

ARRET

AUDIENCE PUBLIQUE DU 21 FEVRIER 2008

R.G. 20264

Assurance maladie-invalidité. Incapacité de travail.

5^{ème} Chambre

Article 580, 2° du Code judiciaire

Arrêt contradictoire, définitif.

EN CAUSE DE :

DM

Appelant au principal, intimé sur incident, comparaisant par son conseil Maître Deutsch, avocat à Bruxelles ;

CONTRE :

1. L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE, en abrégé I.N.A.M.I., dont le siège est établi à 1050 Bruxelles, avenue de Tervueren, 211,

Premier intimé, comparaisant par son conseil Maître Herremans, avocat à Mont-sur-Marchienne ;

2. L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES SOCIALISTES, en abrégé UNMS, dont le siège est sis à 1000 BRUXELLES, rue Saint-Jean, n° 32-38,

Second intimé au principal, appelant sur incident, comparaisant par son conseil Deridder loco Maître Massin, avocat à Gilly.

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

I-Procédure

Vu le recours enregistré au greffe de la Cour le 16 juin 2006 à l'initiative de MD, *ci-après dénommé « l'appelant »* ou « *appelant principal* », dirigé contre un jugement rendu par le tribunal du travail de Charleroi le 15 mai 2006, *notifié* le 17 mai 2006 à cette partie, *et présenté à l'intéressé* le 18 mai 2006, ce qui rend l'appel recevable *sur le plan des délais*, conformément à la méthode de calcul *qui se déduit* des articles 52,53,54,792 en ses alinéas 2 et 3, et 1051 du code judiciaire, *ainsi que* de l'enseignement d'un arrêt rendu par la Cour d'arbitrage le 17 décembre 2003 consacrant la théorie de la réception (arrêt n° 170/2003, n° de rôle 2566), théorie intégrée dans le nouveau prescrit de l'article 53 bis du code judiciaire qui prévoit, lorsque la notification est effectuée par pli judiciaire ou par courrier recommandé avec accusé de réception, *comme c'est le cas*, que le délai commence à courir, *à l'égard du destinataire*, le premier jour qui suit celui où le pli a été présenté à son domicile, ou, le cas échéant, à sa résidence ou à son domicile élu.

R.G. 20264

Vu les conclusions échangées dans ce contexte entre les parties, soit l'appelant principal, l'INAMI ci-après dénommé « *premier intimé* », et l'UNMS ci-après dénommé « *second intimé* ».

Vu la fixation subséquente de la cause conformément au prescrit l'article 747, paragraphe 2, du code judiciaire.

Entendu les parties en leurs moyens à l'audience publique de la cinquième chambre du 15 novembre 2007.

Vu, *au terme des plaidoiries*, la prise en communication de la cause par le Ministère public pour rédaction d'un avis écrit et la fixation de *la date de dépôt de cet avis* pour le 20 décembre 2007 au plus tard, et *d'un délai de répliques* jusqu'au 16 janvier 2008 inclus.

Vu l'avis écrit déposé le 26 décembre 2007, avec prorogation à due concurrence du délai de répliques, et sa notification subséquente conformément au prescrit de l'article 767 du code judiciaire.

Vu les répliques déposées pour le premier intimé le 16 janvier 2008, soit dans le délai imparti.

II-La cause du litige (édifice des faits), moyens d'appel et objet

Il ressort des faits spécialement invoqués par les parties qui peuvent être retenus comme précis, pertinents et établis, que l'appelant, né le 6 novembre 1956, ajusteur de profession, était en incapacité de travail depuis le 9 avril 1992, et s'était vu reconnaître en état d'invalidité jusqu'à la date du 30 novembre 1999.

Il est dans ce contexte acquis que le second intimé lui a, en sa qualité d'organisme assureur, payé :

- au cours de l'incapacité primaire, la somme de 8676 BEF,
 - en période d'invalidité, c'est-à-dire du 9 avril 1993 jusqu'au 30 juin 1996, la somme de 1.220.184 BEF,
- soit au total un montant de 1.228.857 BEF.

Il ressort d'une enquête diligentée par les services de l'inspection de l'INAMI que l'intéressé a repris une activité professionnelle entre le 15 janvier 1993 et le 30 septembre 1993, et ce sans avoir sollicité l'autorisation préalable du médecin-conseil de sa mutuelle, *et même sans l'en avoir informé*.

La teneur de la déclaration de l'appelant qui fut entendu le 10 juin 1996, laquelle est reprise dans le dossier administratif de l'INAMI ainsi qu'en première page de l'avis écrit du Ministère Public, *déclaration tenue ici pour intégralement reproduite*, confirme de manière indubitable, comme celles de Messieurs M, T et V, que l'intéressé a bien repris une activité comme dit ci-dessus.

Plusieurs procédures seront introduites devant le tribunal du travail de Charleroi suite aux auditions confirmant la matérialité de cette reprise

R.G. 20264

d'activité.

Il y aura ainsi :

- *une première procédure d'abord inscrite au rôle général sous le n° 50.272/R, puis inscrite sous le n° 65.923/R dans le cadre de laquelle l'appelant a, par un recours non motivé du 29 juillet 1996, contesté une décision prise le 4 juillet 1996 par l'INAMI, acte administratif par lequel cet organisme a notifié à l'intéressé une décision de constatation de fin d'incapacité de travail suite à une reprise d'activité dans le cadre de travaux de maçonnerie et de terrassement au cours d'une période s'étendant du 15 janvier 1993 jusqu'au 30 septembre 1993. Cette décision se réfère à des constatations opérées par le service de contrôle de l'INAMI à une date précise, ainsi qu'à un examen médical effectué le 26 juin 1996, et renvoie pour le surplus aux dispositions légales applicables, étant les articles 100 et 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 en matière d'assurance-maladie invalidité,*
- *une seconde procédure d'abord inscrite au rôle général sous le n° 50.377/R, puis inscrite sous le n° 65.947/R dans le cadre de laquelle l'appelant a, par requête non motivée du 9 août 1996, contesté une décision notifiée le 8 juillet 1996 par le médecin-conseil de sa mutuelle, seconde intimé, laquelle mettait fin à son incapacité à partir du 15 janvier 1993 pour avoir repris une activité sans autorisation préalable,*
- *une troisième procédure inscrite au rôle général sous le n° 65.924, mais cette fois à l'initiative du seconde intimé, la mutuelle, qui, par une requête transmise par recommandé le 16 octobre 1996, a sollicité l'obtention d'un titre exécutoire pour la somme totale de 1.534.009 BEF, sans préjudice de tous intérêts compensatoires, en vue de récupérer, d'une part la somme de 1.228.857 BEF indûment perçue au titre d'indemnités au cours de la période s'étendant du 1er avril 1993 au 30 juin 1996, et d'autre part la somme de 305.152 BEF du chef de remboursements indus pour des soins de santé dispensés tant à l'intéressé qu'à son fils,*
- *une quatrième procédure inscrite au rôle général sous le n° 50.985, également introduite à l'initiative du second intimé qui, par une requête transmise par recommandé le 11 novembre 1996, a postulé la condamnation de l'appelant principal à lui rembourser une somme de 80.535 BEF au titre d'indemnités d'assurance-maladie invalidité indûment perçues au cours de la période s'étendant du 15 janvier 1993 jusqu'au 31 mars 1993,*
- *une cinquième procédure inscrite au rôle général sous le n° 51.644, toujours introduite à l'initiative du seconde intimé qui, par une requête transmise par recommandé le 25 juillet 1997, a postulé la condamnation de l'appelant principal à lui rembourser un complément d'indu se chiffrant à 66.354 BEF relatif à la période s'étendant du 9 avril 1992 au 14 janvier 1993 au motif qu'au moment où l'incapacité de travail avait pris cours, l'intéressé n'avait pas la qualité de chômeur complet contrôlé, de sorte qu'il y avait lieu d'appliquer l'article 27, paragraphe 2, du règlement des indemnités, plutôt que l'article 27, paragraphe premier.*

R.G. 20264

On notera pour être complet qu'en date du 15 mai 1997, le service de contrôle administratif de l'INAMI a décidé d'exclure l'appelant principal à concurrence de 105 indemnités journalières au titre de sanction sur base de l'article 2, 4° et 6° de l'arrêté royal du 10 janvier 1969. Cette décision n'a pas été contestée par l'appelant principal.

Par jugement du 15 mai 2006, présentement déféré, le tribunal du travail de Charleroi :

- a déclaré la demande de l'appelant principal recevable, mais non fondée dans la première procédure,
- a dit la demande de l'appelant principal irrecevable pour tardiveté dans la seconde procédure,
- a déclaré la demande de la mutuelle dans le cadre de la troisième procédure recevable et fondée, de sorte que l'appelant principal fut condamné à rembourser la somme de 38.027,09 EUR à majorer des intérêts légaux depuis le 14 août 1996,
- a dit la demande de la mutuelle recevable et en grande partie fondée dans la quatrième procédure, et a ainsi condamné l'appelant principal à rembourser à sa mutuelle le montant de 1991,41 EUR à majorer des intérêts légaux depuis le 17 octobre 1996,
- a dit la demande de la mutuelle prescrite dans le cadre de la cinquième procédure.

Ce jugement a été notifié à l'appelant principal le 18 mai 2006. L'intéressé en a relevé appel par requête enregistrée au greffe de la présente juridiction le 16 juin 2006 en invoquant en substance :

- *quant à la réglementation applicable*, que son comportement au cours de l'année 1993 ne pouvait être examiné au regard des dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 qui n'était pas encore en vigueur à ce moment-là,
- *au sujet de la prescription*, que les manoeuvres frauduleuses ne seraient pas démontrées, étant entendu qu'il s'agirait d'une simple omission de signaler l'exécution d'un ouvrage qui, en soi, ne suffirait pas pour considérer qu'il y a de telles manoeuvres,
- *pour ce qui est de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994*, qu'il ressortirait d'une attestation du docteur V du 13 janvier 1997 que l'application de cette disposition aurait bien été sollicitée sans qu'aucune décision ultérieure ne soit prise à ce sujet (décision dont la production est toutefois sollicitée), et qu'ainsi, il reviendrait à la mutuelle de démontrer quels sont les jours pour lesquels il devrait y avoir un remboursement,
- *concernant son recours du 9 août 1996* contestant la décision de l'INAMI du 4 juillet 1996 notifiée le 8 juillet 1996, déclaré irrecevable par le premier juge, ce dernier devrait être considéré comme recevable dès lors que la décision de la mutuelle, qui n'en était que la conséquence, avait préalablement été valablement contestée ; au surplus, l'application de l'article 50, alinéa 2, du code judiciaire, qui ne vise que les délais d'appel et d'opposition, devrait être étendue à ce type de recours.

On relèvera que le second intimé a quant à lui interjeté un appel incident en ce que le jugement déferé ne condamne pas l'appelant à lui rembourser la somme de 1337 BEF ou 33,14 EUR au motif qu'aucune demande en ce sens n'était mentionnée au dispositif des conclusions déposées. Cette partie sollicite en outre la condamnation de l'appelant à lui payer de 2000 EUR au titre de dommages et intérêts pour appel téméraire et vexatoire. La mutuelle n'a toutefois interjeté aucun appel incident de la partie du jugement qui a déclaré prescrite sa demande formée dans la cinquième procédure évoquée ci-dessus, inscrite en premier degré au rôle général sous le n° 51.644, et qui tendait pour rappel à obtenir la condamnation de l'appelant principal à lui rembourser un complément d'indu se chiffrant à 66.354 BEF relatif à la période s'étendant du 9 avril 1992 au 14 janvier 1993 au motif qu'au moment où l'incapacité de travail avait pris cours, l'intéressé n'avait pas la qualité de chômeur complet contrôlé, de sorte qu'il y avait lieu d'appliquer l'article 27, paragraphe 2, du règlement des indemnités, plutôt que l'article 27, paragraphe premier.

III-Discussion

III-1 Quant à l'appel principal

III-1-1 La recevabilité du recours de l'actuel appelant dans la cause connue en premier degré sous le numéro de rôle général 50 377/R, puis inscrite sous le n° 65.947/R

La décision du service du contrôle médical de l'INAMI a été prise le 4 juillet 1996, et *il semblerait* qu'elle fut notifiée par un recommandé de 8 juillet 1996. Il paraît donc difficile que l'intéressé ait pu recevoir ce courrier le jour même. Il n'a pu le recevoir que le lendemain *au plus tôt*. Il n'y a toutefois aucune certitude à cet égard. Vu ce qui précède, et comme en matière de notification, il y a lieu d'appliquer la théorie dite de la « *réception* », conformément à la méthode de calcul *qui se déduit* des articles 52,53,54,792 en ses alinéas 2 et 3, et 1051 du code judiciaire, *ainsi que* de l'enseignement d'un arrêt rendu par la Cour d'arbitrage le 17 décembre 2003 consacrant cette théorie (arrêt n° 170/2003, n° de rôle 2566), il y a lieu de considérer que le recours introduit par requête non motivée du 9 août 1996 pour contester une décision notifiée le 8 juillet 1996 par le médecin-conseil de la mutuelle, second intimé (*laquelle mettait fin à son incapacité à partir du 15 janvier 1993 pour avoir repris une activité sans autorisation préalable*), est recevable.

III-1-2 La législation applicable

L'argument soulevé à cet égard par l'appelant principal n'a aucune pertinence dans la mesure où l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 n'a fait que reprendre intégralement les termes de la disposition qui était auparavant applicable, étant l'article 56 de la loi du 9 août 1963.

Le fait que la décision de l'INAMI du 4 juillet 1996 n'ait pas fait référence à l'article 56 de la loi du 9 août 1963 pour la période litigieuse antérieure

R.G. 20264

au 6 septembre 1994, date d'entrée en vigueur de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ne suffit pas en soi pour entraîner la nullité de cet acte administratif pour défaut de motivation formelle. En effet, pour satisfaire aux exigences de motivation formelle, il suffit qu'un acte administratif renvoie à une disposition légale. Que cette disposition légale soit erronée relève d'un examen au fond, et en aucune manière d'une analyse de l'aspect purement formel de la motivation.

Surabondamment, à supposer que la décision de l'INAMI du 4 juillet 1996 ait pu être annulée pour défaut de motivation formelle, cela n'aurait rien changé à l'issue du litige, étant entendu qu'une fois cette annulation prononcée, il appartient de toute façon à la Cour du travail, en fonction de sa compétence de pleine juridiction, de se substituer à l'INAMI (*voir dans le sens d'une compétence de pleine juridiction : Cassation, 30 mars 1981, Bull. cass., 1981, page 824 ; Cassation, troisième chambre, 5 avril 1982, TSR 1982, page 472 ; Ph. GOSSERIES, "Contentieux de la sécurité sociale : compétence d'attribution et saisine des juridictions du travail", JTT, 1981, page 285 ; Th. WERQUIN, "Etendue et limites des pouvoirs du juge dans le contentieux de la sécurité sociale", JTT, 1993, page 337 et H. FUNCK, "Saisine du juge et intérêts de retard en assurance maladie invalidité", CDS, 1991, page 88*).

Dans ce cadre précis, la présente juridiction relève que l'appelant principal n'interjette de toute manière pas appel du jugement déféré en ce que celui-ci décide *sur le plan des principes* que ses activités litigieuses et avérées ont bel et bien mis fin à son incapacité en date du 15 janvier 1993. Quand bien même l'appelant principal aurait interjeté appel de cet aspect, on rappellera de manière tout à fait superfétatoire :

a- que suivant les articles 56 de la loi du 9 août 1963 et 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail est subordonnée aux conditions de base suivantes :

- le travailleur doit avoir *cessé toute activité*,
- la cessation de toute activité doit être la conséquence du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels,
- le travailleur doit subir une réduction des deux tiers au moins de sa capacité de gain évaluée conformément aux critères fixés par le texte légal.

b- qu'au sujet de l'exigence de la cessation de toute activité, on notera que la reprise d'une activité adaptée à l'état est possible, mais moyennant l'autorisation *préalable* du médecin-conseil (*quod non, et l'attestation non produite du docteur V n'y changerait rien vu qu'il appartient toujours au travailleur concerné d'établir dans un premier temps qu'il a bien adressé cette demande au médecin-conseil de son organisme assureur*). On soulignera qu'en telle hypothèse, plusieurs conditions doivent à nouveau être réunies :

- avoir cessé toute activité en conséquence d'une incapacité de travail reconnue préalablement à la reprise d'activité envisagée,
- rester atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 % sur base d'un examen médical,
- exercer une activité autorisée,
- avoir obtenu l'autorisation *préalable* du médecin-conseil en vue de

reprendre ladite activité (*en l'absence de cette autorisation, la reconnaissance de l'incapacité prend fin*).

c- qu'il résulte de l'enseignement de la Cour de cassation que le terme « *activité* » doit être compris dans son sens usuel et ne doit pas être réduit à la seule activité « *professionnelle* » (*voir en ce sens : Cassation, 23 avril 1990, Pas., 1982, I, page 650*). Les termes « *avoir cessé toute activité* » visent donc, *non seulement* la cessation de toute activité professionnelle, *mais encore* celle de toute activité procurant un enrichissement du patrimoine ou, autrement dit, toute occupation habituelle, occasionnelle, voire même exceptionnelle, 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 s'ensuit que, constitue un travail soumis à autorisation préalable, toute activité à caractère productif, effectuée dans le cadre de relations sociales, même si elle est accomplie sans rémunération à titre de service d'ami (*voir en ce sens : Cassation, 18 mai 1992, Pas., 1992, I, page 821*).

En conséquence de quoi il y a lieu de confirmer que l'intéressé a bien, par son attitude, mis irrévocablement fin à son incapacité à partir du 15 janvier 1993, que ce soit en application de l'article 56 de la loi du 9 août 1963 ou de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

III-1-3 En ce qui concerne la prescription de la récupération

L'article 174, alinéa premier, 5°, de la loi coordonnée de 14 juillet 1994 dispose que : « *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* ».

L'article 174, alinéa 3, dispose également que : « *les prescriptions prévues aux 5°, 6° et 7°, ne sont pas applicables dans le cas où l'octroi indu de prestations a été provoqué par des manoeuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de cinq ans* ».

La fraude ou les manoeuvres frauduleuses dont il est question n'ont pas été définies par le législateur dans le cadre de la réglementation en matière d'assurance maladie invalidité.

En visant la fraude, le législateur a néanmoins voulu « *viser essentiellement la manière dont sont introduites certaines demandes de prestations sociales par des candidats bénéficiaires qui, sachant ou se doutant n'avoir pas droit de les obtenir ou du moins pas dans la mesure où ils les postulent, appuient leurs requêtes d'affirmations sciemment inexactes, omissions volontaires dans la rédaction des formulaires requis ou de documents dont ils savent le contenu contraire à la vérité ; en ce faisant, ils veulent obtenir une décision administrative non conforme à ce à quoi ils ont droit selon les prescriptions légales du régime concerné* » (*voir: J. Leclercq, dans « La répétition de l'indu dans le droit de la sécurité sociale », La doctrine du judiciaire, De Boeck & Larcier, 1998, page 318*).

S'agissant de fraude ou de manoeuvres frauduleuses, le législateur a voulu viser de manière générale les situations de dol et de fraude qui recourent :

- *pour le dol*, tous les cas de surprise, fraude, finesse, feintise, ainsi que toute autre mauvaise voie destinée à tromper quelqu'un,
- *pour la fraude*, les agissements malhonnêtes aux yeux de la loi, avec à chaque fois, trait commun, l'existence d'abstention(s), d'omission(s) ou d'agissement(s) *volontaire(s)* illicite(s) dont le bénéficiaire de prestations sociales use pour obtenir indûment l'octroi ou le maintien d'un revenu de remplacement, octroi ou maintien qui ne découle pas d'une simple erreur administrative (voir *Leclercq, op. cit. page 316*).

Il en découle que l'assuré social doit avoir *eu conscience* de ce que ses actes et/ou son abstention de déclaration avai(en)t pour conséquence la perception de prestations auxquelles il n'avait pas droit (voir *en ce sens : Cour du travail de Mons, 8 juin 2006, RG n° 19.199, Juridat JS62049_1*).

En l'espèce, l'existence de manoeuvres frauduleuses ressort de manière flagrante d'un faisceau d'éléments matériellement et objectivement établis, en l'occurrence :

- de la feuille de renseignements indemnités complétée et signée par l'appelant principal le 22 avril 1992 indiquant que l'intéressé a répondu négativement à la question de savoir s'il exerçait une activité pendant son incapacité ; dans ce même document, l'intéressé a souscrit l'engagement « *de rembourser immédiatement tout montant perçu indûment au-delà de la date de reprise de travail ou de chômage, cette reprise devant être signalée à la Mutualité dans les meilleurs délais à l'aide de la carte blanche de reprise* »,
- de la reconnaissance d'incapacité de travail du 3 mai 1993 adressée à l'appelant principal, laquelle lui rappelle expressément de signaler toute reprise de travail,
- du fait que l'appelant principal était connu dans tout son voisinage en qualité d'entrepreneur,
- de la circonstance avérée selon laquelle les travaux entrepris par l'intéressé étaient de grande ampleur, comme en attestent d'ailleurs certains achats de matériel lourd (camion et bobcat), le montant de certains devis, ainsi que l'engagement de personnel (3 à 4 personnes),
- de la propre déclaration de l'intéressé du 10 juin 1996 qui décrit l'ampleur des travaux réalisés, l'utilisation de matériel lourd, et relate qu'un maître de l'ouvrage qui lui devait de l'argent l'avait pris en photo sur le chantier *en le menaçant de le dénoncer à la mutuelle* si le travail n'était pas achevé nonobstant l'absence de paiement.

III-1-4 L'étendue de l'exclusion et sa limitation aux seules journées travaillées

À partir du moment où les organismes compétents, que ce soit la mutuelle

ou l'INAMI, ont apporté la preuve de l'exercice d'un travail, l'intégralité des indemnités versées à la suite de cette reprise s'avère indue, *et ce que* lesdites indemnités *aient été ou non* servies au cours de journées de travail qui pourraient être précisément identifiées.

En effet, ne remplissant plus la condition de cessation d'activité à partir du 15 janvier 1993, que ce soit au sens de l'article 56 de la loi du 9 août 1963 ou de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, l'appelant principal a, *par ce fait*, mis fin *dès ce moment* à son état d'incapacité. Si tel ne devait pas être le cas, l'article 101 de la loi coordonnée n'aurait aucun intérêt.

À cet égard, concernant une éventuelle limitation en application l'article 101 précité, on rappellera que par sa décision du 4 juillet 1996, l'INAMI précisait à l'appelant principal que, vu le résultat de l'examen effectué le 26 juin 1996 par le docteur B, l'intéressé pouvait demander au médecin conseil de pouvoir bénéficier des avantages de l'article 101, c'est-à-dire une limitation de la sanction. Cette décision précisait qu'un tel avantage ne pouvait être accordé que si la demande en était faite.

À ce sujet, si le 64^e feuillet des pièces communiquées par Monsieur le juge d'instruction L à Monsieur le Procureur du Roi BO le janvier 2002 reprend la copie d'un courrier daté du 9 août 1996 par lequel MD aurait sollicité l'application des articles 101 et 102 des lois coordonnées, encore faut-il relever que rien ne confirme que cette pièce saisie au domicile de l'intéressé qui porte certes les mentions « recommandé » et « copie » a effectivement été adressée à l'UNMS et à l'INAMI, car :

- la preuve de l'envoi recommandé n'est pas jointe à ce courrier et ne figure en aucune manière au dossier alors que d'autres preuves d'envois recommandés y figurent,
- l'intéressé a été arrêté dès le 13 août 1996, sans qu'il soit certain qu'il ait eu l'occasion et/ou le temps d'envoyer l'original.

D'autre part, la prétendue attestation d'un docteur V du 13 janvier 1997, quand bien même la présente juridiction aurait pu en constater l'existence, quod non, n'aurait rien changé au constat qui précède : il ne s'agit en aucune manière de la preuve d'un quelconque envoi.

Enfin, on relèvera en toute hypothèse que l'application de l'article 101 revendiquée par l'appelant principal se révèle concrètement impossible en l'espèce dans la mesure où l'intéressé n'a jamais précisé les dates effectives de travail.

III-2 Quant à l'appel incident

Comme actuellement la demande de l'UNMS en vue d'obtenir la condamnation de l'appelant principal au paiement de la somme de 1337 BEF ou 33,14 EUR est clairement formulée par conclusions reçues au greffes de la présente juridiction le 30 avril 2007, il y a lieu de considérer que cet aspect entre désormais dans l'objet de la demande et l'étendue de la saisine de la Cour, de sorte que l'appel incident de la mutuelle portant sur ce point est non seulement recevable, mais encore fondé.

III-3 Pour ce qui est de l'appel téméraire et vexatoire

Les éléments qui précèdent confirment, vu le caractère flagrant des manoeuvres frauduleuses, la manifestation d'une hardiesse excessive et imprudente dans le cadre de l'appel interjeté, et donc son caractère téméraire et vexatoire (voir *CT Mons, 10 janvier 2003, RG n° 17.662, inédit*).

Par arrêt du 31 octobre 2003, la Cour de cassation a consacré l'enseignement de son arrêt du 15 mai 1941 (*Pas., 1941, I, 192*) selon lequel « *celui qui, de bonne foi, exerce une action par suite d'une erreur d'appréciation à ce point évidente qu'il devait nécessairement s'en apercevoir, et partant l'éviter, excède les limites d'un droit reconnu à quiconque d'ester en justice* » (voir J.T. 2004, page 135 avec observations de J-Fr. VAN DROGENBROECK).

Selon l'enseignement de cet arrêt, « *une procédure peut revêtir un caractère vexatoire, non seulement lorsqu'une partie est animée d'une intention de nuire, mais aussi lorsqu'elle exerce son droit d'agir en justice d'une manière qui excède manifestement les limites de l'exercice normal de ce droit par une personne prudente et diligente* ».

Il s'ensuit que lorsqu'elles sont saisies d'une telle demande, les juridictions de fond sont dispensées de rechercher un dol spécial dans le chef de celui contre qui elle est dirigée pour se limiter à un contrôle marginal et souverain tendant à déterminer si celui-ci a ou non excédé, de manière manifeste, ses droits de justiciable prudent et diligent.

Tel est le cas vu le caractère flagrant de l'absence complète de fondement à l'appel interjeté, et, comme dit ci-dessus, la manifestation par là d'une hardiesse excessive et imprudente.

Il apparaît que la partie appelante, en se bornant à élever des contestations non étayées à l'encontre des éléments plus que probants fournis par l'INAMI, a volontairement retardé le remboursement inéluctable d'un revenu de remplacement indûment et frauduleusement perçu dans le cadre d'un régime relevant de la sphère de l'ordre public, ce qui excède manifestement les limites de l'exercice normal du droit d'appel par une personne prudente et diligente.

L'appel incident de la mutuelle est par conséquent également fondé sur ce point, de sorte que l'appelant principal doit une indemnisation de ce chef au second intimé. Néanmoins, la Cour considère que le préjudice ainsi subi par la partie intimée sera adéquatement réparé par l'octroi de dommages-intérêts fixés *ex aequo et bono* à la somme de 1000 EUR au lieu des 2000 EUR postulés.

Vu le caractère téméraire et vexatoire de l'appel interjeté, l'intégralité des dépens sera mise à charge de l'appelant principal, conformément à ce que prévoit l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire, et ce même dans les

R.G. 20264

matières relevant de la sécurité sociale où les dépens sont normalement à charge de l'Administration au sens large du terme.

PAR CES MOTIFS,

La Cour,

Ecartant toutes conclusions autres,

Vu la loi du 15 juin 1935, sur l'emploi des langues en matière judiciaire, notamment l'article 24 ;

Statuant *contradictoirement*,

Vu l'avis écrit *en très grande partie conforme* déposé par Monsieur le Substitut général Christophe VANDERLINDEN, *et auquel seul l'INAMI a répliqué*,

1- Déclare l'appel principal de Monsieur MD recevable, mais *concrètement* dépourvu de fondement, étant entendu que la recevabilité du recours dans la cause enregistrée en premier degré sous le numéro de rôle général 50 377/R, *puis inscrite sous le n° 65.947/R* ne modifie en rien la portée concrète du jugement déféré, *qui hormis les deux aspects relatifs à la recevabilité du recours précité et à la condamnation d'une somme complémentaire de 33,14 EUR*, doit être confirmé,

2- Confirme ainsi le jugement déféré sous les seules émendations citées ci-dessus au point 1 du présent dispositif, et condamne complémentaiement MD à payer à l'UNMS la somme de 33,14 EUR,

3- Déclare l'appel incident de l'UNMS tendant à obtenir la condamnation de MD à lui payer une somme de 2000 EUR au titre d'appel téméraire et vexatoire recevable et partiellement fondé,

4- Condamne MD à payer à l'UNMS la somme de 1000 EUR au titre de réparation du préjudice découlant de l'appel téméraire et vexatoire interjeté,

5- Condamne MD à l'intégralité des frais et dépens, liquidés à concurrence de la somme de 400,84 EUR dans le chef de l'UNMS, et non liquidés dans le chef de l'INAMI.

Ainsi jugé et prononcé, en langue française, à l'audience publique du 21 février 2008 par le Président de la 5^{ème} Chambre de la Cour du travail de Mons, composée de :

Monsieur D. DUMONT, Conseiller président la Chambre,
Monsieur P. GERIN, Conseiller social au titre d'employeur,
Monsieur A. DE NOOZE, Conseiller social au titre de travailleur ouvrier,
Madame K. BURLION, Greffier adjoint principal Greffier,
qui en ont préalablement signé la minute.