



Numéro de répertoire 2016/
Date de la prononciation 16/12/2016
Numéro de rôle 16/20/A

Expédié le à Rôle Coût RDR N°	Notifié aux parties le
---	-------------------------------

TRIBUNAL DU TRAVAIL DE LIEGE

division de Huy

Troisième chambre

Jugement

En cause de :

Madame Mireille C, née le .1966

DEMANDERESSE – ayant pour conseil Maître Dominique LEGRAND, avocate à 4880 Aubel, rue de Kierberg, 24, comparaisant.

Contre :

1) L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBERALES, en abrégé U.N.M.L., dont les bureaux sont établis à 1050 Bruxelles, rue de Livourne, 25.

2) LA MUTUALITE LIBRE DU BRABANT, dont les bureaux sont établis à 1030 Bruxelles, place de la Reine, 51-52.

DEFENDERESSES - 1°) ayant pour Maître Marie-Noëlle MOTTARD, avocate à 4280 Hannut, rue des Vieux Remparts, 4 A, comparaisant par Maître Catherine RENQUET, avocate. – 2°) défaillante.

Requête introductive d'instance du 08.01.2016.

A l'audience publique tenue en langue française le 04.11.2016 :

LA MUTUALITE LIBRE DU BRABANT n'est pas représentée.

Les conseils des autres parties sont entendus et, après la clôture des débats, le ministère public donne un avis verbal.

Et ce jour, à l'appel de la cause,

LE TRIBUNAL PRONONCE LE JUGEMENT SUIVANT :

Vu les articles 1, 30, 34 à 37 et 41 de la loi du 15.06.1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire.

Vu le code judiciaire.

Vu le dossier de la procédure, dont :

- la requête introductive du 08.01.2016,
- le dossier de l'auditorat du travail déposé au greffe le 02.06.2016, dossier contenant les pièces administratives de l'U.N.M.L.,
- les conclusions déposées pour l'U.N.M.L. au greffe le 31.10.2016 et à l'audience du 04.11.2016,
- les convocations,
- les dossiers de pièces des parties déposées à l'audience du 04.11.2016,
- le procès-verbal d'audience.

1) DECISION DONT RECOURS

Par décision du 08.10.2015, la mutualité libre du Brabant décide :

«Nous avons reçu votre demande des soins à l'étranger, dont le contenu a retenu toute notre attention.

En vertu de la réglementation en vigueur, je vous informe que le médecin-conseil de notre union nationale n'a pas pris une décision favorable pour l'intervention en France.

Effectivement, étant donné que la demande n'a pas été faite préalablement suivant la directive 2011/24/UE et les règlements (CE) 883/2004 et 987/2009, le médecin était dans l'impossibilité de donner son accord. (...) ».

2) RECEVABILITE

Le recours est recevable pour avoir été introduit selon les formes et délais légaux.

3) FAITS

Madame C a été hospitalisée à Alost, (O.L.V. Alost), entre le 13.01.2015 et le 02.02.2015. Elle est entrée à l'hôpital le 13.01.2015 au service de neurochirurgie.

Elle a subi une arthrodèse cervicale suite à une névralgie cervicobrachiale persistante.

Son hospitalisation a duré de longues semaines suite à l'échec de son opération effectuée le 14.01.2015. Elle est en effet restée paralysée des deux jambes.

Elle a fait un séjour à Inkendael, à Érasme et enfin au C.T.R. du 02.02.2015 au 22.03.2015, (Centre de traumatologie et de réadaptation de Bruxelles, fusionné avec l'hôpital Érasme).

En pièce 17 du dossier de Madame C figure un certificat médical du professeur Michaël BRUNEAU, docteur en médecine, Professeur en Neurochirurgie à l'hôpital Érasme qui indique le 16.03.2015 :

« certifie que Madame Mireille Marie C, née le 1966, présente une hernie discale thoracique calcifiée symptomatique.

Cette hernie nécessite une prise en charge chirurgicale extrêmement délicate. Cette chirurgie ne peut être pratiquée en Belgique, raison pour laquelle il me paraît indispensable que la patiente puisse être prise en charge par le Pr ASSAKER au CHRU de Lille qui est particulièrement compétent pour traiter ce type de pathologie. »

Madame C sera opérée à Lille et y séjournera du 22.03.2015 au 06.04.2015. Le coût de séjour à Lille et de l'opération sans couverture sociale est de 26.830 €, (pièce 19 du dossier de Madame C).

En pièce 20 du dossier de Madame C figure un courrier de rappel de l'assistante sociale USEZ, courrier du 27.07.2015 (CHU de Liège – service social des patients). Cette dernière interroge la mutualité libérale du Brabant sur la prise en charge de Madame C relativement à ses frais hospitaliers à Lille et ce après :

- Un premier courrier le 16.04.2015.
- Un second courrier le 13.05.2015 avec pièces médicales.

La décision litigieuse sera prise le 08.10.2015.

4) DISCUSSION

a) Principes :

Droit communautaire :

La directive 2011/24/UE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 09.03.2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers prescrit :

CHAPITRE III

REMBOURSEMENT DES COÛTS DES SOINS DE SANTÉ TRANSFRONTALIERS

Article 7

Principes généraux applicables au remboursement des coûts

1. *Sans préjudice du règlement (CE) no 883/2004 et sous réserve des dispositions des articles 8 et 9, l'État membre d'affiliation veille à ce que les frais engagés par une personne assurée qui reçoit des soins de santé transfrontaliers soient remboursés, si les soins de santé en question font partie des prestations auxquelles la personne assurée a droit dans l'État membre d'affiliation.*

2. *Par dérogation au paragraphe 1:*

a) *si un État membre figure à l'annexe IV du règlement (CE) no 883/2004 et a reconnu, conformément audit règlement, le droit aux prestations de maladie pour les titulaires d'une pension et les membres de leur famille qui résident dans un autre État membre, il leur fournit à ses frais des soins de santé au titre de la présente directive lorsqu'ils séjournent sur son territoire, conformément à sa législation, comme si les personnes concernées résidaient dans l'État membre figurant à ladite annexe;*

b) *si les soins de santé fournis conformément à la présente directive ne sont pas soumis à une autorisation préalable, ne sont pas fournis conformément au titre III, chapitre 1, du règlement (CE) no 883/2004 et sont fournis sur le territoire de l'État membre qui, en vertu dudit règlement et du règlement (CE) no 987/2009, est en fin de compte responsable du remboursement des coûts, les coûts sont pris en charge par ledit État membre. Celui-ci peut prendre en charge les coûts des soins de santé conformément aux modalités, conditions, critères d'admissibilité et formalités réglementaires et administratives qu'il a fixés, pour autant que ceux-ci soient compatibles avec le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.*

3. *C'est à l'État membre d'affiliation qu'il revient de déterminer, que ce soit à un niveau local, régional ou national, les soins de santé pour lesquels une personne assurée a droit à la prise en charge correspondante des coûts et le niveau de prise en charge desdits coûts, indépendamment du lieu où les soins de santé sont dispensés.*

4. *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.

L'État membre d'affiliation peut décider de rembourser d'autres frais connexes, tels que les frais d'hébergement et de déplacement, ou les frais supplémentaires que les personnes handicapées peuvent être amenées à exposer, en raison d'un ou de plusieurs handicaps, lorsqu'elles bénéficient de soins de santé transfrontaliers, conformément à la législation nationale et sous réserve de la présentation de documents suffisants précisant ces frais.

5. Les États membres peuvent adopter des dispositions en conformité avec le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, visant à garantir que les patients recevant des soins de santé transfrontaliers bénéficient des mêmes droits que ceux dont ils auraient bénéficié s'ils avaient reçu ces soins de santé dans une situation comparable dans l'État membre d'affiliation.

6. Aux fins du paragraphe 4, les États membres disposent d'un mécanisme transparent de calcul des coûts des soins de santé transfrontaliers devant être remboursés à la personne assurée par l'État membre d'affiliation. Ce mécanisme repose sur des critères objectifs et non discriminatoires, connus préalablement et est appliqué au niveau administratif compétent (local, régional ou national).

7. L'État membre d'affiliation peut imposer à une personne assurée désireuse de bénéficier du remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers, y compris des soins de santé reçus par les moyens de la télémédecine, les mêmes conditions, critères d'admissibilité et formalités réglementaires et administratives — que celles-ci soient fixées à un niveau local, régional ou national — que ceux qu'il imposerait si ces soins de santé étaient dispensés sur son territoire. Cela peut inclure une évaluation par un professionnel de la santé ou un administrateur de la santé fournissant des services pour le système de sécurité sociale obligatoire ou le système de santé national de l'État membre d'affiliation, tel que le médecin généraliste ou le prestataire de soins de santé primaires auprès duquel le patient est inscrit, si cela s'avère nécessaire pour déterminer le droit d'un patient aux soins de santé, à titre individuel. Cependant aucun(e) des conditions, critères d'admissibilité et formalités réglementaires et administratives imposés en vertu du présent paragraphe ne peut être discriminatoire ou constituer une entrave à la libre circulation des patients, des services ou des marchandises, sauf s'il (elle) est objectivement justifié(e) par des impératifs de planification liés à l'objectif de garantir sur le territoire de l'État membre concerné un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de soins de qualité élevée ou à la volonté d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter autant que possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines.

8. L'État membre d'affiliation ne soumet pas le remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers à une autorisation préalable, à l'exception des cas visés à l'article 8.

9. L'État membre d'affiliation peut limiter l'application des règles relatives au remboursement des soins de santé transfrontaliers pour des raisons impérieuses d'intérêt général telles que des impératifs de planification liés à l'objectif de garantir sur le territoire de l'État membre concerné un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de soins de qualité élevée ou à la volonté d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter autant que possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines.

10. Nonobstant le paragraphe 9, les États membres veillent à ce que les soins de santé transfrontaliers pour lesquels une autorisation préalable a été obtenue soient remboursés conformément à l'autorisation.

11. La décision de limiter l'application du présent article conformément au paragraphe 9 se limite à ce qui est nécessaire et proportionné et ne peut pas constituer un moyen de discrimination arbitraire ou une entrave injustifiée à la libre circulation des marchandises, des personnes ou des services. Les États membres notifient à la Commission toute décision de limiter les remboursements pour les motifs indiqués au paragraphe 9.

Article 8

Soins de santé susceptibles d'être soumis à autorisation préalable

1. L'État membre d'affiliation peut mettre en place un régime d'autorisation préalable pour le remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers, conformément au présent article et à l'article 9. Le régime d'autorisation préalable, y compris les critères, l'application de ceux-ci et les décisions individuelles de refus d'autorisation préalable, se limite à ce qui est nécessaire et proportionné à l'objectif poursuivi et ne peut constituer un moyen de discrimination arbitraire ni une entrave injustifiée à la libre circulation des patients.

2. Les soins de santé susceptibles d'être soumis à autorisation préalable sont limités aux soins de santé qui:

a) sont soumis à des impératifs de planification liés à l'objectif de garantir sur le territoire de l'État membre concerné un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de soins de qualité élevée ou à la volonté d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter autant que possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines et:

i) impliquent le séjour du patient concerné à l'hôpital pour au moins une nuit; ou

ii) nécessitent un recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux;

b) impliquent des traitements exposant le patient ou la population à un risque particulier, ou

c) sont dispensés par un prestataire de soins de santé qui, au cas par cas, pourrait susciter des inquiétudes graves et spécifiques liées à la qualité ou à la sûreté des soins, à l'exception des soins de santé soumis à la législation de l'Union garantissant un niveau minimal de sûreté et de qualité sur tout le territoire de l'Union.

Les États membres communiquent à la Commission les catégories de soins de santé visées au point a).

3. En ce qui concerne les demandes d'autorisation préalable présentées par une personne assurée en vue de bénéficier de soins de santé transfrontaliers, l'État membre d'affiliation s'assure que les conditions prévues par le règlement (CE) no 883/2004 sont remplies. Si tel est le cas, l'autorisation préalable est accordée conformément audit règlement, sauf demande contraire du patient.

4. Lorsqu'un patient atteint ou présumé atteint d'une maladie rare sollicite une autorisation préalable, un examen clinique peut être effectué par des experts du domaine. S'il est impossible de trouver des experts dans l'État membre d'affiliation ou si l'avis rendu par l'expert n'est pas concluant, l'État membre d'affiliation peut solliciter un avis scientifique.

5. Sans préjudice du paragraphe 6, points a) à c), l'État membre d'affiliation ne peut refuser d'accorder une autorisation préalable si le patient a droit aux soins de santé concernés, conformément à l'article 7, et si ces soins de santé ne peuvent être dispensés sur son territoire dans un délai acceptable sur le plan médical, sur la base d'une évaluation médicale objective de l'état pathologique du patient, de ses antécédents, de l'évolution probable de sa maladie, du degré de sa douleur et/ou de la nature de son handicap au moment du dépôt ou du renouvellement de la demande d'autorisation.

6. L'État membre d'affiliation peut refuser d'accorder une autorisation préalable pour les raisons suivantes:

a) 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 soins de santé transfrontaliers recherchés;

b) il existe des raisons valables de penser que le grand public sera exposé à un risque de sécurité considérable, du fait des soins de santé transfrontaliers en question;

c) ces soins de santé doivent être fournis par un prestataire 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'accréditation établis par l'État membre de traitement;

d) ces soins de santé peuvent être dispensés sur son territoire dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé du moment de chaque patient concerné et de l'évolution probable de sa maladie;

7. L'État membre d'affiliation rend publique la liste des soins de santé soumis à autorisation préalable aux fins de la présente directive, ainsi que toute information pertinente relative au système d'autorisation préalable.

L'Article 20 du règlement 883/2004 prescrit :

Déplacement aux fins de bénéficier 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.

Le droit belge

En vertu de l'article 136, § 1er, de la loi coordonnée du 14.07.1994, "*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)...

L'article 294, § 1er, de l'arrêté d'exécution du 3 juillet 1996 énonce : "*En application de l'article 136, § 1er, de la loi coordonnée, les prestations de santé fournies en dehors du territoire national sont accordées:*

1° ...

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° ..."

Cet article prévoit que dans le cas visé au 2° repris ci-dessus une autorisation doit immédiatement être notifiée aux intéressés par le médecin-conseil.

La Cour du travail de Liège rappelait dans un arrêt du 27.04.2010, (R.G. n° 2006/AL/34267, consultable sur www.juridat.be) :

2. Le droit communautaire ne porte pas atteinte à la compétence des Etats membres pour aménager leur système de sécurité sociale. Dans l'exercice de cette compétence, ils doivent toutefois respecter le droit communautaire et notamment la règle de la liberté de prestation de services. La circonstance qu'un traitement médical hospitalier est financé par une caisse d'assurance n'est pas de nature à soustraire ce traitement aux règles de la libre prestation des services.

Le fait de devoir obtenir une autorisation d'un Etat membre ou des services d'un Etat membre pour obtenir la prise en charge de soins donnés dans un autre Etat membre constitue un obstacle ou une entrave à la règle de la libre prestation des services.

Toutefois, cet obstacle à la libre prestation des services peut se justifier, notamment par le fait que l'infrastructure hospitalière en général doit pouvoir faire l'objet d'une planification et ce dans le but, d'une part, de garantir sur le territoire d'un Etat une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée et de qualité de soins hospitaliers et d'autre part, d'assurer une maîtrise des coûts alors que les ressources dévolues aux soins de santé ne sont pas illimitées. Il n'est pas contesté qu'en Belgique une infrastructure hospitalière existe afin d'assurer et de garantir une accessibilité et une qualité des soins à la population, en fonction de dépenses maîtrisées.

Il en résulte que le droit communautaire ne s'oppose pas, sous certaines conditions rencontrées en l'espèce, à un système d'autorisation préalable dans le cas de soins hospitaliers (ce qui n'est pas nécessairement le cas pour des soins ambulatoires ou pour l'achat de produits médicaux ou biens thérapeutiques).

Toutefois, l'autorisation ne peut être refusée que lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun auprès d'un établissement de l'Etat membre compétent (Sur cette question cf. CJCE, arrêt du 12 juillet 2001, affaire C-157/99 et arrêt du 13 mai 2003, affaire C-385/99).

3. Les principes relevés par la CJCE dans ses différents arrêts peuvent s'appliquer dans le cas de Monsieur T. En effet, en Belgique existe le système des conventions médico-mutualistes et des conventions signées avec les établissements hospitaliers ayant notamment pour effet de garantir aux personnes assurées une qualité de soins selon certains prix et tendant à permettre à l'ensemble de la population une accessibilité à ces soins.

4. Si de nombreux assurés résidant en Belgique décidaient de recourir à des infrastructures situées dans d'autres pays, les infrastructures nationales belges resteraient partiellement inutilisées, tout en continuant à supporter des charges en personnel et équipement quasi aussi élevé qu'en cas d'utilisation optimale. Ce fait risquerait de mettre à mal le système de soins en milieu hospitalier mis en place en Belgique.

Si en outre, le patient qui déciderait de se faire soigner dans un établissement hospitalier étranger était en droit d'obtenir le remboursement de ses soins par la sécurité sociale belge, que ce soit au taux belge ou au taux étranger, la charge financière en serait d'autant plus lourde et l'équilibre financier du système de soins hospitaliers mis en place en Belgique risquerait de ne pas pouvoir être maintenu.

L'obstacle à la liberté des prestations est ainsi régulièrement justifié dans le cas d'espèce, tant au vu des règlements CEE que du traité et le refus d'autorisation de la mutuelle était régulier.

Il résulte de ces considérations que Monsieur T. qui a décidé de se faire soigner dans un établissement de soins étranger, pour un traitement identique en qualité, pouvant être donné endéans un délai raisonnable en Belgique et ce après avoir pris connaissance d'un refus justifié d'autorisation, n'est pas en droit d'obtenir le remboursement des soins reçus, que ce soit selon le barème belge ou le barème allemand.

b) Application :

Le conseil de Madame C ne conteste pas que la demande d'intervention relative à l'hospitalisation de Madame C au CHRU de Lille (France) a été effectuée *a posteriori*. Il semble que la première demande d'intervention a été introduite pour Madame C par l'assistante sociale du C.H.U., Madame USEZ le 16.04.2015.

Toutefois, le conseil de Madame C invoque une force majeure dans le chef de sa cliente qui n'a pas été en mesure au regard des circonstances antérieures à son hospitalisation d'effectuer une demande d'intervention préalable comme rappelé ci-dessus.

Le tribunal rappelle que la force majeure justifiant l'introduction de la demande après l'expiration du délai légal ne peut résulter que d'une circonstance indépendante de la volonté du demandeur et que cette volonté n'a pu ni prévoir ni conjurer, (Cass 31.01.2012, www.juridat.be, Cass, 08.04.2009, P.08.1907, F, PAS, n°248).

Monsieur l'auditeur est d'avis qu'il faut reconnaître que Madame C a été placée dans une situation de force majeure qui l'a empêchée d'obtenir une autorisation préalable en vue de se faire opérer à l'étranger.

Le tribunal relève quant à lui que :

- Madame C a été mal opérée le 14.01.2015 avec pour conséquence une paralysie de ses deux jambes,
- elle a par la suite été hospitalisée de manière continue dans plusieurs hôpitaux différents sans pouvoir rentrer chez elle durant trois mois,
- le professeur Michaël BRUNEAU, docteur en médecine, Professeur en Neurochirurgie à ERASME indiquait le 16.03.2015 qu'une opération devait être réalisée en urgence,
- Madame C est hospitalisée et opérée à Lille à partir du 22.03.2015 jusqu'au 6.04.2015.

Les pièces déposées à l'appui de la demande de Madame C sont suffisantes pour justifier d'une force majeure dans son chef. En effet, Madame C aurait dû être épaulée administrativement par le service social de l'hôpital Érasme.

Le tribunal estime que Madame C, victime d'une opération ratée avec pour conséquence la paralysie de ses jambes n'était pas en mesure après plusieurs

semaines d'hospitalisation de suivre administrativement son cas. Elle a été confrontée à des circonstances indépendantes de sa volonté, donc à une force majeure.

Surabondamment en l'espèce, il est certain, à la lecture du certificat médical du professeur BRUNEAU daté du 16.03.2015 que l'autorisation d'être opérée à l'étranger lui aurait été donnée. Il s'agissait pas en l'espèce d'une quelconque opération de confort ou prévue à l'avance. Il s'agissait de contrecarrer en urgence les conséquences de l'acte chirurgical effectué sur Madame C le 14.01.2015, (paralysie, voire un décès à la lecture des documents médicaux).

Dans sa thèse à Monsieur l'auditeur, le médecin conseil des mutualités libérales indique, (pièce 7 du dossier de l'auditorat) :

« Nous-mêmes estimons que l'intéressée a été insuffisamment informée par ses prestataires de soins quant à la nécessité d'un accord préalable du médecin conseil pour les soins au C.H.U. de Lille, France. D'un point de vue réglementaire, le médecin-conseil ne pouvait plus donner aucun accord étant donné que les soins avaient été fournis et qu'un accord devait intervenir avant ceux-ci.

Si la demande avait précédé les soins, le médecin-conseil aurait pu donner un accord, car, dans le cas médical spécifique de l'intéressée, les soins pouvaient être dispensés dans de meilleures conditions médico-techniques (conditions médicales plus favorables) à l'étranger (CHU de Lille) (Directive 2011/24/UE et règlement UE 883/04)

Au vu des considérations, le recours est fondé.

Par ces motifs, le tribunal statuant contradictoirement,

Sur avis conforme du ministère public, donné verbalement par Monsieur Eric VENTURELLI, substitut de l'auditeur du travail,

Dit le recours recevable et fondé au vu de la force majeure à laquelle Madame C a été confrontée.

Annule la décision dont recours du 08.10.2015.

Dit pour droit que Madame C doit être prise en charge par l'U.N.M.L., dont la MUTUALITE LIBRE DU BRABANT fait partie, – remboursement de la facture d'hospitalisation du C.H.R.U. de Lille – soins donnés à l'étranger.

Réserve les dépens non liquidés.

FAIT ET PRONONCE, en langue française, à l'audience publique de la TROISIEME Chambre du Tribunal du Travail de Liège, division de Huy, du VENDREDI SEIZE DECEMBRE DEUX MILLE SEIZE.

PRESENTS :

Monsieur Laurent SACRE, juge, président la présente chambre ;

Monsieur Pierre DELATTE, juge social au titre d'employeur ;

Monsieur Gérard LOYENS, juge social au titre d'employé ;

Monsieur Frédéric GILLET, greffier.

Le greffier

Le président et les juges sociaux