



Numéro du répertoire 2023 /
R.G. Trib. Trav. 20/153/A
Date du prononcé 26 avril 2023
Numéro du rôle 2022/AU/43
En cause de : G C/ UNMS INAMI

Expédition

Délivrée à
Pour la partie
le
€
JGR

Cour du travail de Liège

Division Neufchâteau

Chambre 8-A

Arrêt

SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS SALARIES - assurance-
maladie-invalidité
Arrêt contradictoire

(+) Droit de la sécurité sociale – assurance maladie invalidité –
remboursement de soins de santé effectués à l'étranger – Grand-Duché
du Luxembourg – selon les dispositions belges ou grand-ducales – statut
frontalier – hospitalisation – revalidation – notion hôpital public –
absence d'autorisation préalable – covid 19 – Règlement européen
883/2004, art 20 ; directive 2011/24, art 4.4 – loi coordonnée 14/07/1994,
art 136 ; AR 3/07 /1996, art 294, §1, 7°, 8°, 13°, 14°

EN CAUSE :

Madame _____, RRN _____, domiciliée à _____, ci-après dénommée Madame G.,

Partie appelante, représentée par son fils Monsieur Patrick GALLIEZ, porteur de procuration

CONTRE :

1. **L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES SOCIALISTES** (en abrégé, « UNMS »), BCE n° 0411.724.220, dont les bureaux sont établis à 1000 BRUXELLES, Rue Saint-Jean, 32-38,

Partie intimée, comparaisant par Maître Mathilde HUBERTY, avocat, qui se substitue à Maître Joël BAUDOIN, avocat à 6600 BASTOGNE, Rue de Neufchâteau 37

2. **L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITE** (en abrégé, « INAMI »), BCE n° 0206.653.946, dont les bureaux sont établis à 1210 BRUXELLES, Avenue Galilée 5/01,

Partie intimée, comparaisant par Maître Yves MAGEROTTE, avocat à 6840 NEUFCHATEAU, Le Puits du Bois 3

•
• •

INDICATIONS DE PROCEDURE

Vu en forme régulière les pièces du dossier de la procédure à la clôture des débats le 14 décembre 2022, et notamment :

- le jugement attaqué, rendu contradictoirement entre parties le 14 juin 2022 par le tribunal du travail de Liège, division Arlon, 2^e chambre (R.G. 20/153/A) ;

- la requête formant appel de ce jugement, reçue au greffe de la Cour du travail de Liège, division Neufchâteau, le 08 juillet 2022 et notifiée aux parties intimées par pli judiciaire le même jour invitant les parties à comparaître à l'audience publique du 14 septembre 2022 ;
- les conclusions de l'INAMI, remises au greffe de la cour le 11 octobre 2022 ;
- l'ordonnance rendue le 12 octobre 2022 sur pied de l'article 747, § 2 du Code judiciaire fixant la cause pour plaidoiries à l'audience publique du 14 décembre 2022 ;
- la notification de l'ordonnance précitée par courriers du 14 octobre 2022 ;
- les conclusions d'appel de l'UNMS, remises au greffe de la cour le 26 octobre 2022 ;
- les conclusions principales et de synthèse de la partie appelante remises au greffe de la cour le 16 novembre 2022 ;
- les conclusions de synthèse et les pièces de l'UNMS, remises au greffe de la cour le 30 novembre 2022.
- le courrier de Maître Pierre PICHAULT, avocat à Liège, remis au greffe le 30 mars 2023, par lequel il informe la cour qu'il succède à Maître Yves MAGEROTTE dans la défense des intérêts de l'INAMI.

Entendu les parties en leurs explications à l'audience publique du 14 décembre 2022.

A cette audience, les parties ont marqué leur accord sur la remise et/ou l'envoi des conclusions et/ou pièces hors des délais prévus par l'ordonnance de mise en état et de fixation prise sur base de l'article 747 du Code judiciaire.

Vu l'avis écrit du ministère public rédigé en langue française par Madame Corinne LESCART, Substitut Général près la Cour du travail de Liège, déposé au greffe de la Cour du travail de Liège le 16 janvier 2023 et communiqué aux parties le 17 janvier 2023.

Vu les répliques de la partie appelante, remises au greffe le 15 février 2023.

1. ACTION ORIGINALE

Par requête réceptionnée au greffe du tribunal du travail de Liège, division Arlon, le 19 octobre 2020, Madame G. contestait la décision de l'UNMS (et substantiellement celle de l'INAMI) du 4 septembre 2020 lui refusant la prise en charge de la rééducation fonctionnelle à l'étranger pour les motifs suivants :

- il ne s'agit pas d'une rééducation fonctionnelle ;
- le Château de Colpach n'est pas un hôpital mais un centre de réhabilitation.

Madame G. sollicitait l'annulation de la décision et demandait à la cour de dire pour droit qu'elle pouvait bénéficier d'une prise en charge pour ses frais suite à son hospitalisation au centre de Colpach. Elle demandait la condamnation aux dépens de l'instance.

L'auditorat du travail avait sollicité que l'INAMI soit mis à la cause.

2. LE JUGEMENT

Par jugement du 14 juin 2022, le tribunal déclarait la demande recevable et fondée.

Il disait pour droit que Madame G. était en droit en bénéficiant de la prise en charge des frais liés à son séjour au sein du centre de Colpach du 20 juillet 2020 au 29 juillet 2020, jusqu'à hauteur des coûts dus par l'Etat belge si ces soins de santé avaient été dispensés sur son territoire, sans que le remboursement excède les coûts réels des soins de santé reçus.

Il condamnait l'UNMS à la prise en charge des frais et dépens.

3. L'OBJET DE L'APPEL

Par requête réceptionnée au greffe de la cour du travail de Liège, division Neufchâteau, Madame G. interjetait appel du jugement en ce qu'il avait limité l'intervention à la hauteur des frais que l'Etat belge aurait du prendre en charge s'ils avaient été réalisés sur son territoire.

Elle sollicite qu'il soit dit pour droit qu'elle puisse bénéficier d'une prise en charge des frais de séjour correspondant au montant déterminé par les dispositions de la loi luxembourgeoise.

Elle postule également la condamnation de l'UNMS aux dépens des instances.

L'UNMS et l'INAMI n'ont pas formulé d'appel incident.

4. LES FAITS

Madame G. était âgée de 93 ans lorsqu'elle a subi une fracture du col du fémur le 9 juillet 2020. Elle a subi une opération à la clinique Saint Joseph d'Arlon et a été hospitalisée jusqu'au 20 juillet 2020.

En raison de la pandémie Covid-19 et du manque de place, sa famille l'a transférée au centre de revalidation de Colpach au Luxembourg où elle a séjourné du 20 juillet 2020 au 29 juillet 2020.

Préalablement, elle avait introduit une demande de prise en charge des frais de rééducation fonctionnelle.

Le 13 août 2020, l'INAMI adressa un refus de prise en charge auprès du médecin directeur de l'UNMS en ces termes :

Le Collège des médecins-directeurs constate que:

- il s'agit d'une demande de rééducation fonctionnelle dans le centre « Centre de Réhabilitation du Château de Colpach — Croix Rouge luxembourgeoise, (..) »*
- les dispositions réglementaires qui sont d'application sont d'une part les articles 137 jusqu'à 144 et 294 § 1^{er}, 8° de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé obligatoire.*

Le Collège remarque en outre que:

- l'article 294§1er, 8° de l'arrêté royal précité implique qu'un assuré peut se rendre à l'étranger pour une rééducation fonctionnelle et que, dans ce cas, il sera remboursé selon la législation, la réglementation et les tarifs d'application en Belgique à condition que la facture ait été acquittée par l'assuré ;*
- il ressort des articles 137 à 144 de l'arrêté royal précité que le terme « rééducation fonctionnelle » comporte deux volets :*
 - les prestations prévues dans les conventions conclues avec les différents centres de rééducation ;*
 - les prestations prévues dans la nomenclature des prestations de rééducation (AR du 10 janvier 1991 et son annexe).*

Le Collège constate ainsi que sur base des éléments dans le dossier, il ne peut identifier dans la réglementation belge aucune disposition relative à la rééducation fonctionnelle concernée.

Pour ce motif le collège refuse l'intervention demandée dans les frais de rééducation fonctionnelle. »

Par courrier du 4 septembre 2020, l'UNMS adressa la décision de refus à Madame G. et ajouta que son médecin conseil ne pouvait pas donner son accord pour un S2 car le Château de Colpach n'est pas un hôpital mais un centre de réhabilitation.

Les factures de l'établissement s'élèvent aux sommes de 6.957 € et de 487,80 € .

5. POSITION DES PARTIES

Madame G. invoque l'article 20 du règlement européen 883/2004, combiné au fait qu'elle peut prétendre à des soins au Grand-Duché du Luxembourg en sa qualité de frontalière.

Elle évoque de la jurisprudence selon laquelle le défaut d'autorisation préalable ne fait pas obstacle au remboursement des soins selon le tarif du pays de traitement.

Elle rappelle qu'en l'espèce, elle n'avait pas besoin d'une autorisation préalable puisque cela a été confirmé par jugement pour lequel il n'y a pas eu d'appel incident de la part de l'INAMI. Par conséquent, on ne peut lui reprocher de ne pas l'avoir reçue dans le cadre de l'application de l'article 20 du règlement 883/2004.

Dans l'hypothèse où la cour estime que le règlement 883/2004 n'est pas applicable, elle sollicite, sans la formuler qu'une question préjudicielle soit soumise à la Cour de justice de l'union européenne.

L'UNMS et l'INAMI relèvent que c'est l'article 294 § 1^{er}, 8°, 13° et 14 de l'AR du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994 qui est d'application de sorte que le remboursement se fait selon la tarification belge, comme si les soins avaient été réalisés en Belgique.

S'agissant de soins nécessitant un document S2 (autorisation), le remboursement se fait selon la directive 2011/24 et à défaut, si c'est l'article 20 § 2 du règlement européen qui est applicable, il faut que les soins soient exécutés auprès d'une institution publique, ce qui n'est pas le cas de l'ASBL Château de Colpach et après autorisation préalable que Madame G. ne possédait pas.

L'UNMS semble conclure qu'en égard au jugement, seule l'indemnisation en tant que frontalier peut encore être envisagée et par conséquent, le remboursement doit être limité à la tarification belge.

6. AVIS DU MINISTERE PUBLIC

Madame l'avocat général rappelle qu'en l'absence d'appel incident, le jugement est définitif en ce qu'il dit pour droit que Madame G. est en droit de bénéficier de la prise en charge des frais de soins de santé au sein du centre selon la législation belge, comme si ces soins avaient été dispensés en Belgique.

Elle rappelle que pour les soins effectués à l'étranger, il y a deux systèmes de remboursement :

1. le règlement de coordination des systèmes de sécurité sociale 883/2004, combiné avec le règlement d'exécution n° 987/2009.

Ce règlement distingue les soins programmés et les soins inopinés. En ce qui concerne les premiers, pour le cas d'espèce, c'est bien l'article 20 qui est d'application et qui exige une demande d'autorisation préalable de l'institution compétente que Madame G. n'a pas reçue. La jurisprudence a admis que l'absence d'autorisation pouvait être couverte dans des circonstances particulières tenant à l'état de santé ou à la maladie.

Quant à la limitation du remboursement uniquement pour des soins dispensés dans des établissements publics, elle estime qu'il faut interpréter cette disposition comme un établissement (public ou privé) qui prend part au système de soins encadré par l'Etat membre.

En l'espèce, Madame G. n'a pas obtenu l'autorisation préalable et ne justifie pas de conditions particulières, telle l'impossibilité de suivre la revalidation dans un établissement en Belgique, qui pourrait l'exempter d'une telle autorisation. Au contraire, il apparaît que la raison principale du transfert a été de maintenir Madame G. à proximité de son lieu de vie et de sa famille.

2. la directive 2011/24 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers

Cette directive prévoit la liberté pour ces personnes de se rendre dans un autre Etat membre pour y bénéficier de ces soins. Dans certains cas, la directive autorise les Etats membres à soumettre le remboursement à une autorisation préalable. Il s'agit toutefois d'une exception.

L'état doit alors rembourser les soins à la hauteur du montant qu'il aurait dû prendre en charge si ces soins avaient été dispensés sur son territoire, sous réserve que l'Etat peut décider d'un remboursement supérieur.

La transposition de la directive est assurée par l'article 136 de la loi coordonnée mais l'Etat belge n'a pas fait usage de la faculté de rembourser davantage que le montant qui aurait été pris en charge si les soins avaient été dispensés sur son territoire.

Par conséquent, l'appel est non fondé.

Dans ses répliques, Madame G. estime que cet avis repose essentiellement sur des considérations de fait. Dans l'appréciation des éléments à prendre en considération afin de déterminer s'il était possible d'obtenir les soins dans un délai raisonnable et avec le même degré d'efficacité, le ministère public ne prend pas en considération la pandémie COVID-19. Or le tribunal a déjà reconnu dans son premier jugement contre lequel il n'y a pas eu appel

que la non disponibilité des soins dans un délai acceptable n'avait pas fait l'objet de contestation.

7. DECISION DE LA COUR

7.1 Recevabilité de l'appel

Le jugement du 14 juin 2022 a été notifié le 15 juin 2022.

L'appel du 8 juillet 2022, introduit dans les formes et délai, est recevable.

7.2 Fondement

7.2.1 Le remboursement des soins de santé à l'étranger : principes

En droit belge, l'article 136, §1er de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 consacre comme suit le principe de la territorialité des prestations de soins de santé :

« Sous réserve de l'application de l'ordre juridique international, les prestations prévues par la présente loi coordonnée sont refusées lorsque le bénéficiaire ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge ou lorsque les prestations de santé ont été fournies en dehors du territoire belge.

Elles peuvent toutefois être accordées :

- a) dans les conditions déterminées par le Roi ;*
- b) dans les conditions prévues au sein de conventions conclues entre le Comité de l'assurance et le Comité de gestion des indemnités et les organismes compétents étrangers visant à favoriser la libre circulation des assurés dans les régions frontalières par la fixation de règles de coopération;*
- c) dans les conditions prévues au sein de conventions particulières, dont le contenu s'inscrit dans le cadre général des règles fixées par les conventions internationales conclues entre les personnes visées à l'article 2 i),n, belges et étrangères, pour réaliser un accès simplifié à des prestations transfrontalières et qui ont été approuvées par le Comité de l'assurance et/ou le Comité de gestion des indemnités. »*

Le Roi a fait usage de son pouvoir de dérogation par l'adoption de l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, inséré à la section 6 dudit arrêté royal sous l'intitulé « des prestations fournies en dehors du territoire national » qui dispose (extraits) :

« § 1. En application de l'article 136, § 1er, de la loi coordonnée, les prestations de santé fournies en dehors du territoire national sont accordées :

1° pour lui-même et pour les personnes à sa charge qui y séjournent avec lui, au titulaire qui se trouve en période d'incapacité de travail et a été autorisé préalablement par le

médecin-conseil à séjourner temporairement à l'étranger tout en gardant sa résidence principale en Belgique.

Le médecin-conseil peut, pour une période maximale de deux mois, autoriser un séjour temporaire après le début des délais prévus dans l'article 177, § 1er, 1° et 2°, pour l'établissement des rapports qui y sont visés.

L'autorisation préalable du médecin-conseil n'est pas requise pour les personnes qui tombent sous le champ d'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 du 14 juillet 1971, en ce qui concerne un séjour temporaire dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen;

2° pour le bénéficiaire, lorsque le rétablissement de sa santé nécessite une hospitalisation qui peut être donnée dans de meilleures conditions médicales à l'étranger et qui est préalablement jugée indispensable par le médecin-conseil;

3° pour le bénéficiaire qui doit, au cours d'un séjour dans un pays qui n'appartient pas à l'Union européenne ou à l'Espace économique européen, être hospitalisé d'urgence;

4° (...)

5° (...)

6° (...)

7° pour le bénéficiaire ayant sa résidence principale dans une région frontière qui se fait soigner dans un établissement hospitalier, situé en dehors du territoire national dans un rayon de vingt-cinq kilomètres maximum de sa résidence principale, à condition qu'il n'y ait en Belgique, aucun établissement similaire plus rapproché.

8° pour le bénéficiaire dont la rééducation fonctionnelle à l'étranger a été autorisée par le Collège conformément à l'article 138, 1° ou dont la rééducation professionnelle s'effectue à l'étranger;

9° a) pour le bénéficiaire qui se fait soigner au Grand-Duché du Luxembourg, s'il a sa résidence principale dans un des cantons d'Arlon et de Messancy, arrondissements administratifs de Virton et de Bastogne, ou communes de Mellier, Léglise, Ebly, Juséret, Witry et Anlier;

b) pour le bénéficiaire qui se fait soigner en France(...);

Toutefois, cette dérogation ne vise, en ce qui concerne les prestations de santé, que

- la médecine spéciale;*
- l'obstétrique;*
- l'hospitalisation;*
- les soins dentaires;*
- les fournitures pharmaceutiques, prescrites à l'occasion des soins visés ci-dessus;*

10° pour le bénéficiaire blessé au cours d'un accident sur le territoire national, dont l'état requiert des soins urgents et qui est transporté vers un établissement hospitalier situé à l'étranger, plus proche ou mieux accessible que tout établissement similaire situé en Belgique.

Il en est de même du bénéficiaire qui se trouve inopinément dans un état requérant des soins urgents dans un établissement hospitalier.

11° (...)

12° au bénéficiaire pendant un séjour dans un Etat membre de l'Union européenne ou un Etat appartenant à l'Espace économique européen. Les prestations de santé comprennent les prestations qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour;

13° au bénéficiaire qui reçoit des prestations de santé programmées dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou un Etat appartenant à l'Espace économique européen. Dans les cas prévus au 14°, une autorisation préalable reste requise;

14° au bénéficiaire qui reçoit des prestations de santé programmées dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou un Etat appartenant à l'Espace économique européen, pour lesquelles le médecin-conseil a accordé une autorisation préalable. L'autorisation préalable du médecin-conseil est requise pour les prestations de santé qui :

a) font partie d'une politique de programmation qui vise à garantir un accès suffisant et permanent à une offre équilibrée de traitements de haute qualité en Belgique ou qui s'appuie sur la volonté de maîtriser les coûts et d'éviter, dans toute la mesure du possible, tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines, et

(i) qui requièrent une hospitalisation d'une nuit au minimum, ou

(ii) l'utilisation des infrastructures ou des équipements médicaux hautement spécialisés et onéreux;

b) impliquent un risque particulier pour le patient ou la population;

c) sont dispensées par un dispensateur de soins qui, en l'espèce, pourrait susciter des inquiétudes graves ou spécifiques sur la qualité ou la sécurité des soins, à l'exception des soins de santé qui relèvent de la législation de l'Union qui garantit un niveau de sécurité et de qualité minimal sur tout le territoire de l'Union.

Les prestations de santé visées sous le a) du précédent alinéa sont fixées par le Ministre. La liste de ces prestations de santé est publiée sur le site web de l'Institut national d'assurance maladie invalidité.

Sans préjudice des situations mentionnées sous les lettres a) à c) inclus du deuxième alinéa, l'autorisation préalable ne peut pas être refusée si le traitement ne peut pas être dispensé dans un délai qui, vu l'état de santé du bénéficiaire à ce moment-là, ses antécédents et l'évolution probable de sa maladie, est médicalement acceptable lorsque la demande d'autorisation préalable est introduite ou réintroduite.

L'autorisation préalable est refusée :

A(...)

d) si le traitement peut être dispensé sur le territoire national dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé du moment du bénéficiaire et de l'évolution probable de sa maladie.

§ 1er/1. Les autorisations visées au § 1er, 2°, 8° et 14°, ne peuvent pas être accordées pour des prestations de santé qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie obligatoire soins de santé ou pour lesquelles les conditions de remboursement n'ont pas été remplies.

§ 2. Le remboursement des prestations de santé est subordonné à la condition :

- qu'elles aient été données soit par une personne autorisée légalement à exercer l'art de guérir dans le pays où elles ont été données, soit dans un établissement hospitalier présentant les garanties médicales suffisantes ou qui est agréé par les autorités du pays où il est situé, et

- que le bénéficiaire ait déjà payé les frais au moment de la demande de remboursement. La preuve est faite par des pièces justificatives qui ont été reconnues comme telles par le Service du contrôle administratif.

Les autorisations visées au § 1er, 1°, 2°, 5° et 14°, sont immédiatement notifiées à l'intéressé par le médecin-conseil qui verse une copie de la notification au dossier visé à l'article 254, alinéa 1er. Lorsqu'elles concernent des titulaires, une copie de la notification est adressée au bureau provincial du Service d'évaluation et de contrôle médical. (...).

Le remboursement des prestations de santé ne peut jamais dépasser le montant des frais réellement engagés.

§ 2/1. La demande écrite d'autorisation préalable pour des prestations de santé à l'étranger est introduite par le bénéficiaire auprès du médecin-conseil de son organisme assureur par lettre recommandée à la poste ou par tout autre moyen permettant de déterminer avec certitude la date d'introduction de la demande. La demande est signée par le bénéficiaire lui-même ou par son représentant légal.

A la demande est joint le rapport médical circonstancié d'un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection en question et autorisé légalement à exercer l'art de guérir dans un Etat membre de l'Union européenne ou un Etat appartenant à l'Espace économique européen, et qui doit permettre au médecin-conseil de se faire une opinion.(...)

§ 2/2. Lors de l'examen de la demande d'autorisation préalable, le médecin-conseil tient compte :

a) de l'état de santé spécifique du bénéficiaire,

b) de l'urgence et des circonstances individuelles.

Le médecin-conseil réagit dans les 45 jours civils à la demande introduite et en informe l'assuré par écrit. Sa réaction peut contenir les décisions suivantes :

(...).

A défaut de réponse du médecin-conseil dans le délai mentionné au présent paragraphe, l'autorisation est réputée avoir été accordée.

§ 3.(...).

§4 (...) »

Cet article exécute notamment la directive 2011/24/UE du parlement européen et du conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière des soins de santé transfrontaliers, et plus particulièrement son article 7.4 qui dispose :

« Les coûts des soins de santé transfrontaliers sont remboursés ou payés directement par l'État membre d'affiliation à hauteur des coûts qu'il aurait pris en charge si ces soins de santé avaient été dispensés sur son territoire, sans que le remboursement excède les coûts réels des soins de santé reçus. Lorsque l'intégralité du coût des soins de santé transfrontaliers est supérieure au montant qui aurait été pris en charge si les soins avaient été dispensés sur son territoire, l'État membre d'affiliation peut décider néanmoins de rembourser l'intégralité du coût ».

La Belgique n'a pas fait le choix de rembourser l'intégralité des coûts.

A cet article 136, vient se greffer, le règlement 883/2004 (accompagné du règlement d'exécution 987/2009) qui prévoit en son article 20 :

« Déplacement aux fins de bénéficiaire de prestations en nature - Autorisation de recevoir un traitement adapté en dehors de l'État membre de résidence

- 1. À moins que le présent règlement n'en dispose autrement, une personne assurée se rendant dans un autre État membre aux fins de bénéficier de prestations en nature pendant son séjour demande une autorisation à l'institution compétente.*
- 2. La personne assurée qui est autorisée par l'institution compétente à se rendre dans un autre État membre aux fins d'y recevoir le traitement adapté à son état bénéficie des prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si elle était assurée en vertu de cette législation. L'autorisation est accordée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie.*
- 3. Les paragraphes 1 et 2 s'appliquent mutatis mutandis aux membres de la famille de la personne assurée.*
- 4. Si les membres de la famille de la personne assurée résident dans un État membre, autre que l'État membre où réside la personne assurée, et que cet État membre a opté pour le remboursement sur la base de montants fixes, le coût des prestations en nature visées au paragraphe 2 est pris en charge par l'institution du lieu de résidence des membres de la famille. Dans ce cas, aux fins du paragraphe 1, l'institution du lieu de résidence des membres de la famille est considérée comme l'institution compétente. »*

L'autorisation préalable prend la forme d'un formulaire S2 et le remboursement se fait selon les dispositions de la législation de l'Etat de traitement des soins.

Il s'agit donc de deux systèmes de remboursement distincts qui visent deux situations différentes, outre les situations d'urgence qui sont traitées par un régime particulier¹ :

- le cas de la personne frontalière au sens de la directive ;
- et celui de la personne qui ne peut recevoir les soins sur le territoire national de son Etat d'affiliation dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie.

Dans cette dernière hypothèse, deux conditions sont à remplir : la première exige que les soins en question figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'Etat membre sur lequel réside l'assuré social et la seconde que les soins sollicités ne puissent, compte tenu de l'état de santé actuel de l'assuré et de l'évolution de sa maladie, lui être dispensés dans le délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement en question dans son état de résidence².

L'appréciation de cette seconde condition se fait *in concreto*, en tenant compte de l'ensemble des circonstances, à savoir la situation médicale du patient au moment où l'autorisation est demandée, du degré de douleur ou de la nature du handicap et de ses antécédents³

La directive précise expressément en son article 7 que le remboursement des soins de santé qu'elle vise se fait sans préjudice du règlement 883/2004, sous réserve des articles 8 (visant les soins concernés) et 9 (visant les procédures à suivre). Ce principe est également énoncé au considérant 31 de la directive.

La cour rappelle que la *ratio legis* relative à l'exigence de l'autorisation préalable de certains soins de santé dispensés à l'étranger est fondée sur deux objectifs avalisés par la Cour de Justice de l'Union européenne⁴ :

- d'une part, garantir sur le territoire de l'Etat concerné une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité ;
- d'autre part, assurer une maîtrise des coûts et éviter dans la mesure du possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines. Un tel gaspillage

¹ Et d'autres exceptions qui ne concernent pas le cas d'espèce.

² CJUE 9 octobre 2014, C268/13, point 30

³ CJUE 29 octobre 2020, C 243/19, §29

⁴ CJUE 17 mars 2011, C- 157-99, aff Geraets

s'avèrerait en effet d'autant plus dommageable qu'il est constant que le secteur des soins hospitaliers engendre des coûts considérables et doit répondre à des besoins croissants, tandis que les ressources financières pouvant être consacrées aux soins de santé ne sont, quel que soit leur mode de financement utilisé, pas illimitées⁵.

Il y a lieu de relever, comme le fait la CJUE, que les prestations médicales dispensées dans un établissement hospitalier s'inscrivent dans un cadre présentant incontestablement des particularités : le nombre d'infrastructures hospitalières, leur répartition géographique, leur aménagement et les équipements dont elles doivent être pourvues ou encore la nature des services médicaux doivent faire l'objet d'une planification. Dans ces conditions, l'exigence de l'autorisation préalable pour ce type de prestations apparaît comme mesure à la fois nécessaire et raisonnable et ne peut être considérée comme une restriction à la libre circulation des services.

Depuis l'arrêt Muller-Fauré & Van Riet du 13 mai 2003⁶, la Cour de Justice européenne a précisé que si cette exigence apparaît comme une mesure tout à la fois nécessaire et raisonnable⁷, encore faut-il que ce régime d'autorisation repose sur « *un système procédural aisément accessible et propre à garantir aux intéressés que la demande sera traitée dans un délai raisonnable ainsi qu'avec **objectivité et impartialité**, d'éventuels refus d'autorisation devant en outre pouvoir être mis en cause dans le cadre d'un recours juridictionnel.* »

C'est ainsi qu'une autorisation ne peut être refusée si le traitement ne peut pas être dispensé dans un délai qui, vu l'état de santé de l'intéressé, ses antécédents et l'évolution probable de sa maladie, était médicalement acceptable lorsque la demande d'autorisation préalable est introduite. La jurisprudence de la Cour de Justice européenne invite le juge national à se baser sur les éléments concrets du cas d'espèce.

Lorsque le délai découlant de telles listes d'attente s'avère excéder le délai acceptable compte tenu d'une évaluation médicale objective de l'ensemble des circonstances caractérisant la situation et les besoins cliniques de l'intéressé, l'institution compétente ne peut refuser l'autorisation sollicitée en se fondant sur des motifs tirés de l'existence de ces listes d'attente, d'une prétendue atteinte portée à l'ordre normal des priorités lié au degré d'urgence respectif des cas à traiter, de la gratuité des soins hospitaliers prodigués dans le cadre du système national en cause, de l'obligation de prévoir des moyens financiers spécifiques aux fins de la prise en charge du traitement envisagé dans un autre État membre et/ou d'une comparaison des coûts de ce traitement et de ceux d'un traitement équivalent dans l'État membre compétent.⁸

⁵ Ce principe est encore rappelé dans le considérant 40 de la directive

⁶ CJUE 13 mai 2003, C-385-99

⁷ Ce principe a également été rappelé par la Cour dans son arrêt INIZAN du 23 octobre 2003 - C56-01.

⁸ CJUE, 16 mai 2006, C-372/0

Le remboursement peut également avoir lieu selon les conditions de l'article 20 lorsque la personne n'a pas été en mesure de demander l'autorisation compte tenu des circonstances particulières liées à son état de santé ou la nécessité de recevoir des soins en urgence⁹ ou lorsqu'elle a demandé l'autorisation avant le début des soins mais n'a pu attendre la décision de l'institution compétente¹⁰.

7.2.2 Application en l'espèce

Madame G. peut donc prétendre à deux systèmes de remboursement de soins de santé dispensés à l'étranger.

7.2.2.1 Quant au remboursement sur base du statut de frontalier

Dans la mesure où elle est frontalière, elle peut bénéficier, sans demande d'autorisation, de l'article 294, 9° précité qui est toutefois réservé à certaines prestations de soins de santé, dont l'hospitalisation. C'est la raison pour laquelle, l'INAMI indique qu'elle n'avait pas besoin d'une autorisation préalable. L'octroi de cette autorisation permet d'obtenir le remboursement plus rapidement.

Dans cette hypothèse, le remboursement des soins se fait selon le montant tarifaire qui aurait été d'application si les soins avaient été dispensés en Belgique puisque l'Etat belge n'a pas opté pour la faculté de prévoir un remboursement plus important dans sa transposition de la directive.

Encore faut-il savoir si la « revalidation » peut être assimilée à une hospitalisation. La cour relève que cette question ne comporte plus d'intérêt à ce stade puisque ni l'UNMS ni l'INAMI n'ont interjeté appel incident.

La décision du tribunal selon laquelle il dit pour droit que Madame G. pouvait bénéficier de la prise en charge des frais liés à son séjour jusqu'à hauteur des frais que l'Etat belge aurait pris en charge s'ils avaient été dispensés en Belgique doit donc être confirmée. Madame G. ne peut prétendre à une prise en charge plus étendue sur cette base.

7.2.2.2. Quant au remboursement sur base de l'article 20 du règlement 883/2004

Madame G. interjette appel car elle estime que sur base de cet article, elle peut prétendre au remboursement conformément au tarif du pays de traitement (en l'occurrence le Grand-Duché du Luxembourg), ce qui est en substance le contenu de l'article 20 §2.

⁹ CJUE 5 octobre 2010, C 173/09

¹⁰ CJUE 23 septembre 2020, C 777/18, §48.

Il est exact que Madame G. pouvait bénéficier du régime général de l'article 20 du règlement européen 883/2004, ce qui est expressément prévu par la directive. Néanmoins, dans cette hypothèse, elle devait non seulement obtenir l'autorisation préalable de sa mutuelle (à moins qu'en raison de certaines circonstances, la cour puisse estimer qu'elle en était dispensée) mais également remplir les deux conditions suivantes :

- les soins ne doivent pas pouvoir être dispensés en Belgique dans le délai normalement nécessaire pour en obtenir le traitement ;
- les soins prodigués doivent figurer parmi la législation belge.

Quant à la disponibilité des soins

Comme Madame G. le soulève, le tribunal a tranché définitivement cette question dans son premier jugement contre lequel il n'y a pas eu d'appel. Il ressort effectivement du dossier qu'il n'y avait pas de place disponible à Virton et à Arlon en raison de la pandémie et l'UNMS ne démontre pas qu'elle aurait pu se rendre dans un autre établissement.

Quant à la nature des soins remboursés

Il n'est pas contesté que des soins octroyés dans le cadre d'une revalidation sont pris en charge, au moins partiellement, par le système de sécurité sociale belge.

Les soins de rééducation fonctionnelle

La demande d'autorisation portait sur une demande de « rééducation fonctionnelle » à l'étranger.

L'article 136 §1^{er}, 8° prévoit que, dans le cadre d'une rééducation fonctionnelle à l'étranger, la demande doit avoir été autorisée par le Collège conformément à l'article 138, 1° qui dispose :

« L'intervention dans le coût des prestations de rééducation fonctionnelle est subordonnée à l'autorisation préalable:

1° du Collège des médecins-directeurs :

*a) pour les prestations effectuées à l'étranger et qui sont prévues :
- à la nomenclature établie en application de l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée ;*

- dans les conventions visées à l'article 22, 6° de la loi coordonnée ;

(...) »

C'est l'AR du 10 janvier 1991 qui établit la nomenclature des prestations de rééducation visées à l'article 23 §2 al 2. Par rapport à la demande, seules des prestations d'ergothérapie sont visées, à certaines conditions, qui ne semblent pas concerner Madame G.

La demande de prise en charge était relativement claire : *« réhabilitation à la marche, retour à l'autonomie, amélioration des AVJ, correction carence alimentaire... disciplines concernées : kiné, ergo, orthophonie. »*

La note du médecin conseil de l'UNMS explique qu'il existe une différence entre la « rééducation fonctionnelle » (prise en charge importante durant de longues périodes concernant des prestations telles que visées dans l'annexe de l'AR du 10 janvier 1991 précité) et la « revalidation » (revalidation physique post opératoire ou gériatrique), tout en précisant d'emblée qu'il était justifié au vu de l'âge de Madame G et de son état général, de proposer sa revalidation au départ en milieu hospitalier. Par conséquent, la cour estime que la demande ne visait pas une rééducation fonctionnelle telle qu'entendue à l'article 136 § 1^{er}, 8° mais qu'il s'agissait d'une simple demande d'autorisation de prise en charge de revalidation en milieu hospitalier (S2). Le jugement doit être réformé à cet égard.

Cette demande de revalidation doit être traitée par le médecin conseil de la mutuelle et non par l'INAMI.

La décision de l'INAMI en ce qu'elle indique qu'il ne s'agit pas de soins de rééducation fonctionnelle est correcte et l'appel est non fondé en ce qui concerne cette décision.

<i>Les prestations dispensées en milieu hospitalier ou en revalidation</i>
--

L'UNMS soutient que l'autorisation ne pouvait être accordée parce que le centre de Colpach n'est pas un hôpital et qu'il est en outre un établissement privé.

Etonnamment, alors que l'INAMI avait été interpellé par Madame l'auditeur sur le texte légal qui définit un hôpital par rapport à un centre de revalidation, l'INAMI indique dans ses conclusions d'appel qu'il appartient à l'UNMS de se positionner sur cette notion.

Nonobstant la remarque du ministère public, émise dans son avis, relevant que ni l'INAMI ni l'UNMS ne justifiaient légalement l'argument selon lequel, seuls les soins dispensés dans un hôpital public pouvaient être remboursés; la cour estime que le château de Colpach doit être considéré comme hôpital puisque il a été reconnu comme établissement hospitalier par l'Etat luxembourgeois et fait d'ailleurs partie de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois.

Quant à son caractère public, selon la circulaire 2014/440 déposée au dossier administratif, la notion d' « **hôpital privé** » désigne « *l'hôpital qui ne fonctionne pas dans le cadre de l'assurance maladie publique organisée par l'Etat où il est établi* ». Cette formulation n'est pas la plus heureuse mais la cour estime pouvoir considérer qu'à partir du moment où, depuis le 1^{er} avril 2018, le statut d'établissement hospitalier spécialisé lui a été attribué par le ministre de la santé grand-ducal, le château de Colpach ne peut être considéré comme hôpital privé. Le centre indique d'ailleurs qu'il a déjà été remboursé pour le séjour de 7 personnes via des formulaires S2.

La cour ignore si la nomenclature belge distingue la prise en charge de l'hébergement et des soins dans le cadre d'une revalidation après opération, tels que ceux prodigués à Madame G., selon qu'ils sont dispensés au sein de l'hôpital (dans le service de soins ou dans le service de revalidation) ou dans un centre extérieur de revalidation. La cour ne voit pas ce qui pourrait justifier que ces soins prodigués dans un hôpital à l'étranger en tant que « soins de revalidation », dans les conditions de l'article 20, ne soient pas pris en charge conformément à la législation de l'Etat de traitement.

La cour relève d'ailleurs que le médecin conseil de l'UNMS reconnaissait que vu l'âge de Madame G. et son état de santé, cette dernière devait avoir à tout le moins un début de revalidation en milieu hospitalier.

Dans ces conditions, la cour estime que la revalidation prise en charge par l'ASBL château de Colpach était nécessaire et correspond à des soins hospitaliers.

Quant à l'absence d'autorisation préalable

Il ressort du dossier que :

- Le fils de Madame G. s'est adressé par téléphone à sa mutualité le 10 juillet 2020 pour une rééducation à l'étranger. Il lui est rappelé que la demande doit être accordée préalablement à l'hospitalisation ;
- Le 11 juillet 2020, il renvoie la demande complétée par le médecin généraliste et invite l'employée à revenir vers lui pour tout complément d'information ;
- Le 14 juillet 2020, l'employée du service médical l'informe que la demande a été transmise pour décision sans lui indiquer que la demande n'est pas introduite par un médecin spécialiste alors que le médecin de la mutuelle s'en est rendu compte puisqu'en date du 14 juillet 2020, il indique qu'il y a un avis favorable pour le programme de rééducation mais rédigé par un généraliste. Il ajoute lui-même la remarque que le château de Colpach est un centre de réhabilitation. Ce médecin ne semble pas avoir vérifié s'il s'agissait d'une réelle demande de rééducation fonctionnelle ou d'une demande d'une autre nature ;
- Dès le 16 juillet 2020, le docteur Desquiens de l'UNMS précise que la demande est déclarée irrecevable par le collège des médecins directeurs parce que la demande doit émaner d'un médecin spécialiste et être accompagnée d'un rapport circonstancié ;
- Le 22 juillet 2020 à 09h06, ce médecin réalise qu'il a oublié de mettre l'employée en copie de son courriel ;
- Le 22 juillet 2020 à 11h32 le rapport complété par le spécialiste le 17 juillet 2020 est adressé par l'employée au docteur Desquiens ;
- Le 4 septembre 2020, l'UNMS notifie à l'intéressé que le CMD refuse la prise en charge car il s'agit pas d'une rééducation fonctionnelle et que son médecin conseil ne peut pas donner son accord pour un S2 car le château de Colpach n'est pas un hôpital mais un centre de réhabilitation.

La demande a donc été adressée à la mutualité avant l'entrée au centre de Colpach, à tout le moins le 11 juillet 2020 pour une entrée le 20 juillet 2020. Toutefois, s'il manquait un rapport circonstancié du médecin spécialiste, l'employée de l'UMNS aurait dû le lui signaler directement. Cette première demande n'est pas déposée au dossier. Il a été répondu au fils de Madame G. que celle-ci pouvait rentrer à Colpach immédiatement à ses risques et périls concernant le remboursement. C'est finalement le 22 juillet 2020 que le dossier a été introduit avec le rapport du spécialiste, soit après son entrée à Colpach.

Il importe peu qu'une des raisons du transfert à Colpach ait été de maintenir Madame G. à proximité de son lieu de vie et de sa famille, sa demande étant justifiée comme suit : *« pas de places à Virton ; insistance de la part de la famille » ; « localisation du centre de réhabilitation par rapport au lieu de vie habituel est très importante – époux de 81 ans qui lui rend visite – conduite fatigante à son âge – 1 seul enfant disponible ».*

Il convient de se replacer dans les conditions de la pandémie de l'époque. Alors que les maisons de retraite et de soins avaient déjà subi un lourd tribut, fin juillet 2020 une menace d'augmentation des cas surgissait avec pour conséquence que le gouvernement rabaisait la

« bulle sociale » de 15 à 5 personnes. A l'époque, même si la situation n'était plus aussi tendue que durant les premiers mois de la pandémie, il n'était pas facile d'obtenir les contacts et informations concrètes de sorte que la mise en place d'un service d'aide à domicile en urgence devait certainement relever de l'exploit. Il n'est pas contesté que l'hôpital d'Arlon avait fermé son service de revalidation et ne voulait plus assurer les soins à Madame G. Par ailleurs, il n'y avait plus de place à Virton ou à Libramont (voir le courrier de docteur Istratescu du 2 septembre 2020), ce qui signifie que la famille s'est retrouvée obligée d'accepter le transfert à Colpach sans attendre la décision de la mutuelle qui n'est intervenue qu'en septembre 2020. Il eut en effet été inconcevable de renvoyer Madame G., âgée de 93 ans, chez elle sans assistance, après une opération du col du fémur réalisée 10 jours auparavant, en attendant la décision du médecin directeur ou qu'une place se libère dans un autre établissement (selon la gériatre, les délais d'attente étaient de plus de 4 semaines).

L'INAMI reconnaissait dans ses conclusions d'instance que les problèmes spécifiques créés par le Covid-19 pour la prise en charge de patients (non-covid) n'étaient pas encore complètement résolus à l'époque.

La cour estime que dans ces circonstances, Madame G. était en droit de ne pas attendre la décision de la mutuelle qui n'est d'ailleurs intervenue qu'en septembre 2020. Elle remplit donc les conditions de l'article 20 dès lors que sa prise en charge ne pouvait être dispensée sur le territoire national dans un délai acceptable sur le plan médical. Une autorisation aurait dû lui être accordée.

Le recours est fondé

7.3 Dépens

En vertu de l'article 1017 al 2 du Code judiciaire, les dépens sont à charge de l'institution de sécurité sociale.

Ils sont composés de la contribution au fonds d'aide juridique de 2^{ème} ligne, Madame G. ayant été représentée par son fils.

Chacune des deux institutions prendra en charge une contribution.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

Après en avoir délibéré et statuant publiquement et contradictoirement ;

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire et notamment son article 24 dont le respect a été assuré ;

Vu l'avis écrit du ministère public auquel la partie appelante a répliqué par écrit à cet avis.

Déclare l'appel recevable et non fondé à l'égard de l'INAMI.

Déclare l'appel recevable et fondé à l'égard de l'UNMS.

Réforme le jugement dont appel en ce qu'il précise que Madame G. a bénéficié d'une rééducation fonctionnelle.

Réforme le jugement en ce qu'il précise que Madame G. est en droit de bénéficier de la prise en charge des frais liés à son séjour au sein du centre de Colpach du 20 juillet 2020 au 29 juillet 2020 jusqu'à hauteur des coûts que l'Etat belge aurait pris en charge s'ils avaient été dispensés sur son territoire.

Dit que Madame G. est en droit de bénéficier de la prise en charge des frais liés à son séjour au sein du centre de Colpach du 20 juillet 2020 au 29 juillet 2020, conformément à la législation luxembourgeoise.

Dit que l'UNMS doit prendre contact avec l'institution compétente luxembourgeoise afin de connaître les modalités de remboursement.

Condamne l'INAMI à la contribution d'instance de 20 € destinée au Fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne (articles 4 et 5 de la loi du 19/03/2017).

Condamne l'UNMS à la contribution d'appel de 22 € destinée au Fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne (articles 4 et 5 de la loi du 19/03/2017).

Ainsi arrêté et signé avant le prononcé par :

A G, conseiller faisant fonction de président,
G M, conseiller social au titre d'employeur,
M B, conseiller social au titre d'employé,
Assistés de S H, greffier

Conformément à l'article 785, alinéa 1 du Code Judiciaire, le président de cette chambre constate l'impossibilité de signer de Monsieur G M et de Madame M B, ci-avant mieux identifiés, qui ont concouru à cet arrêt.

Le Greffier

Le Président

et prononcé en langue française à l'audience publique de la chambre 8-A de la cour du travail de Liège, division Neufchâteau, au Palais de Justice, place Charles Bergh 7 à 6840 Neufchâteau, le **mercredi 26 avril 2023**

par Madame A G, conseiller faisant fonction de président, assisté de Monsieur S H, greffier, qui signent ci-dessous

Le Greffier

Le Président