge de Monsieur A. la somme de 1534,66 €.

Aux termes d'un arrêt prononcé le 3 mars 2003 (Pas., I, p. 445) la Cour de cassation a jugé que « si en vertu de l'article 2244 du Code civil une citation en justice interrompait la prescription, cette interruption ne profitait, toutefois, qu'à celui qui avait accompli l'acte interruptif de telle sorte qu'elle n'interrompait pas la demande reconventionnelle de celui

R.G. 20.565

contre lequel on souhaitait prescrire. En considérant que la demande de la défenderesse n'était pas prescrite à l'égard de la demanderesse parce qu'elle avait été introduite comme moyen de défense contre la demande principale de la demanderesse, l'arrêt a violé l'article 2244 du Code civil » conclut la Cour de cassation.

L'enseignement de cet arrêt est parfaitement transposable au litige soumis à la Cour de céans.

Ainsi, l'effet interruptif de la prescription assurée par la lettre recommandée envoyée le 17 octobre 1996 a eu pour effet de faire courir un nouveau délai de même durée que le premier, le nouveau délai prenant cours le jour suivant soit l'acte interruptif, soit la reconnaissance du droit (Cass., 20 mars 1995, Pas., I, p. 335 et J.-F. FUNCK « Droit de la sécurité sociale » De Boeck, Larcier, 2006, p. 78).

Partant de ce constat, l'UNMS devait introduire une demande reconventionnelle avant l'expiration du délai de prescription initial (lequel n'a pas été interrompu par la requête de Monsieur A.) et ce sous peine de tardiveté.

Or, il est établi que l'ANMC n'a jamais introduit de demande reconventionnelle portant sur la récupération à charge de Monsieur A. de la somme de 1534,66 € laquelle n'était, au demeurant, pas incorporée au sein de l'indu réclamé par l'UNMS aux termes de sa requête du 10 octobre 2000.

C'est, dès lors, à tort que le premier juge a déclaré le recours introduit par Monsieur A. et enregistré sous le R.G. 50.920 non fondé.

L'appel incident de l'UNMS doit, dès lors, être déclaré non fondé et l'appel principal fondé en ce que le premier juge devait faire droit à l'exception de prescription soulevée par Monsieur A..

Le jugement dont appel doit être réformé sur ce point.

E. Quant à l'opportunité de solliciter la production de pièces comptables et fiscales.

Il est sans intérêt, dans le chef de Monsieur A., d'exiger la production de pièces comptables et fiscales pour établir l'absence prétendue de revenus, la poursuite d'une activité même non génératrice de revenus, à partir du 10 septembre 1984, s'opposant à toute indemnisation.

F. Quant à l'opportunité de solliciter l'autorisation de tenir des enquêtes.

Monsieur A. estime que les informations contenues dans les déclarations de clients recueillies par le contrôleur D. sont sujettes à caution, constat qui justifie l'audition des personnes concernées.

La Cour de céans fait observer à Monsieur A. qu'elle n'a pas fondé sa conviction sur ces témoignages recueillis par le contrôleur D. mais sur les

R.G. 20.565

propres déclarations de Monsieur A. consignées au sein du procès-verbal d'audition du 14 septembre 1998 et sur les écrits de procédure de ce dernier.

La Cour de céans renvoie, à cet effet, aux longs développements assurés par ses soins au sein du chapitre I. B.

Les juges peuvent refuser d'ordonner une enquête lorsqu'ils s'estiment suffisamment éclairés par les faits de la cause ou parce que les faits allégués sont d'ores et déjà démentis par les éléments de la cause, notamment par des présomptions (Cass., 18 janvier 2001, www.juridat.be).

Il va évidemment, sans dire que les faits dont on propose la preuve au cours d'enquêtes doivent être pertinents, c'est-à-dire utiles à la solution du litige : il doit, donc, exister une relation entre le fait dont la preuve est offerte et l'objet du litige ce qui conduit la Cour à devoir rejeter la preuve de faits proposée par Monsieur A. qui ne sont pas de nature à exercer une influence sur la décision arrêtée par ses soins. (Cass., 17 février 1995, Pas I, p. 190).

* * * * *

PAR CES MOTIFS,

La Cour du travail,

Statuant contradictoirement,

Vu la loi du 15 juin 1935 relative à l'emploi des langues en matière judiciaire,

Vu l'avis écrit conforme de Monsieur le Substitut général D. HAUTIER ;

Ecarte des débats la pièce n° 27 produite par Monsieur A. après la clôture des débats ;

Déclare la requête d'appel au principal non fondée sauf en ce qu'elle sollicite la réformation du jugement dont appel qui n'a pas fait droit à l'exception de prescription soulevée par Monsieur A. dans le cadre de la requête introduite le 5 novembre 1996 (RG 50.920) qui a entendu s'opposer à bon droit à la demande de récupération de la somme de 1534,66 € représentant les indemnités perçues indûment au cours de la période s'étendant du 1^{er} avril 1996 au 5 mai 1996 et consignée dans la décision prise le 17 octobre 1996 par l'UNMS ;

Sous cette seule émendation, confirme le jugement dont appel en toutes ses dispositions ;

Déclare l'appel incident de l'UNMS non fondé ;

Dit pour droit que l'indu de 1534,66 € qui a fait l'objet de la décision prise le 17 octobre 1996 par l'UNMSne peut être récupérée ;

R.G. 20.565

Condamne, par application des dispositions de l'article 1017, alinéa 2 du Code judiciaire, l'INAMI et l'UNMS, chacun à concurrence de la moitié, aux frais et dépens des deux instances taxés par la Cour de céans, s'agissant d'un litige portant sur la reconnaissance d'un droit, à la somme de 255,10 € se ventilant comme suit :

- indemnité de procédure de base de première instance : 109,32 € ;
- indemnité de procédure de base en degré d'appel : 145,78 € .

Ainsi jugé et prononcé, en langue française, à l'audience publique du 15 septembre 2010 par la 4^{ème} Chambre de la Cour du travail de Mons, où siégeaient :

Monsieur X. VLIEGHE, Conseiller président la Chambre,
Monsieur F. HENSGENS, Conseiller social au titre d'employeur,
Monsieur M. VANBAELEN, Conseiller social au titre de travailleur ouvrier,
Madame V. HENRY, Greffier.

qui en ont préalablement signé la minute.