

TRIBUNAL DU TRAVAIL DE LIEGE - DIVISION ARLON

Jugement prononcé à l'audience publique de la deuxième chambre du 10/01/2017

R.G. n° 16/92/A

Rép. A.J. n° 17/28

Exp. du

à

JTT n°

Coût :

€

Partie demanderesse comparissant personnellement

CONTRE

Partie défenderesse faisant défaut

Vu la loi du 15.06.1935 sur l'emploi des langues en justice et l'article 1017 du code judiciaire.

Vu la requête introductive d'instance du 18.02.2016 et les pièces y annexées.

Vu le dossier administratif transmis par l'auditorat du travail.

Entendu la partie demanderesse à l'audience publique du 13.12.2016, la partie défenderesse faisant défaut bien que dûment convoquée.

1. Objet

La demanderesse conteste la décision de la défenderesse qui lui a été notifiée le 28.01.2016 et qui refuse de prendre en charge l'imagerie médicale réalisée par Pet-scan du 14.01.2016 au motif que l'accord doit être préalable à l'examen et comme le pays de résidence est la France, la demande devait d'abord être introduite en France.

Elle sollicite condamnation de la défenderesse au paiement de ce qu'elle a déjà remboursé et à la prise en charge des factures.

2. Recevabilité

La demande est recevable pour être introduite dans les forme et délai légaux eu égard à l'article 704 §2 du code judiciaire et à l'article 23 de la loi du 11.04.1995 visant à instituer la charte de l'assuré social.

3. Faits

La demanderesse réside en France mais a toujours travaillé en Belgique. Sa mutuelle a donc délivré un S1, à savoir une attestation permettant de prendre en charge les soins en France. Elle est couverte par le paiement des cotisations sociales pour les soins délivrés en Belgique.

Elle a été opérée en juin 2016 pour une résection de tumeur intestinale à l'hôpital de Arlon. Les factures ont été prises en charge par la défenderesse.

Le 30.12.2015, elle consulte son médecin nucléaire qui lui prescrit un examen Pet Scan et prend rendez-vous pour elle au Centre hospitalier de Luxembourg (CHL). En effet, elle présente un cancer métastaté au foie. Ce même médecin adresse un courrier au médecin de la mutuelle en sollicitant d'accorder dans le cadre de l'accord « des petites frontières » un formulaire E112 pour la patiente. Il est précisé que le rendez-vous est pris le 14.01.2016.

La demanderesse transmet cette demande de prise en charge le 4.01.2016 à son organisme assureur vu la fermeture des bureaux pendant les fêtes. Elle précise même qu'elle a téléphoné à Bruxelles pour leur demander leur numéro de fax et a expliqué la raison pour laquelle elle en avait besoin. Elle dépose au dossier la preuve de l'envoi du Fax. Par courrier du 4.08.2016, la défenderesse confirme à Madame l'Auditeur que la demande a bien été introduite par fax le 4.01.2016 et qu'elle a été soumise au médecin conseil le 22.01.2016.

Sur la demande de prise en charge, la date de l'examen était renseignée. Finalement l'examen a été reporté au 21.01.2016 pour un problème technique.

Le coût du traitement s'élève à la somme de 857 € (cfr factures).

4. Discussion

-) En droit

L'article 136, § 1^{er}, 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, § 1^{er}, de la loi coordonnée, les prestations de santé fournies en dehors du territoire national sont accordées:

1° (...)

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° (...);

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, Juseret, Witry et Anlier;

b) pour le bénéficiaire qui se fait soigner en France dans un rayon de 50 kilomètres de sa résidence principale, si elle se situe dans un des cantons de Bouillon, Chimay, Couvin, Florenville, Gedinne et Virton . (...)

10° (...);

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) si un examen clinique montre avec une certitude suffisante que le patient sera exposé à un risque de sécurité qui ne peut être considéré comme acceptable, compte tenu de l'avantage potentiel pour le patient des prestations de santé transfrontalières recherchés;

b) s'il existe des raisons valables de penser que la population sera exposée à un risque de sécurité considérable, du fait des prestations de santé en question;

c) si ces prestations de santé doivent être fournies par un dispensateur de soins de santé qui suscite des inquiétudes graves et spécifiques liées au respect des normes et des

orientations en matière de qualité des soins et de sécurité des patients, y compris des dispositions sur la surveillance, que ces normes et orientations soient fixées par des dispositions législatives et réglementaires ou par des systèmes d'agrément établis par l'Etat membre de traitement;

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.²

² § 1er/1. (...)

§ 2. 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. Le médecin-conseil peut, le cas échéant, demander un avis supplémentaire d'un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection en question et autorisé à exercer l'art de guérir en Belgique.

§ 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 :

- la demande est approuvée;
- la demande fait l'objet d'un refus justifié par une motivation circonstanciée;
- la demande est incomplète ou nécessite des informations supplémentaires. Dans ce cas, le médecin-conseil en informe le bénéficiaire et lui demande des informations supplémentaires. Au besoin, le médecin-conseil peut convoquer le bénéficiaire à un examen médical.

Le délai fixé à l'alinéa précédent commence le jour suivant le jour de la réception de la demande écrite. Dans le cas où le médecin-conseil demande des informations supplémentaires, le délai dans lequel le médecin-conseil doit réagir est suspendu. Le

délai commence de nouveau à courir le jour suivant le jour auquel les informations supplémentaires ont été reçues.

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

Le tribunal 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 européenne¹ :

- 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 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 illimitées .

La Cour prend d'ailleurs en considération le fait 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 la Cour estime que 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 2003², la Cour de Justice européenne a précisé que si cette exigence apparaît comme une mesure tout à la fois nécessaire et raisonnable³, 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.* »

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

Dans un autre arrêt du 16 mai 2006⁴, la Cour de Justice estime que « *lorsque le délai découlant de telles listes d'attente s'avère excéder, dans le cas individuel concerné, le délai acceptable compte tenu d'une évaluation médicale objective de l'ensemble des circonstances*

¹ C- 157-99, aff Geraets

² C-385-99,

³ Ce principe a également été rappelé par la Cour dans son arrêt INIZAN du 23/10/2003 - C56-01).

⁴ C-372/0

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. »

-) En l'espèce

La demanderesse peut donc prétendre à se faire soigner en Belgique ou en France.

Il est de notoriété publique que l'hôpital de Arlon ne dispose pas de Pet scan. L'offre en France à la frontière est encore plus démunie.

L'examen médical répond à la définition *des prestations de santé* qui 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 qui requièrent l'utilisation des infrastructures ou des équipements médicaux hautement spécialisés et onéreux.

Une demande d'autorisation préalable devait donc être introduite et en principe accordée. La demande devait transiter par l'organisme assureur qu'il soit belge ou français.

D'emblée, il convient de constater que la défenderesse a mis plus de 17 jours pour soumettre la demande d'intervention de la demanderesse à son médecin conseil alors que celle-ci avait téléphoné et que la date de l'examen était reprise sur cette demande.

Eu égard à son devoir de conseil visé à l'article 3 de la charte de l'assuré social qui dispose que les institutions de sécurité sociale sont tenues de fournir à l'assuré social qui en fait la demande écrite, toute information utile concernant ses droits et obligations et de communiquer d'initiative à l'assuré social tout complément d'information nécessaire à l'examen de sa demande ou au maintien de ses droits, il appartenait à tout le moins à la défenderesse d'accuser réception de la demande et de rappeler à la demanderesse que l'autorisation devait être accordée avant de procéder à l'examen, quod non.

Bien que le délai légal de réponse soit de 42 jours, il doit manifestement être adapté en cas de soins urgents. En l'espèce, la défenderesse ne pouvait ignorer l'urgence de l'examen dès lors que toute personne ayant quelques connaissances médicales n'ignore pas qu'un Pet Scan sert à diagnostiquer des tumeurs. Il appartient dès lors aux organismes assureurs de s'organiser pour accorder les autorisations rapidement en fonction des degrés d'urgence des examens sollicités. C'est d'ailleurs ce qui découle de l'enseignement de la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne repris supra.

Les mutuelles doivent en outre avoir égard aux spécificités régionales, notamment à la rareté de certaines offres sur la Province du Luxembourg (ce qui est le cas des examens Pet scan). Le tribunal rappelle que dans le cadre de la rationalisation de la gestion des hôpitaux de la

Province du Luxembourg ⁵, des collaborations transfrontalières ont été suscitées afin de réduire le coût de certains soins de santé.

Ainsi, en 2012, le Dr Vincent Delrue⁶, président du conseil médical des CSL, rappelait que l'hôpital d'Arlon a en 15 ans fait beaucoup de chemin mais que *« les médecins du sud ont accepté de participer à l'aventure Vivalia en contrepartie de l'obtention de programmes de soins plus pointus. Il faut que Vivalia obtienne un programme de cardiologie complet, il faut organiser entre autres un pôle neurosciences et obtenir un agrément pour un « pet scan ». Or, pour la plupart d'entre eux, nous attendons toujours. »* Quant au Dr Pascal Pierre, chef de service de médecine interne, il précisait *« Vivalia n'aura un avenir que si les médecins travaillent ensemble. En suivant l'exemple du pool de médecine interne, je leur dis : n'ayez pas peur de vous unir. Un pool comme le nôtre doit pouvoir dialoguer avec des services structurés et non pas avec des médecins isolés dans leurs sous-spécialités. N'ayez pas peur de collaborer entre hôpitaux mais en respectant les engagements pris. Aux hôpitaux du nord, n'ayez pas peur de vous rationaliser comme ce qui a été fait dans le sud. Aux médecins des CSL, n'ayez pas peur d'un hôpital unifié dans le nord. N'ayez pas peur non plus de développer des collaborations transfrontalières, c'est la clé de l'avenir.(...). »*

Le site internet du CHL⁷ décrit d'ailleurs *« Le Centre National PET est une unité fonctionnelle interhospitalière sise au Centre Hospitalier de Luxembourg ouverte aux médecins nucléaristes du Grand-Duché de Luxembourg et de la « Grande Région » reprise dans l'initiative Interreg III. Dans un souci d'amélioration continue et de standardisation des procédures, le Centre National PET s'est positionné dans une démarche qualité qui a abouti à la certification ISO 9001 en juin 2009. Cette certification est renouvelée annuellement ».*

Il ressort par conséquent de ces éléments qu'en l'espèce, l'examen de la demanderesse répond aux exigences financières relevant de la politique nationale. La réalisation de cet examen à Luxembourg ne peut donc pas être considérée comme disproportionnée par rapport au but poursuivi par la législation. Dans ces conditions, l'autorisation aurait dû être délivrée.

Il ne peut être reproché à la demanderesse, qui n'a reçu aucun conseil de sa mutualité, de ne pas avoir attendu l'obtention de cette autorisation.

La défenderesse a manifestement commis une faute en n'accordant pas cette autorisation avant la réalisation de l'examen de sorte que la demanderesse est en droit d'obtenir la réparation de son dommage par équivalent.

Il appartient donc à la défenderesse de prendre en charge le remboursement des soins tels qu'ils auraient été remboursés moyennant autorisation préalable.

PAR CES MOTIFS,

Le tribunal, statuant par défaut à l'égard de la défenderesse.

⁵ Et ce, sans aborder la problématique actuelle de la création d'un grand hôpital centre-sud de la Province.

⁶ Article du soir du 9.02.2012 <http://www.lesoir.be/46450/article/actualite/regions/namur-luxembourg/2012-08-24/l%E2%80%99h%C3%B4pital-aigu-est-presque-boucl%C3%A9>

⁷ <https://www.chl.lu/fr/tags/pet-scan>

Entendu Madame L. Horekens, auditeur de division, en son avis verbal conforme donné à l'audience publique du 13.12.2016.

Dit la demande recevable et fondée.

Annule la décision litigieuse.

Dit que la demanderesse était dans les conditions pour obtenir l'autorisation de se faire soigner au Grand-Duché.

Condamne la défenderesse à prendre en charge le remboursement des soins (deux factures du Grand-Duché) dans les mêmes conditions que si l'autorisation préalable avait été accordée.

Rouvre les débats à l'audience de la deuxième chambre du 14 février 2017 à 14h en la salle d'audience du Tribunal du Travail de Liège – division Arlon, Place Schalbert, Bâtiment A à 6700 Arlon afin que la défenderesse précise le montant du remboursement auquel la demanderesse peut prétendre.

Réserve à statuer sur le montant dû par la défenderesse et les dépens .

Ainsi jugé le dix janvier 2017 par la deuxième chambre du tribunal du travail d'Arlon, Palais de Justice, Bâtiment A, Place Schalbert 1, composée de A. Godin, Juge président la chambre; Ch. Tassigny, juge social employeur; G. Van De Woestyne, juge social ouvrier ; Ph. Franck, greffier.

P. FRANCK

Ch. TASSIGNY

G. VAN DE WOESTYNE

A. GODIN

