# Tribunal du Travail: Jugement du 19 octobre 2011 (Huy). RG 10/654/A

* Date : 19-10-2011
* Language : French
* Section : Case law
* Source : Justel F-20111019-8
* Role number : 10/654/A

DU 19.10.2011

N°

Répertoire

580.2°

TRIBUNAL DU TRAVAIL DE HUY

Deuxième Chambre

Jugement

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

R.G. N° 10/654/A

En cause de :

Madame N D,.

PARTIE DEMANDERESSE - comparaissant personnellement.

contre :

L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES, ci-dessous U.N.M.LIBRES., dont les bureaux sont établis à 1150 Bruxelles, rue Saint-Hubert, n°19.

PARTIE DEFENDERESSE - ayant pour conseil Maître Claudine CHARLIER, avocat à 4000 Liège, rue Hors Château, n° 22, comparaissant.

ET

R.G. N° 10/979/A

En cause de :

L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES, ci-dessous U.N.M.LIBRES., dont les bureaux sont établis à 1150 Bruxelles, rue Saint-Hubert, n°19.

Référence : 520326 270 63/CTX1

PARTIE DEMANDERESSE - ayant pour conseil Maître Claudine CHARLIER, avocat à 4000 Liège, rue Hors Château, n° 22, comparaissant.

contre :

Madame N D, .

PARTIE DEFENDERESSE - comparaissant en personne.

-------

Vu la fixation régulière des causes :

A l'audience publique du 21 septembre 2011 tenue en langue française :

- Madame N D ainsi que le conseil de l'U.N.M.LIBRES sont entendus en leurs explications,

- et après clôture des débats le ministère public en son avis verbal donné par Monsieur Eric VENTURELLI, substitut de l'auditeur du travail.

Vu les pièces des dossiers de la procédure, à la clôture des débats, le 21 septembre 2011 et notamment :

- les requêtes introductives d'instance déposées respectivement au greffe le 10 août 2010 (R.G. 10/654/A) et le 29 octobre 2010 (R.G. 10/979/A)

- les dossiers de l'auditorat du travail déposés le 22 avril 2011.

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire.

DECISIONS ATTAQUEES

R.G. N° 10/654/A

Par requête déposée au greffe le 10 août 2010, Madame N D conteste la demande de remboursement de soins de sa Mutualité (681,04 euro ), précisant ne pas être en mesure de payer les arriérés de cotisations (4.533,85 euro ) et considérant que si sa Mutualité avait correctement fait son travail, elle n'en serait pas là.

R.G.N° 10/979/A

Par requête déposée au greffe le 29 octobre 2010, la mutuelle postule condamnation de Madame N D à lui rembourser la somme de 681,04 euro indûment perçue.

Elle justifie ainsi sa demande :

«Attendu que la partie défenderesse a perçu indûment des remboursements en soins de santé pour la période du 15.01.2009 au 18.12.2009 et qu'elle n'a pas payé ses cotisations due pour l'année 2007, elle nous est redevable de la somme de 681,04 euro .

Attendu que le paiement intégral de cotisations dues pour une année de référence X permet de bénéficier des soins de santé durant l'année civile X + 2 (exemple les cotisations payées pour 2007 donnent un droit pour 2009).

Attendu qu'en application de l'article 164 de la loi coordonnée du 14.07.1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la partie défenderesse est dans l'obligation de nous rembourser.

Attendu que la partie défenderesse a un retard de paiement des cotisations pour un montant total de 4.494,37 euro .

Attendu le rapport INAMI n° 003110CE00051400 du 22.04.2010.

Attendu que la défenderesse a déposé un recours en date du 12.08.2010 (R.G. 10/654/A)

Attendu que dès lors la partie défenderesse nous est redevable de la somme de 681,04 euro .

Attendu notre lettre recommandée demandant le remboursement.

RECEVABILITE ET JONCTION DES CAUSES:

Les causes portant les numéros 10/654/A et 10/979/A du rôle général sont recevables pour avoir été introduites dans les formes et délais fixés par la loi.

Vu la connexité entre les deux causes, il y a lieu de les joindre en application de l'article 30 du Code judiciaire.

En effet, leur rapport est si étroit qu'il y a intérêt à les instruire et juger en même temps, afin d'éviter des solutions qui seraient susceptibles d'être inconciliables si les causes étaient jugées séparément.

DISCUSSION

POSITION DE MADAME DELCOUR

Madame D soutient avoir été mal informée par l'UNML quant à l'étendue de des droits, quant à l'influence de ses revenus sur son statut en « soins de santé » et le montant des cotisations que cela impliquait.

Elle estime avoir parfaitement informé l'UNML de sa situation et des ses revenus.

Elle considère que le remboursement de soins de santé sollicité par l'UNML n'est pas légalement justifié, et qu'en toute hypothèse, la décision de l'UNML (qui avait remboursé en son temps ces frais de soins de santé) ne peut rétroagir.

Elle est financièrement dans l'impossibilité de payer les arriérés de cotisations.

A titre très subsidiaire, elle propose de rembourser l'indu à raison de 25 euro par mois.

POSITION DE L'UNML :

Elle relève que les revenus apparus via les informations données par l'administration fiscale étaient plus importants que les revenus déclarés par madame D.

Cela a eu un impact sur le montant des cotisation finalement dues (et non payées) et le statut de madame D en matière de remboursement des soins de santé.

Elle soutient avoir parfaitement informé madame D quant à l'influence de ses revenus sur son statut en « soins de santé » et le montant des cotisations que cela pouvait impliquer.

Elle conteste avoir manqué à son devoir d'information.

FONDEMENT

Madame D, née le ..., est inscrite à la mutualité UNML depuis 1967 :

- en qualité de salariée du 1/1/1988 au 30/6/2006 ;

- en qualité de personne inscrite au RN des personnes physiques (article 32 des lois coordonnées) depuis le 1/7/2006.

Le 10/1/2008, elle a signé une déclaration sur l'honneur en matière de cotisation de résident.

Elle indique que ses revenus, exclusivement constitués de pension, s'élèvent à 13.346,76 euro (le montant net de sa pension est de 1.124,12 euro ).

Sur cette base, la mutualité a calculé le montant de ses cotisations en matière d'assurance obligatoire « soins de santé » (soit +- 50 euro par mois).

Le 19/11/2009, la mutualité a reçu le fichier du contrôle systématique via le SPF Finances, indiquant que les revenus de l'année 2007 (exercice d'imposition 2008) étaient supérieurs au plafond de l'intervention majorée est s'élevaient à 15.3191,72 euro .

Sur cette nouvelle base, la mutualité a calculé le montant des cotisations en matière d'assurance obligatoire « soins de santé » (soit +- 300 euro par mois) depuis le 1/7/2006.

Etant donné les montants déjà versés par madame D, l'année de référence 2006 était justifiée et le droit aux soins de santé en 2008 pouvait être accordé.

En revanche, le montant des cotisations dues pour l'année 2007 n'étant pas honoré, aucun droit en « soins de santé » ne pouvait être accordé pour l'année 2009.

C'est pour cette raison que la mutualité entend obtenir remboursement d'un montant total de 681,04 euro , à savoir l'équivalent des nombreux remboursements de soins de santé accordés pour l'année 2009.

Le tribunal constate que sur le plan de la légalité, la décision de la mutualité est correcte.

Le nouveau montant des arriérés de cotisations est correctement calculé, sur base du revenu réel perçu en 2007 (sur base des informations incontestables et incontestées émanant du SPF Finances).

La question est de savoir d'une part, si la décision de la mutualité peut rétroagir en cas d'éventuelle erreur de sa part , et d'autre part, si la mutualité a commis de faute engageant sa responsabilité.

Quant à l'article 17 de la Charte de l'assuré social :

L'article 17 de la Charte de l'assuré social dispose que :

« 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 ».

En l'espèce, il n'apparaît pas que la première décision de l'UNML quant au montant des cotisations dues est entachée d'erreur de droit ou de fait de la part de la mutualité.

En effet, la mutualité a procédé à ce calcul sur base des revenus déclarés par madame DELCOUR le 10/1/2008.

Ensuite, sur base du revenu réel et incontestable, l'UNML a pris sa seconde et nouvelle décision , avec des cotisations bien plus élevées.

La décision de récupération prise par la mutualité est légalement fondée.

Quant à la responsabilité de l'UNML :

En application de l'article 1382 du Code civil, le demandeur doit prouver dans le chef de sa mutualité :

 une faute (comportement que n'aurait eu un bon père de famille prudent et diligent) ;

 un dommage ;

 un lien de causalité entre les deux.

La Cour de cassation juge de façon constante que : « le lien de causalité entre la faute et le dommage suppose que sans la faute, le dommage n'eut pu se produire tel qu'il s'est réalisé » (notamment , Cass 15/11/2006, P06.0308F, Cass. 14/12/2006, C.040582 F).

Quant à la Charte de l'assuré social et quant au devoir d'information et quant à la motivation formelle des actes administratifs:

Les articles 3 et 4 de la Charte de l'assuré social sont libellés comme suit :

Article 3. « Les institutions de sécurité sociale sont tenues de fournir à l'assuré social qui en fait la demande écrite, toute information utile concernant ses droits et obligations et de communiquer d'initiative à l'assuré social tout complément d'information nécessaire à l'examen de sa demande ou au maintien de ses droits, sans préjudice des dispositions de l'article 7. Le Roi détermine, après avis du Comité de gestion ou de l'organe d'avis compétent de l'institution concernée, ce qu'il y a lieu d'entendre par information utile, ainsi que les modalités d'application du présent article.

L'information visée à l'alinéa 1er doit indiquer clairement les références du dossier traité et le service qui gère celui-ci.

 Elle doit être précise et complète afin de permettre à l'assuré social concerné d'exercer tous ses droits et obligations.

 Elle est gratuite et doit être fournie dans un délai de quarante-cinq jours.

Toutefois, le Roi détermine les cas dans lesquels l'information donne lieu à la perception de droits et les secteurs pour lesquels ce délai de quarante-cinq jours peut être augmenté.

Il fixe le montant, les conditions et les modalités de cette débition.

 Article 4. « Dans les mêmes conditions, les institutions de sécurité sociale doivent dans les matières qui les concernent conseiller tout assuré social qui le demande sur l'exercice de ses droits ou l'accomplissement de ses devoirs et obligations.

Le Roi peut fixer les modalités d'application du présent article après avis du Comité de gestion ou de l'organe d'avis compétent de l'institution concernée ».

La Cour du travail de Liège a jugé que : « L'obligation d'information et de conseil imposée aux institutions de sécurité sociale est une obligation de résultat. En vertu des articles 3 et 4 de la loi du 11 avril 1995, ces obligations d'information et de conseil doivent répondre à une demande de l'assuré social. L'information donnée doit être suffisamment précise et complète pour permettre à un assuré social d'exercer ses droits et obligations » .

Par ailleurs, l'article 13 de la Charte comporte une obligation spécifique de motivation de leurs décisions à charge des institutions de sécurité sociale : celles-ci doivent utiliser un « langage compréhensible pour le public ».

A la lecture des travaux préparatoires de la Charte, l'article 13 de ladite Charte impose à ces institutions d' « indiquer les motifs de la décision dans un langage intelligible pour le public » (Projet de loi modifiant la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la « charte » de l'assuré social, Doc. Parl., Ch. Repr., sess. 1996-1997, n°907/1, p. 12).

Appréciation :

Madame D affirme que la mutualité ne lui a pas donné toutes les informations utiles et nécessaires, concernant le calcul du montant des cotisations « soins de santé », concernant les plafonds de revenus à ne pas dépasser, et l'impact d'un éventuel dépassement de plafond sur le remboursement de soins de santé.

Plus précisément, elle soutient fermement qu'elle pensait avoir droit au remboursement de ses soins de santé durant l'année 2009, sur base des cotisations qu'elle avait payées et qui avaient été calculées par la mutualité.

Elle ajoute que rien n'aurait pu la faire douter de son bon droit à ce moment.

Le changement de statut très particulier de madame D, réalisé en juillet 2006, impliquait de la part de la mutualité la délivrance d'informations claires et précises.

La situation n'était pas ordinaire.

Force est de constater que la déclaration sur l'honneur signée le 10/1/2008 contient bien peu d'informations sur le contour des droits de madame D en matière de soins de santé (et aucune information quant à l'impact du montant de ses revenus sur ces droits).

Interrogé très précisément par madame l'auditeur du travail, la mutualité a répondu laconiquement le 9/12/2010 que « madame D a reçu verbalement toutes les informations nécessaires. Il n'est donc pas possible de vous communiquer une copie de ces informations ».

Dans ce contexte très particulier, le tribunal considère que la mutualité a manqué à son devoir d'information tel que précisé par l'article 4 de la Charte de l'assuré social et commis une faute au sens de l'article 1382 du Code civil (à savoir un comportement que n'aurait pas eu un bon père de famille, normalement prudent et diligent).

Le dommage matériel (perte du droit au remboursement des soins de santé) subi par madame D est équivalent au montant réclamé par la mutualité.

Ce dommage est en lien causal direct avec la faute commise.

En conséquence, le tribunal estime que l'UNML est donc responsable de sa faute et de sa négligence et doit en supporter les conséquences.

Il convient de la condamner à des dommages et intérêts équivalents au montant du remboursement qu'elle poursuit.

L'action de madame D est fondée.

Elle ne doit pas rembourser le montant réclamé par la mutualité (compensation)

Par ces motifs,

le tribunal, statuant contradictoirement, de l'avis conforme du ministère public,

Dit le recours (R.G. 10/654/A) de Madame N D et l'action (R.G. 10/974/A) de l'U.N.M.LIBRES recevables et ordonne leur jonction.

Dit l'action en remboursement de l'UNML fondée.

Condamne madame D a rembourser le montant indu de 681,04 euro .

Dit l'action de madame D fondée.

Condamne l'UNML au paiement en faveur de madame D de dommages et intérêts équivalents au montant à rembourser de 681,04 euro .

En résumé, dit pour droit que madame D ne doit pas rembourser le montant réclamé par la mutualité (compensation entre les deux condamnations).

Condamne l'U.N.M.LIBRES aux dépens de l'instance. Constate que Madame Nadine D n'en a pas exposé.

FAIT ET PRONONCE, en langue française, à l'audience publique de la DEUXIEME Chambre du Tribunal du Travail séant à HUY, province de Liège, du MERCREDI DIX-NEUF OCTOBRE DEUX MIL ONZE

PRESENTS :

Monsieur Denis MARECHAL, président,

Monsieur Patrick POCHET, juge social au titre d'employeur,

Monsieur Jean BEULEN, juge social au titre d'ouvrier,

Madame Martine JASSOGNE, greffier.

Le greffier Le président et les juges sociaux