

Numéro du rôle : 5229
Arrêt n° 132/2012 du 30 octobre 2012

A R R E T

---

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

La Cour constitutionnelle,

composée des présidents R. Henneuse et M. Bossuyt, et des juges L. Lavrysen, J.-P. Moerman, E. Derycke, J. Spreutels et P. Nihoul, assistée du greffier F. Meersschaut, présidée par le président R. Henneuse,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

\*

\*   \*   \*

### I. *Objet de la question préjudicielle et procédure*

Par arrêt du 27 octobre 2011 en cause de Maria Guitierrez Cancio contre l'Union nationale des mutualités socialistes, dont l'expédition est parvenue au greffe de la Cour le 2 novembre 2011, la Cour du travail de Liège a posé la question préjudicielle suivante :

« L'article 174, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'inséré par la loi du 19 décembre 2008 (art 47), viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution, en ce qu'il permet à un organisme assureur de récupérer des prestations en cas de paiement indu résultant d'une erreur de droit ou d'une erreur matérielle de cet organisme et lorsque l'assuré erronément crédité ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'il n'avait pas ou plus droit, en tout ou en partie, à la prestation versée, alors que, de manière générale, l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instaurer la charte de l'assuré social qui s'applique à l'ensemble des institutions de sécurité sociale, au rang desquelles se trouvent les organismes assureurs, fait obstacle à toute récupération de sommes indûment perçues par les assurés sociaux lorsque :

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

Le Conseil des ministres a introduit un mémoire.

A l'audience publique du 11 octobre 2012 :

- ont comparu Me P. Slegers et Me C. Pouppez, qui comparaissaient également *loco* Me B. Fonteyn, avocats au barreau de Bruxelles, pour le Conseil des ministres;
- les juges-rapporteurs J. Spreutels et L. Lavrysen ont fait rapport;
- les avocats précités ont été entendus;
- l'affaire a été mise en délibéré.

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

## II. *Les faits et la procédure antérieure*

Le 8 juin 2010, l'Union nationale des mutualités socialistes met en demeure Maria Guitierrez Cancio de lui rembourser une somme d'environ 7 500 euros correspondant à des indemnités d'incapacité de travail qui lui ont été indûment payées pour la période allant du 2 décembre 2008 au 14 décembre 2009. Le 9 juillet 2010, l'organisme assureur précité demande au Tribunal du travail de Namur qu'il condamne Maria Guitierrez Cancio à lui rembourser cette somme d'argent.

Le 2 septembre 2010, Maria Guitierrez Cancio introduit auprès du même Tribunal un recours contre la mise en demeure du 8 juin 2010. Le 12 octobre 2010, l'Union nationale des mutualités socialistes notifie à cette dernière une décision aux termes de laquelle elle limite sa demande de remboursement à un montant d'environ 5 600 euros, correspondant à la période allant du 1er juin 2009 au 14 décembre 2009. Par requête reçue au greffe du Tribunal précité le 21 décembre 2010, Maria Guitierrez Cancio introduit un recours contre cette décision du 12 octobre 2010.

Par jugement du 10 mars 2011, et après avoir joint l'examen des diverses demandes précitées, le Tribunal du travail de Namur condamne Maria Guitierrez Cancio au remboursement de la somme d'environ 5 600 euros réclamée par l'organisme assureur.

Saisie de l'appel interjeté contre ce jugement par Maria Guitierrez Cancio, la Cour du travail de Liège observe que le paiement indu relatif à la période allant du 1er juin 2009 au 14 décembre 2009 ne s'explique que par une erreur de l'Union nationale des mutualités socialistes et que Maria Guitierrez Cancio n'a commis aucune faute ou négligence à ce sujet. Elle décide ensuite de poser à la Cour, à la demande de l'appelante, la question préjudicielle reproduite plus haut.

## III. *En droit*

- A -

A.1. Le Conseil des ministres estime que la question préjudicielle appelle une réponse négative.

A.2. Il soutient que cette question invite la Cour à comparer la situation de deux catégories d'assurés sociaux au regard de l'obligation de rembourser des sommes qui leur ont été indûment versées : d'une part, ceux qui, dans le secteur de l'assurance indemnités, peuvent être obligés de rembourser une partie de ce qui leur a été payé en raison d'une erreur de l'organisme assureur et, d'autre part, ceux qui, dans les autres branches de la sécurité sociale, sont protégés contre toute récupération de l'indu dont ils ont bénéficié à cause d'une erreur de l'institution de sécurité sociale.

Le Conseil des ministres reconnaît que l'insertion, par l'article 47 de la loi du 19 décembre 2008 « portant des dispositions diverses en matière de santé », de l'article 174, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, crée une situation moins favorable pour la première catégorie d'assurés sociaux précitée. Il estime cependant que la différence de traitement qui en résulte repose sur une justification spécifique pertinente au sens de l'arrêt de la Cour n° 1/2010 du 20 janvier 2010.

A.3.1. Le Conseil des ministres expose d'abord que cette différence de traitement est justifiée par le souci de garantir la viabilité financière du système de sécurité sociale, dans l'intérêt de tous les assurés sociaux.

Il déduit d'un arrêt de la Cour de cassation du 22 décembre 2008 que le coût budgétaire et financier découlant de l'impossibilité de récupérer la valeur d'indemnités payées indûment devrait être supporté par l'autorité publique et non par l'organisme assureur qui a commis l'erreur à l'origine de ce paiement indu. Le Conseil des ministres rappelle que le législateur exprimait déjà son souci d'éviter des pertes évaluées à des

milliards de francs belges lors de la modification de la loi du 11 avril 1995 « visant à instituer ‘ la charte ’ de l’assuré social », par la loi du 25 juin 1997.

A.3.2. Le Conseil des ministres expose ensuite que la différence de traitement précitée se justifie aussi par la grande complexité de la réglementation relative à l’assurance indemnités.

Il explique que cette complexité provient du fait que toute décision doit, en la matière, être prise dans un délai très bref, sur la base d’informations de natures très diverses fournies par des sources variées, et après une analyse approfondie d’un grand nombre d’éléments divers tant factuels que juridiques.

A.3.3. Le Conseil des ministres souligne aussi que la « charte de l’assuré social », qui n’entend pas remettre en cause le modèle participatif de la sécurité sociale belge, n’a pour but ni d’empêcher tout contrôle de légalité des décisions prises par les organismes assureurs, ni d’uniformiser les diverses branches de la sécurité sociale.

Il précise que, compte tenu du mode de fonctionnement particulier de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités et de l’ampleur des dépenses qui y sont liées, le législateur a jugé adéquat et opportun de prévoir, à l’article 174 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, un mécanisme de récupération de l’indu qui diffère du régime de droit commun en la matière.

A.4. Le Conseil des ministres remarque que la différence de traitement critiquée ne prive pas pour autant la première catégorie d’assurés sociaux visée en A.2 de toute protection.

Il observe, à cet égard, que l’indu doit être réclamé avant l’expiration d’une période d’un an à compter du paiement et que, en application de règlements adoptés en exécution de l’article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995, l’assuré social qui reçoit notification d’une décision de récupération de l’indu de son organisme assureur en application de l’article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 peut, dans certaines circonstances, demander à l’Institut national d’assurance maladie-invalidité qu’il renonce à la récupération de l’indu.

Le Conseil des ministres considère donc que le délai de prescription prévu par l’article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 assure un juste équilibre entre les intérêts de l’assuré social et ceux du secteur de l’assurance indemnités et traduit un rapport raisonnable de proportionnalité entre le but visé et les moyens employés.

- B -

B.1.1. L’article 174, alinéa 1er, 5°, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dispose :

« 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 ».

B.1.2. L’article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par l’article 47 de la loi du 19 décembre 2008 « portant des dispositions diverses en matière de santé », dispose :

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

Cette disposition, publiée au *Moniteur belge* le 31 décembre 2008, est entrée en vigueur le 10 janvier 2009.

B.2. L'article 17 de la loi du 11 avril 1995 « visant à instituer ' la charte ' de l'assuré social », modifié par l'article 19 de la loi du 25 juin 1997 « modifiant la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social », dispose :

« Lorsqu'il est constaté que la décision est entachée d'une erreur de droit ou matérielle, l'institution de sécurité sociale prend d'initiative une nouvelle décision produisant ses effets à la date à laquelle la décision rectifiée aurait dû prendre effet, et ce sans préjudice des dispositions légales et réglementaires en matière de prescription.

Sans préjudice de l'article 18, la nouvelle décision produit ses effets, en cas d'erreur due à l'institution de sécurité sociale, le premier jour du mois qui suit la notification, si le droit à la prestation est inférieur à celui reconnu initialement.

L'alinéa précédent n'est pas d'application si l'assuré social sait ou devait savoir, dans le sens de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations, qu'il n'a pas ou plus droit à l'intégralité d'une prestation ».

L'article 18 de la loi du 11 avril 1995, remplacé par l'article 20 de la loi du 25 juin 1997, dispose :

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

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

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

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

B.3. La Cour est interrogée sur la compatibilité avec les articles 10 et 11 de la Constitution de l'article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 en ce que cette disposition établit une différence de traitement entre assurés sociaux.

En application de l'article 174, alinéa 3, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, et par dérogation au délai de deux ans prévu à l'alinéa 1er, 5°, de cet article, l'assuré social qui a perçu indûment des prestations de l'assurance indemnités en raison d'une erreur imputable à l'organisme assureur peut se voir réclamer le remboursement de l'indu durant un an. En revanche, en vertu de l'article 17 de la loi du 11 avril 1995, celui qui a perçu des allocations indues en conséquence d'une erreur de l'institution qui a versé les allocations ne doit rien rembourser, au-delà du délai d'introduction d'un recours contre la décision prise par erreur par l'organisme assureur, sauf lorsque cet assuré social savait ou devait savoir qu'il n'avait pas ou n'avait plus droit à l'intégralité de la prestation.

B.4.1. En instituant la charte de l'assuré social, le législateur recherchait une meilleure protection juridique de celui-ci. Pour ce faire, la charte devait répondre aux exigences suivantes : « la sécurité juridique, l'accessibilité, la transparence, la rapidité et la minutie et enfin la simplification des charges administratives » (*Doc. parl.*, Chambre, S.E. 1991-1992, n° 353/1, pp. 1-2). Un amendement du Gouvernement (*Doc. parl.*, Chambre, S.E. 1991-1992, n° 353/2, p. 10) tendant à supprimer l'article 21 (actuel article 17) n'a pas été retenu, parce que la Commission des Affaires sociales a considéré que « cette disposition, qui accroît considérablement la sécurité juridique de l'assuré social, doit être maintenue » (*Doc. parl.*, Chambre, S.E. 1991-1992, n° 353/5, p. 19).

B.4.2. Lors des discussions précédant l'adoption de la loi du 25 juin 1997, il a toutefois été constaté que l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 avait d'importantes implications budgétaires :

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

B.4.3. Le principe de l'article 17 de la loi du 11 avril 1995 a néanmoins été introduit dans plusieurs secteurs de la sécurité sociale. Ainsi en va-t-il de la législation relative aux accidents du travail (article 60*bis* de la loi du 10 avril 1971) et de la réglementation du chômage (article 149, § 1er, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991).

B.5.1. Pour la détermination de sa politique dans les matières socio-économiques, le législateur dispose d'un pouvoir d'appréciation étendu.

Selon la Cour européenne des droits de l'homme, un contrôle plus strict de proportionnalité doit être appliqué lorsque la disposition en cause vise à réparer, au détriment d'un individu, une erreur commise par les autorités elles-mêmes, sans qu'aucune faute ne puisse être reprochée à la personne dont les droits sont affectés par cette disposition (CEDH, 15 septembre 2009, *Moskal c. Pologne*, § 73). En outre, la même Cour a jugé :

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

B.5.2. La disposition en cause est entrée en vigueur le 10 janvier 2009, soit après l'article 17 de la loi du 11 avril 1995. Tant que cette dernière disposition demeure inchangée, une modification législative postérieure qui institue une réglementation applicable à un secteur de la sécurité sociale moins favorable à l'assuré social que celle qui figure de manière générale dans cette disposition crée une différence de traitement entre les assurés sociaux qui ne peut être jugée compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution que s'il existe pour ce faire une justification spécifique pertinente.

B.6. Les travaux préparatoires relatifs à l'article 47 de la loi du 19 décembre 2008 précitée justifient le choix du législateur de la manière suivante :

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

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

Cette disposition est également justifiée en raison de la complexité des dossiers dans le secteur assurance soins de santé et indemnités, à savoir le nombre et la nature des éléments de fait et de droit à prendre en considération pour accorder les prestations et en déterminer le montant exact, l'obligation de mettre les prestations en paiement dans un délai relativement court et enfin, le coût budgétaire et financier que représente l'absence de récupération auprès de l'assuré social, coût qui devrait être pris en charge par les organismes assureurs (hypothèse peu réaliste si ce coût devait être intégralement pris en charge par ces derniers) ou par le régime (et en fin de compte par la gestion globale).

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

B.7.1. La complexité de la gestion administrative qui incombe aux organismes assureurs ne saurait justifier que le bénéficiaire de prestations indues, qui les a perçues en conséquence d'une erreur commise par l'organisme assureur débiteur alors qu'il ne pouvait s'en rendre compte, soit tenu au remboursement des sommes qu'il a perçues indûment durant un an, alors que les bénéficiaires d'autres allocations sociales perçues indûment dans les mêmes circonstances ne sont pas tenus de les rembourser.

En effet, dans l'hypothèse envisagée, le bénéficiaire n'a commis aucune erreur, de sorte que l'organisme assureur devrait être correctement informé de sa situation juridique et matérielle. Les difficultés de gestion provoquées par la complexité du traitement des cas d'incapacité de travail ne peuvent donc pas être, dans cette situation, la cause du paiement



indu. Elles ne peuvent dès lors justifier que les conséquences de l'erreur commise par le débiteur des allocations dans l'octroi de celles-ci soient mises à charge de l'assuré social.

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

B.7.2. En outre, à la différence du pécule de vacances, qui a fait l'objet de l'arrêt n° 39/2008 du 4 mars 2008 par lequel la Cour a jugé qu'il n'était pas contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution de permettre la récupération d'un paiement indu causé par une erreur de l'institution débitrice, les indemnités d'incapacité de travail sont un revenu de remplacement qui est payé chaque mois, de sorte qu'elles constituent dans la majorité des cas l'essentiel du budget mensuel de l'assuré social qui en est créancier. Permettre durant une année entière la récupération de sommes payées ensuite d'une erreur de l'institution débitrice aurait dès lors des conséquences disproportionnées pour la plupart des assurés sociaux se trouvant dans cette situation et à qui il ne peut être reproché aucune faute ou négligence.

B.7.3. Enfin, la circonstance que, dans le secteur de l'assurance soins de santé et indemnités, la majorité des décisions sont prises par des organismes privés collaborant à la sécurité sociale, à savoir les mutualités, ne peut pas non plus justifier un traitement inégal. Le fait que les décisions prises doivent ensuite être contrôlées par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et que ce contrôle ne peut matériellement s'opérer dans le délai de trois mois, c'est-à-dire la période durant laquelle un recours peut être introduit devant le tribunal du travail et durant laquelle l'institution peut revoir sa décision, ne peut pas non plus justifier cette différence de traitement. En effet, l'organisation des institutions privées et publiques intervenant dans ce secteur particulier de la sécurité sociale ainsi que la complexité et les lenteurs du traitement des dossiers qui en découlent ne peuvent constituer une justification raisonnable pour le fait de mettre à charge des assurés sociaux les conséquences financières d'une erreur commise par une institution.

B.7.4. Comme le relève le Conseil des ministres, l'interdiction de récupérer auprès de l'assuré social les prestations qu'il a indûment perçues aboutit certes, en l'état actuel de la législation, à faire peser sur l'INAMI les conséquences financières d'une erreur qui est imputable aux organismes assureurs (voy. à ce propos Cass., 22 décembre 2008, *Pas.*, 2008, n° 749).

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

B.8. La question préjudicielle appelle une réponse affirmative.

Par ces motifs,

la Cour

dit pour droit :

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

Ainsi prononcé en langue française et en langue néerlandaise, conformément à l'article 65 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, à l'audience publique du 30 octobre 2012, par le juge J.-P. Moerman, faisant fonction de président en remplacement du président R. Henneuse, légitimement empêché.

Le greffier,

Le président f.f.,

F. Meersschaut

J.-P. Moerman