



Expédition

Numéro du répertoire
2021 /
Date du prononcé
20 mai 2021
Numéro du rôle
2019/AB/802
Décision dont appel
14/1352/A

Délivrée à

le
€
JGR

Cour du travail de Bruxelles

huitième chambre

Arrêt

SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS SALARIES – assurance maladie-invalidité

Arrêt contradictoire

Définitif

Notification par pli judiciaire (art. 580, 2 ° du C.J.)

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité, inscrit à la B.C.E. sous le numéro 0206.653.946, ci-après « INAMI »,
dont le siège est établi à 1150 Bruxelles, avenue de Tervueren 211,
partie appelante, représentée par Me Martin COPPENS, avocat,

contre

1. Monsieur Alain V

première partie intimée, comparissant en personne,

2. Madame Carine D

deuxième partie intimée, défaillante,

★

★ ★

Vu la loi du 10.10.1967 contenant le Code judiciaire ;

Vu la loi du 15.6.1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire ;

Vu la loi coordonnée du 14.7.1994 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et ses arrêtés d'exécution (ci-après « loi du 14.7.1994 »).

1. Indications de procédure

La cour a pris connaissance des actes et pièces de la procédure et notamment :

- la décision de l'INAMI du 11.9.2013 ;
- la décision de révision de l'INAMI du 20.11.2013 ;
- le jugement de la 9^e chambre du tribunal du travail francophone de Bruxelles du 30.9.2019, R.G. n°14/1352/A, ainsi que le dossier constitué par cette juridiction ;
- la requête d'appel reçue au greffe de la cour de céans le 6.11.2019 ;
- l'ordonnance de mise en état de la cause sur pied de l'article 747 CJ rendue le 16.1.2020 ;
- les conclusions remises pour l'INAMI le 14.10.2020 ;
- le dossier de pièces de l'INAMI de première instance et son dossier d'appel déposé le 22.4.2021 (4 pièces) ;
- le dossier de pièces des parties intimées de première instance.

La cause a été introduite à l'audience publique du 5.12.2019. A cette audience, la cause a été renvoyée au rôle particulier pour mise en état judiciaire.

Les parties intimées n'ont pas conclu.

Les parties ont été entendues en leurs dires et moyens à l'audience publique du 22.4.2021.

Les débats ont été clos.

Madame Marguerite MOTQUIN, substitut général, a rendu à cette audience un avis oral concluant au rejet de l'appel.

L'INAMI y a répliqué.

L'affaire a été prise en délibéré à cette même audience du 22.4.2021.

2. Les faits

Les faits de la cause peuvent être synthétisés comme suit :

- M.D. et M.V. sont parents de Jonathan, né en 2002.
- En février 2013, Jonathan, alors âgé de 11 ans, se voit diagnostiquer un cancer du cerveau. Il subit alors une intervention chirurgicale en urgence à l'hôpital Erasme et est ensuite pris en charge, à partir du mois de mars 2013, par le docteur SARIBAN, oncologue pédiatrique, à l'Hôpital des Enfants Reine Fabiola.
- Le 28.3.2013, le docteur SARIBAN préconise un traitement à recevoir pour partie à l'Institut Gustave Roussy à Paris. Le rapport médical qu'il rédige à cette occasion à l'attention du médecin-conseil de l'UNMS, organisme assureur de M.D., justifie ce traitement dans les termes suivants¹ :
 - « (...) Les chances de guérison d'un médulloblastome métastatique tel que celui-présenté par Jonathan sont inférieurs à 50% et pour améliorer ces chiffres un protocole incluant de la chimiothérapie intensive avec autogreffe de la moelle osseuse est actuellement en cours en France dans quelques centres habilités à administrer ce traitement. Ce protocole demande 2 chimiothérapies classiques données à 3 semaines d'intervalles suivies de 2 intensifications à J 43 et J 64. Il y a par après une irradiation crano-spinale et, 1 mois après l'irradiation, il y a début d'un traitement de chimiothérapie d'entretien pendant 6 mois. Tout ce protocole peut être assuré à l'Hôpital des Enfants, à l'exception des 2 autogreffes de moelle osseuse qui devraient se faire à l'Institut Gustave Roussy à Paris qui pilote pour toute la France ce protocole.
 - En effet, la toxicité médicamenteuse associée à ces 2 autogreffes est mieux prise en charge par un grand centre qui a développé une expertise dans les toxicités associées à ce type de traitement. Les premiers résultats de ce protocole sont encourageants avec des chiffres de survie supérieurs à 60% (...) »
- A une date indéterminée entre le 28.3.2013 et le 14.8.2013, le médecin-conseil de l'UNMS a marqué son accord pour la prise en charge du traitement.
- Jonathan reçoit alors le traitement préconisé à l'Institut Gustave Roussy à Paris où il séjourne du 2 au 7.5.2013, du 12 au 30.5.2013 et du 2 au 25.6.2013. Il sera accompagné de M.D.
- Le 29.8.2013, une demande d'intervention du Fonds spécial de solidarité (ci-après « FSS ») dans les frais de transport et de séjour exposés dans le cadre de ce traitement à l'étranger est introduite par l'intermédiaire de l'UNMS auprès du collège des médecins-directeurs de l'INAMI². La demande porte plus

¹ Annexe 1, p.7 – dossier INAMI

² Annexe 1, p.1 – dossier INAMI

particulièrement sur la prise en charge des frais de transport d'un montant de 553,10 € pour trois trajets en voiture de Grand-Bigard à Paris et des frais de séjour pour 44 nuitées de la personne accompagnante d'un montant de 596,00 €, soit au total 1.149,10 €³. Parmi les documents joints à la demande figure le rapport du Docteur SARIBAN du 26.3.2013.

- Par lettre datée du 23.9.2013 adressée à Jonathan en personne, l'INAMI l'informe que le collège des médecins-directeurs a pris une décision défavorable en sa séance du 11.9.2013 et que sa mutuelle lui enverra dans les prochains jours « *les raisons qui justifient cette décision et des possibilités d'introduire un recours contre cette décision* »⁴.

- Par lettre également datée du 23.9.2013, l'INAMI informe l'UNMS de cette même décision défavorable en l'accompagnant de la motivation suivante⁵ :

« (...) Le Collège constate que la demande porte sur une prestation délivrée à l'étranger. La sous-section III (article 25sexies) de l'article 25 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 est d'application (...)

Pour rappel, il est prévu (...)

(...) Le refus d'intervention (basé sur les éléments transmis) est justifié par le fait qu'il n'est pas répondu au(x) critère(s) de l'article 25sexies :

En droit :

Il n'est pas répondu au(x) critère(s) de l'article 25sexies de la loi précitée :

- le Collège des médecins-directeurs ne juge pas le cas digne d'intérêt.

Dans les faits :

Le Collège ne juge pas le cas digne d'intérêt, car il s'agit d'une demande portant sur un traitement en cours d'expérimentation.

Le Collège se réfère au dernier alinéa de l'article 34 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité pour justifier sa décision : "L'assurance soins de santé n'intervient pas en principe dans les prestations accomplies dans un but esthétique et dans les prestations accomplies dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques, sauf dans les conditions fixées par le Roi, après avis du Comité de l'assurance".

Les frais de déplacement et de logement doivent être prise en charge dans le cadre de cette étude.

Comme le Collège des médecins-directeurs ne peut pas accorder d'intervention si un des critères n'est pas rempli, il n'a pas examiné les critères auxquels il ne fait pas référence.

Veuillez informer votre affilié(e) que dans l'hypothèse où il(elle) contesterait la présente décision, il lui appartient d'introduire dans les trois mois de la notification une requête auprès du tribunal du travail de son

³ V. pièces justificatives, annexe 1, pp.17 à 28 – dossier INAMI

⁴ Annexe 2, p.32 – dossier INAMI

⁵ Annexe 2, pp.30-31 – dossier INAMI

arrondissement conjointement contre l'organisme assureur et contre l'INAMI (...) »

- Le 31.10.2013, l'UNMS introduit auprès de l'INAMI une demande de réexamen de la décision du 11.9.2013.
- Par lettre datée du 10.12.2013⁶, l'INAMI informe Jonathan de ce qu'après « *une étude attentive des pièces* », le collège « *a estimé lors de sa séance du 20-11-2013, qu'aucun élément nouveau ne lui permettait de modifier sa décision antérieure* » et que, ce faisant, il « *ne prend pas de nouvelle décision (suite à une demande de révision)* ». La lettre ajoute encore que la « *motivation présentée actuellement est floue et de ce fait incompréhensible. Le Collège ne sait pas comment il y a lieu de l'interpréter. Si cette motivation doit être interprétée qu'au moment du traitement, il n'y avait pas moyen de traiter Jonathan dans un délai raisonnable, cette notion de délai aurait dû être invoquée dès le début (in tempore non suspecto). Etant donné que le Collège ne prend pas une nouvelle décision, le Collège remarque qu'en cas de désaccord, une requête auprès du tribunal du travail doit être introduite contre la décision du Collège du 11-09-2013 (...)* ».
- Par requête du 4.2.2014, M.V. et M.D. ont porté la contestation devant le tribunal du travail francophone de Bruxelles.
- A l'audience du tribunal du 2.9.2019, M.V. a exposé que le traitement de son enfant a eu les résultats espérés et qu'aujourd'hui Jonathan se porte bien.
- Par jugement du 30.9.2019, le tribunal a déclaré l'action recevable et fondée.
- L'INAMI a interjeté appel par une requête reçue au greffe le 6.11.2019.

3. Les décisions litigieuses

3.1. Le 11.9.2013, le collège des médecins-directeurs de l'INAMI a rejeté la demande d'intervention du FSS dans les frais de transport et de séjour exposés par Jonathan et son accompagnateur dans le cadre de soins prodigués à l'étranger au cours de la période du 3.5.2013 au 30.6.2013, demande introduite le 29.8.2013 par l'intermédiaire de l'UNMS.

La décision envoyée par lettre du 23.9.2013 au fils de MV. et M.D. ne comporte aucune forme de motivation.

3.2. Le 20.11.2013, le collège des médecins-directeurs de l'INAMI a rejeté la demande de révision introduite le 31.10.2013 par l'intermédiaire de l'UNMS.

Cette décision est motivée comme suit : la « *motivation présentée actuellement est floue et de ce fait incompréhensible. Le Collège ne sait pas comment il y a lieu de l'interpréter. Si cette*

⁶ Annexe 3, p.33 – dossier INAMI

motivation doit être interprétée qu'au moment du traitement, il n'y avait pas moyen de traiter Jonathan dans un délai raisonnable, cette notion de délai aurait dû être invoquée dès le début (in tempore non suspecto). Etant donné que le Collège ne prend pas une nouvelle décision, le Collège remarque qu'en cas de désaccord, une requête auprès du tribunal du travail doit être introduite contre la décision du Collège du 11-09-2013 (...) »

La décision a été envoyée par lettre du 10.12.2013 au fils de M.V. et M.D.

4. Le jugement dont appel

4.1. La demande de M.V. et M.D. :

M.V. et M.D. contestaient devant le premier juge les décisions de l'INAMI des 11.9.2013 et 20.11.2013 rejetant leur demande d'intervention du FSS.

Ils demandaient au tribunal de condamner l'INAMI à prendre en charge les frais litigieux.

4.2. Le jugement :

Le premier juge a déclaré la demande recevable et fondée et, en conséquence, a :

- annulé les décisions prises par le collège des médecins-directeurs de l'INAMI les 11.9.2013 et 20.11.2013 ;
- dit pour droit que le FSS est tenu d'intervenir, dans les limites de ses moyens financiers, dans la prise en charge des frais de transport et de séjour relatifs aux prestations de santé dispensées à Jonathan à l'Institut Gustave Roussy à Paris au cours de la période du 3.5.2013 au 30.6.2013 ;
- délaissé à l'INAMI ses propres dépens et l'a condamné aux dépens de M.D. et M.V. non liquidés.

5. La demande en appel

L'INAMI demande à la cour de :

- dire la demande originale irrecevable ou, à tout le moins, non fondée ;
- confirmer la décision de l'INAMI du 23.9.2013.

6. Sur la recevabilité

6.1. La recevabilité de l'appel

Le jugement attaqué a été prononcé le 30.9.2019 et notifié le 7.10.2019. L'appel formé le 6.11.2019 l'a donc été dans le délai prescrit par l'article 1051 CJ. Cet appel a en outre été fait dans le respect des formes prescrites, notamment par l'article 1057 du même code.

L'appel est recevable.

6.2. La recevabilité du recours originaire

L'INAMI soulève une fin de non-recevoir de l'action originaire qui serait tardive, car introduite au-delà du délai de 3 mois prévu par l'article 23 de la charte. Il souligne à cet endroit que la décision du 11.9.2013 a été rédigée en conformité avec les articles 14 et 23 de la charte et que les intimés ont introduit le 31.10.2013 une demande de réexamen de cette décision communiquée le 23.9.2013, ce qui tend à prouver qu'ils avaient bien reçu cette décision dans le délai imparti.

Le premier juge a déclaré le recours recevable pour les motifs suivants :

« (...) 12. L'I.N.A.M.I. ne dépose aucune pièce qui permette d'établir de manière certaine la date à laquelle les décisions contestées auraient été notifiées aux parties demanderesses et que ces notifications auraient renseigné les mentions obligatoires visées à l'article 14 de la charte de l'assuré social.

A défaut de preuve d'une notification comprenant ces mentions, il y a lieu de considérer que le délai de recours n'a en toute hypothèse pas commencé à courir (...) »

L'article 23 de la loi du 11.4.1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social dispose que :

« Sans préjudice des délais plus favorables résultant des législations spécifiques, les recours contre les décisions prises par les institutions de sécurité sociale compétentes en matière d'octroi, de paiement ou de récupération de prestations, doivent, à peine de déchéance, être introduits dans les trois mois de leur notification ou de la prise de connaissance de la décision par l'assuré social en cas d'absence de notification.

Sans préjudice des délais plus favorables résultant des législations spécifiques, tout recours en reconnaissance d'un droit à l'encontre d'une institution de sécurité sociale doit également, à peine de déchéance, être introduit dans un délai de trois mois à dater de la constatation de la carence de l'institution. »

Suivant l'article 14 de la loi du 11.4.1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social⁷ :

« Les décisions d'octroi ou de refus des prestations doivent contenir les mentions suivantes :

- 1°. la possibilité d'intenter un recours devant la juridiction compétente;*
- 2°. l'adresse des juridictions compétentes;*
- 3°. le délai et les modalités pour intenter un recours;*
- 4°. le contenu des articles 728 et 1017 du Code judiciaire;*
- 5°. les références du dossier et du service qui gère celui-ci ;*
- 6°. la possibilité d'obtenir toute explication sur la décision auprès du service qui gère le dossier ou d'un service d'information désigné ;*

Si la décision ne contient pas les mentions prévues à l'alinéa 1^{er}, le délai de recours ne commence pas à courir.

Le Roi peut prévoir que l'alinéa premier ne s'applique pas aux prestations qu'il détermine. »

L'INAMI ne rapporte pas la preuve de la notification, ni a fortiori, celle de la date à laquelle la notification de sa décision du 11.9.2013 serait intervenue.

En tout état de cause, la prise de connaissance du sens favorable ou défavorable de la décision n'est pas synonyme de « *prise de connaissance de la décision* » au sens de l'article 23 de la loi du 11.4.1995, « *prise de connaissance* » qui, pour être complète et pouvoir ainsi faire courir le délai de recours de trois mois, doit couvrir les mentions énumérées à l'article 14 de la loi du 11.4.1995, dont notamment le délai et les modalités pour intenter un recours, ainsi que l'adresse de la juridiction compétente.

A cet égard, il appartient à l'institution de sécurité sociale de démontrer qu'elle a effectué la notification avec les mentions requises par la charte. Cette preuve peut, le cas échéant, être apportée par voie de présomptions⁸.

La cour constate, en ce qui concerne la décision du 11.9.2013 adressée au fils de M.V. et M.D., qu'elle ne contient pas les mentions prévues par l'article 14 de la loi du 11.4.1995. L'INAMI se contente à cet endroit de rediriger vers la mutuelle en ces termes :

« (...) Votre mutuelle va dans les jours qui suivent vous envoyer un courrier vous informant des raisons justifiant cette décision et des possibilités d'introduire un recours contre cette décision.

⁷ C'est la cour qui souligne

⁸ V. aussi en ce sens: CT Bruxelles, 6^e ch. extr, 13.5.2020, R.G. n° 2018/AB/375

Pour tout autre renseignement, il vous est instamment prié de vous adresser directement à votre mutualité qui ne sera en mesure de vous répondre que d'ici quelques jours. En effet, la décision est notifiée ce jour encore à la direction médicale de votre organisme assureur, qui la transmettra à votre mutuelle locale. Comme il n'appartient pas à l'INAMI de se substituer à votre mutuelle, il est par conséquent inutile de téléphoner directement à l'INAMI car aucune autre information que celle-ci ne vous pourra être communiquée (...) »

A supposer même que M.V. et M.D. auraient eu connaissance de la version motivée de cette décision adressée à l'UNMS le 23.9.2013, force est de constater que les mentions requises n'y figurent pas davantage et que l'INAMI se limite à conclure avec l'invitation laconique suivante :

« (...) Veuillez informer votre affilié(e) que dans l'hypothèse où il (elle) contesterait la présente décision, il lui appartient d'introduire dans les trois mois de la notification une requête auprès du tribunal du travail de son arrondissement conjointement contre l'organisme assureur et contre l'INAMI (...) »

L'INAMI ne démontre donc pas que M.V. et M.D. auraient eu connaissance plus de trois mois avant l'introduction de la requête du 4.2.2014 de la décision litigieuse du 11.9.2013.

La cour en conclut avec le premier juge que le recours initial est recevable.

Surabondamment et quoi qu'en dise l'INAMI, la décision du 31.10.2013 notifiée le 20.11.2013 constitue une nouvelle décision, laquelle n'est pas purement confirmative, dès lors que le maintien de la décision antérieure du 11.9.2013 n'est décidé qu'après une « étude attentive des pièces composant (...) [la] demande de réexamen ». Sous cet angle aussi le recours initial devrait donc être déclaré recevable.

7. Sur le fond

7.1. Cadre légal et principes

L'article 25 de la loi du 14.7.1994 institue le FSS.

La loi du 27.4.2005 a remplacé l'article 25⁹. Le législateur poursuivait l'objectif suivant¹⁰ :

« (...) Le premier objectif de la loi-santé est d'adapter le dispositif relatif au Fonds spécial de solidarité afin qu'il réponde davantage aux besoins de la population. Initialement, ce Fonds a été créé afin d'empêcher que des personnes renoncent, pour des raisons financières, à des prestations de santé non remboursées et pourtant indispensables compte tenu de l'affection extrêmement grave dont ils souffrent. Les principaux critères d'intervention portaient sur le caractère exceptionnel des prestations, mais aussi leur cherté et le fait qu'elles visaient une affection rare portant atteinte aux fonctions vitales du bénéficiaire.

Au fil du temps, le Collège des médecins-directeurs de l'INAMI a été confronté à des demandes ne répondant pas à ces critères mais revêtant une incontestable légitimité.

Il est donc paru essentiel d'élargir les conditions d'intervention du Fonds spécial de solidarité aux situations dignes d'intérêt.

Il s'agit notamment de prestations qui ne sont pas nécessairement exceptionnelles tout en portant sur des affections rares mais aussi sur des indications rares (par exemple une prothèse dentaire fixe rendue indispensable suite à l'opération d'une tumeur de la langue), de prestations non coûteuses en tant que telles mais dont la fréquence et la complexité rendent les soins très onéreux (certains pansements par exemple).

Il s'agit aussi de permettre au Fonds spécial de solidarité d'intervenir pour des prestations relevant de techniques médicales innovantes qui ne sont pas encore intégrées dans la nomenclature des prestations de santé remboursables. Cette prise en charge temporaire donne au Conseil technique compétent le temps d'aboutir dans la procédure de reconnaissance de la prestation concernée (...) »

Dans sa version en vigueur à l'époque des faits¹¹, l'article 25 disposait que :

« Il est créé au sein du Service des soins de santé, un Fonds spécial de solidarité financé par un prélèvement sur les ressources visées à l'article 191 dont le montant est fixé, pour chaque année civile, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres.

⁹ Article 2 de la loi du 27.4.2005 (M.B., 20.5.2005, 2^e éd.)

¹⁰ Doc. Parl., Ch., sess. 2004-2005, n°51-1627/005, pp.4-5

¹¹ Soit avant sa modification par la loi du 7.2.2014 (M.B., 25.2.2014, 2^e éd. – vig. 26.2.2014)

Le Collège des médecins-directeurs décide d'accorder des interventions aux bénéficiaires visés à l'article 32 dans les limites des moyens financiers de ce Fonds.

Le Fonds spécial de solidarité accorde uniquement une intervention lorsque les conditions fixées dans la présente section sont remplies et lorsque les bénéficiaires ont fait valoir leurs droits en vertu de la législation belge, étrangère, supranationale ou d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif. Le Fonds accorde uniquement des interventions dans les coûts de prestations de santé pour lesquelles, dans le cas concret, aucune intervention n'est prévue en vertu des dispositions réglementaires de l'assurance soins de santé belge ou en vertu des dispositions légales d'un régime d'assurance obligatoire étranger.

Ne sont pas pris en charge par le Fonds spécial de Solidarité:

- 1°. Les quotes-parts personnelles visées aux articles 37 et 37bis et les suppléments sur les prix et honoraires fixés en application de la réglementation de l'assurance obligatoire soins de santé;*
- 2°. Les suppléments visés à l'article 97 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, et les frais de confort. »*

Aux termes de l'article 25, al.3., l'intervention du FSS est ainsi limitée aux seules prestations de santé pour lesquelles aucune intervention n'est prévue en vertu des dispositions réglementaires de l'assurance soins de santé belge ou des dispositions légales d'un régime d'assurance obligatoire étranger. Cette particularité a amené la Cour de cassation à décider que viole cette disposition, l'arrêt qui rejette le recours formé contre le refus d'intervention du FSS au seul motif que la prestation de santé litigieuse ne relève pas de la nomenclature établie par le Roi et visant les prestations de santé auxquelles ont droit les bénéficiaires de l'assurance soins de santé¹².

S'agissant plus particulièrement de l'intervention du FSS pour des frais exposés dans le cadre de prestations de soins dispensées à l'étranger, l'article 25sexies de la loi du 14.7.1994 prévoyait que¹³ :

« Le Fonds spécial de solidarité peut prendre en charge les frais médicaux des bénéficiaires dans des cas dignes d'intérêt pour des prestations de santé dispensées à l'étranger pour lesquelles le médecin conseil a donné son accord conformément à la réglementation belge, internationale ou supranationale en

¹² Cass., 3^e ch., 27.5.2013, R.G. n°S.11.0060.F, juportal

¹³ Toujours dans la version en vigueur au moment des faits, soit avant sa modification par la loi du 7.2.2014 (M.B., 25.2.2014, 2^e éd.)

vigueur, ainsi que les frais de voyage et de séjour du bénéficiaire y relatifs et, le cas échéant, de la personne qui l'accompagne pour les prestations visées.

Les prestations de santé dispensées à l'étranger doivent être prescrites avant leur réalisation par un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et autorisé à pratiquer la médecine en Belgique. »

La prise en charge par le FSS des frais médicaux des bénéficiaires de prestations de santé dispensées à l'étranger, ainsi que des frais de voyage et de séjour du bénéficiaire et de son accompagnant y afférents, est ainsi subordonnée à une triple condition :

- le cas doit être digne d'intérêt ;
- la prescription de prestations de santé à l'étranger par un médecin spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et autorisé à pratiquer la médecine en Belgique, cela avant la réalisation de ces prestations ;
- l'accord du médecin-conseil de la mutuelle sur la dispense de prestations de santé à l'étranger.

Le texte ne précise pas ce qu'il faut entendre par « cas digne d'intérêt ». Dans le langage courant, « digne de » signifie « *qui mérite* »¹⁴, tandis que l'intérêt peut se comprendre comme « *ce qui, dans quelque chose, chez quelqu'un, retient l'attention par sa valeur, son importance* »¹⁵. L'appréciation de la notion dans cette acception de ce qui mérite de retenir l'attention en raison de sa valeur ou de son importance doit se faire *in concreto*, au vu des circonstances particulières de la cause. Les travaux préparatoires de la loi précitée du 27.4.2005 peuvent se révéler d'une aide précieuse pour mieux cerner le concept inscrit à l'article 25sexies et qui est en quelque sorte l'héritier d'une tendance évolutive guidée par l'objectif de répondre davantage aux besoins de la population. Le commentaire que livrent les travaux préparatoires de cette évolution trace au moins la ligne directrice suivante ¹⁶ :

- à la base, le FSS doit empêcher que des personnes renoncent, pour des raisons financières, à des prestations de santé non remboursées et pourtant indispensables compte tenu de l'affection extrêmement grave dont ils souffrent. Les principaux critères d'intervention étaient : le caractère exceptionnel des prestations, la cherté des prestations envisagées, une affection rare portant atteinte aux fonctions vitales ;
- ensuite, le recours au concept de « cas digne d'intérêt » a été adopté pour élargir le champ d'intervention du FSS et couvrir ainsi notamment : des prestations qui ne sont pas nécessairement exceptionnelles tout en portant sur des affections rares ; des indications rares ; des prestations non coûteuses en soi mais dont la fréquence et la complexité rendent les soins très onéreux ; (certains pansements

¹⁴ <https://www.larousse.fr>

¹⁵ *ibidem*

¹⁶ Doc. Parl., Ch., sess. 2004-2005, n°51-1627/005, pp.4-5

par exemple) ; des prestations relevant de techniques médicales innovantes qui ne sont pas encore intégrées dans la nomenclature des prestations de santé remboursables.

Parallèlement, l'article 34, al.1^{er}, de la loi du 14.7.1994, dispose que les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs et détaille ce que ces prestations comprennent.

L'article 34, al.2, de la loi du 14.7.1994, dans sa version en vigueur au moment des faits¹⁷, apportait un tempérament important à l'étendue de l'intervention de l'assurance soins de santé dans ces prestations :

« L'assurance soins de santé n'intervient pas en principe dans les prestations accomplies dans un but esthétique et dans les prestations accomplies dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques, sauf dans les conditions fixées par le Roi, après avis du Comité de l'assurance. »

Toutes ces dispositions sont contenues dans le titre III intitulé « De l'assurance soins de santé » de la loi du 14.7.1994. L'article 34 précité figure cependant sous le chapitre III intitulé « Des prestations de santé », tandis que les articles 25 et 25sexies se trouvent au chapitre I intitulé « Des institutions », dans la section VII intitulée « Du Fonds spécial de solidarité ».

Si le tribunal du travail est bien compétent pour statuer sur les contestations relatives à l'intervention du FSS, le pouvoir du juge varie toutefois selon qu'il s'agit de se prononcer sur le droit subjectif de l'assuré social à l'intervention ou sur la fixation du montant de cette intervention, ce que la Cour de cassation a pu résumer en ces termes^{18 19} :

¹⁷ Soit avant son remplacement par la loi du 10.4.2014 (M.B., 30.4.2014, 1^{re} éd.)

¹⁸ Cass., 3^e ch., 12.3.2018, R.G. n°S.17.0077.N, juportal

¹⁹ Déjà relativement à une version de l'article 25 de la loi du 14.7.1994 avant son remplacement par une loi du 27.5.2005, la Cour de cassation avait eu l'occasion de faire cette distinction (Cass., 3^e ch., 13.9.2004, R.G. n°S.03.0129.F, juportal) : « Attendu que, lorsque, sur la base de cette disposition, le collège des médecins-directeurs refuse l'intervention de l'assurance dans le coût d'un produit pharmaceutique et que le bénéficiaire conteste ce refus, il naît entre celui-ci et le demandeur une contestation sur le droit à cette intervention ; Que le jugement de cette contestation relève de la compétence du tribunal du travail dès lors qu'en vertu des articles 167, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, 580, 2°, et 581, 2°, du Code judiciaire, cette juridiction connaît des contestations relatives aux droits des travailleurs prévus par la législation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité ; Attendu que, saisi de pareille contestation, le tribunal du travail exerce un contrôle de pleine juridiction sur la décision du collège des médecins-directeurs ; que, dans le respect des droits de la défense et du cadre de l'instance, tel que les parties l'ont déterminé, tout ce qui relève du pouvoir d'appréciation du collège des médecins-directeurs est soumis au contrôle du tribunal du travail ; qu'il appartient dès lors à ce dernier d'apprécier les faits et de statuer sur les droits du bénéficiaire ; que ce n'est que lorsqu'une disposition légale confère au collège des médecins-directeurs un pouvoir d'appréciation discrétionnaire que le juge ne peut, afin de ne pas priver le collège de sa liberté d'appréciation, se substituer à

« (...) »

2. Lorsque le Collège des médecins-directeurs refuse, sur la base de cette disposition, l'intervention de l'assurance dans les frais d'une prestation de santé et que le bénéficiaire conteste ce refus, il naît entre ce bénéficiaire et le demandeur une contestation sur le droit à cette intervention.

3. Le tribunal du travail est compétent pour statuer sur cette contestation, étant donné qu'en vertu des articles 167, alinéa 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, 580, 2°, et 581, 2°, du Code judiciaire, cette juridiction connaît des contestations relatives aux droits des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants prévus par la législation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

L'article 25, alinéa 3, de la loi précitée ne confère pas au Collège des médecins-directeurs un pouvoir d'appréciation discrétionnaire pour se prononcer sur le droit à une intervention.

Le Collège des médecins-directeurs dispose toutefois du pouvoir discrétionnaire de fixer le montant de l'intervention dans les limites des moyens financiers du Fonds spécial de solidarité.

Le juge doit se borner à vérifier si la décision de l'administration n'est pas manifestement déraisonnable, arbitraire ou disproportionnée.

4. L'arrêt, qui statue autrement et fixe lui-même le montant de l'intervention, viole l'article 25 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. »

Il découle enfin de l'article 25^{nonies} dans sa version en vigueur au moment des faits²⁰ que l'intervention du FSS est assurée par l'organisme assureur qui est seul débiteur des montants pris en charge. L'INAMI ne peut donc pas être condamné au paiement du montant de l'intervention du FSS qu'il fixe.

lui ; Attendu que l'article 25, § 2, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ne confère pas au collège des médecins-directeurs un pouvoir d'appréciation discrétionnaire (...) »

²⁰ Version en vigueur au moment des faits, soit avant sa modification par la loi du 7.2.2014 (M.B., 25.2.2014, 2^e éd.)

7.2. Application

Le premier juge a estimé que l'INAMI avait décidé à tort de refuser l'intervention du FSS sur la base de l'article 25sexies et 34 de la loi du 14.7.1994 au terme de la motivation suivante :

« (...) »

18. *Les trois conditions cumulatives prévues à l'article 25sexies et mises à l'intervention du F.S.S. dans les frais de voyage et de séjour de la personne qui accompagne le bénéficiaire de soins à l'étranger sont en l'espèce réunies.*

Les prestations de santé dont a bénéficié Jonathan ont été prescrites le 28 mars 2013, avant leur réalisation, par le docteur Sariban, oncologue pédiatrique, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et dont il n'est pas contesté qu'il est autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.

Le médecin conseil de l'U.N.M.S. a donné son accord pour les prestations préconisées.

Le tribunal n'aperçoit pas en quoi le cas de Jonathan n'aurait pas été digne d'intérêt. Jonathan, encore enfant lorsque le cancer s'est déclaré, souffrait d'une affection extrêmement grave qui mettait sa vie en danger et pour laquelle, son médecin traitant, oncologue pédiatrique, préconisait un traitement complexe, partiellement dispensé en France, afin d'augmenter ses chances de guérison qui, sans ce traitement, étaient estimées inférieures à 50%.

Le fait qu'un traitement reçu à l'étranger serait en cours d'expérimentation ne permet pas de considérer que nécessairement le cas n'est pas digne d'intérêt. L'article 34 de la loi coordonnée prévoit en effet que l'assurance soins de santé n'intervient en principe pas dans les prestations accomplies dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques. Le collège des médecins-directeurs peut donc déroger à ce principe, notamment dans les cas dignes d'intérêt.

Les trois conditions de l'article 25sexies sont donc remplies en l'espèce. Le collège des médecins-directeurs ne pouvait pas refuser, sur la base de cette disposition, l'intervention du F.S.S.

19. *Reste à examiner si le collège des médecins-directeurs pouvait refuser cette intervention sur la base de l'article 34 de la loi coordonnée considérant que les prestations de soins étaient accomplies dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques.*

Dans la motivation de sa décision du 11 septembre 2013, le collège des médecins-directeurs se contente d'affirmer que le traitement préconisé par le docteur Sariban est en cours d'expérimentation. Il ne motive en rien, sur le plan médical, son appréciation de ce caractère expérimental.

Le certificat du docteur Sariban du 26 mars 2013, qui fonde la demande d'intervention du F.S.S., décrit de manière précise le traitement préconisé. Il s'agit d'appliquer un protocole qui associe des chimiothérapies, une irradiation et deux autogreffes de la moelle osseuse. La chimiothérapie, dans ses différentes étapes (deux chimiothérapies classiques, suivies de deux intensifications et ensuite d'une chimiothérapie d'entretien), de même que l'irradiation peuvent être délivrées à l'hôpital des enfants reine Fabiola. En revanche, il est préconisé de délivrer les deux autogreffes de la moelle osseuse à l'institut Gustave Roussy à Paris qui dispose de l'expertise nécessaire à la prise en charge de la toxicité médicamenteuse associée aux autogreffes.

De cette description, le tribunal n'aperçoit pas que le traitement reçu par Jonathan aurait été à un stade expérimental. Le certificat du docteur Sariban décrit un protocole de soins à appliquer et expose que pour une partie de ces soins (l'autogreffe osseuse) une expertise qui n'existe pas en Belgique peut être trouvée en France. Le document ne renseigne pas qu'il s'agirait d'un protocole d'essai clinique ou d'expérimentation au sens de l'article 2, 7° et 11° de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine .

Le collège des médecins-directeurs ne pouvait donc pas refuser, sur la base de l'article 31 de la loi coordonnée, l'intervention du F.S.S..

20. *Le tribunal annule en conséquence les décisions litigieuses.*

Le F.S.S. est tenu d'intervenir dans la prise en charge des frais de transport et de séjour relatifs aux prestations de santé dispensées à Jonathan (...) à l'institut Gustave Roussy à Paris au cours de la période du 3 mai au 30 juin 2013.

Il revient au collège des médecins-directeurs de prendre une nouvelle décision fixant le montant de l'intervention du F.S.S., conformément à l'article 25, alinéa 2, de la loi coordonnée.

(...) ».

L'INAMI conteste le jugement *a quo* en deux points :

- l'article 34, al.2, de la loi du 14.7.1994, tel qu'en vigueur au moment de l'introduction de la demande, prévoyait que les dérogations au principe de non-

intervention de l'assurance obligatoire dans les traitements dans le cadre d'essais cliniques sont prévues par le Roi, après avis du Comité d'assurance. La législation ne prévoyait donc pas de possibilité pour le Collège de déroger à l'article 34 ;

- l'article 25sexies requiert que le stade expérimental du traitement soit dépassé.

Ces moyens sont non fondés.

C'est en effet à tort que l'INAMI entend relier l'article 25sexies à l'article 34, al.2, de la loi du 14.7.1994.

L'article 34 figure dans un chapitre intitulé « Des prestations de santé » et concerne l'intervention de l'assurance soins de santé, tandis que les articles 25 et 25sexies se trouvent dans un chapitre distinct intitulé « Des institutions » et plus spécialement dans une section entièrement consacrée à l'intervention du FSS.

Aucun renvoi n'est effectué d'une de ces dispositions vers l'autre.

De plus, là où l'article 34, al.2, exclut formellement toute intervention de l'assurance soins de santé « *dans les prestations accomplies dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques* », l'article 25sexies rend possible ce type d'intervention dans des cas dignes d'intérêt qui, au vœu du législateur, peuvent parfaitement recouvrir « *des prestations relevant de techniques médicales innovantes qui ne sont pas encore intégrées dans la nomenclature des prestations de santé remboursables* »²¹.

Par ailleurs, lorsqu'il soutient que l'article 25sexies requiert que le stade expérimental du traitement soit dépassé, l'INAMI se méprend, puisqu'il se réfère de façon inappropriée au texte du nouvel article 25sexies tel que remplacé par une loi du 7.2.2014²². Dans sa nouvelle version, l'article 25sexies circonscrit certes de façon plus sévère le concept de « cas digne d'intérêt », mais la loi du 7.2.2014 n'est entrée en vigueur que le 7.3.2014 et les situations devenues définitives sous l'empire de l'ancien article 25sexies applicable à la présente espèce échappent à la loi nouvelle.

Pour le reste, la cour constate avec le premier juge que les trois conditions de l'article 25sexies étaient bien réunies et, en particulier, qu'il s'agissait bien d'un cas digne d'intérêt justifiant l'intervention du FSS au vu des circonstances concrètes de la cause, à savoir : un traitement exceptionnel, requérant une prise en charge très spécialisée, dans une situation où le pronostic vital d'un jeune enfant était engagé.

L'appel est rejeté.

²¹ Doc. Parl., Ch., sess. 2004-2005, n°51-1627/005, p. 5

²² M.B., 25.2.2014

PAR CES MOTIFS,

LA COUR DU TRAVAIL,

Statuant contradictoirement en application de l'article 747, §4, CJ ;

Sur l'avis conforme du ministère public ;

Déclare l'appel recevable, mais non fondé ;

En conséquence, confirme le jugement dont appel dans toutes ses dispositions ;

En application de l'article 1017, al. 2, CJ, condamne l'INAMI au paiement des dépens d'appel de Madame C. D. et de Monsieur A. V.

- non dus en ce qui concerne l'indemnité de procédure d'appel ;
- liquidés à 20 € à titre de contribution au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne ;

Ainsi arrêté par :

Ch. ANDRÉ, conseiller e.m.,

L. MILLET, conseiller social au titre d'employeur,

Ph. VANDENABEELE, conseiller social suppl au titre d'employé,

Assistés de B. CRASSET, greffier

B. CRASSET,

L. MILLET,

Ph. VANDENABEELE,

Ch. ANDRÉ,

et prononcé, en langue française à l'audience publique de la 8ème Chambre de la Cour du travail de Bruxelles, le 20 mai 2021, où étaient présents :

Ch. ANDRÉ, conseiller e.m.,

B. CRASSET, greffier

B. CRASSET,

Ch. ANDRÉ,