



Numéro de répertoire <b>2017/</b>
Date de la prononciation <b>03/03/2017</b>
Numéro de rôle <b>15/872/A</b>

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 :

Monsieur M, né le (...), domicilié à

DEMANDEUR - comparissant personnellement.

Contre :

L'ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES, ci-dessous A.N.M.C.  
dont les bureaux sont établis à 1031 Bruxelles, Chaussée de Haecht, n° 579 BP  
40, (BCE n° 0411.702.543).

DEFENDERESSE – ayant pour conseil Maître Vincent DELFOSSE, avocat à 4000  
Liège, rue Beeckman, 45, comparissant par Maître Sophie DELFOSSE, avocate.

---

Requête introductive d'instance déposée au greffe le 22.09.2015.

---

A l'audience publique tenue en langue française le 20.01.2017, les parties sont entendues en leurs dires et explications 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 les pièces du dossier de la procédure, notamment :

- la requête introductive d'instance déposée au greffe le 22.09.2015,
- le dossier de l'auditorat du travail, déposé au greffe le 25.02.2016,
- la fixation du dossier sur pied de l'article 747 § 1 du code judiciaire par ordonnance du 03.06.2016 en vue d'une audience fixée le 20.01.2017,
- les conclusions déposées pour l'A.N.M.C. le 03.08.2016,
- les conclusions déposées par Monsieur M le 03.10.2016,
- les conclusions additionnelles déposées pour l'A.N.M.C. le 03.11.2016,

- les conclusions additionnelles déposées par Monsieur M le 02.12.2016,
- les conclusions de synthèse déposées pour l'A.N.M.C. le 30.12.2016,
- la copie des convocations,
- le procès-verbal d'audience.

### **1) OBJET DU RECOURS :**

Par décision du 24.06.2015 notifiée le même jour, la mutualité chrétienne informe Monsieur M que :

*«En réponse à votre courriel, nous vous informons que notre médecin conseil ne peut malheureusement que maintenir sa décision de refus quant à votre demande d'intervention pour votre opération effectuée l'an dernier à Paris. En effet, le document du docteur Born n'apporte aucun élément justifiant d'un traitement particulier devant être effectué hors Belgique. Nous pouvons cependant octroyer un remboursement pour les soins hors hospitalisation, pour autant que les éléments en notre possession soient suffisants pour pouvoir les transposer en nomenclature belge. C'est le cas pour les deux consultations. »*

Par requête déposée au greffe le 22.09.2015, Monsieur M forme recours contre cette décision.

### **2) RECEVABILITE :**

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

### **3) FAITS :**

Il ressort du dossier de la mutuelle qu'un adénome hypophysaire a été diagnostiqué à Monsieur M en juin 2013.

Dans un premier temps, un traitement médicamenteux a été prescrit à Monsieur M. Sans obtenir les résultats escomptés de ce traitement, une intervention chirurgicale est devenue nécessaire. Monsieur M a consulté le professeur BONNEVILLE du service de neurochirurgie près le C.H.U. de Liège.

Ce dernier adressait au demandeur l'avis suivant en date du 14.06.2014 :  
*« Nous avons à nouveau évoqué votre dossier avec le professeur A. BECKERS.*

*L'adénome hypophysaire que vous présentez est volumineux et a une topographie très particulière, enchâssé profondément dans le sinus sphénoïdal. Dans ces*

*conditions, il est probable qu'un chirurgien non rompu à cette technique ne laisse une partie de la tumeur en place et donc ne permette pas d'éliminer la sécrétion excessive d'hormone de croissance.*

Le 13.06.2014, le professeur BECKERS dressait un certificat médical indiquant que Monsieur M « est atteint d'un adénome hypophysaire à sécrétion mixte/GH et TSH. Le patient a été traité par analogues de Somatostine pendant quelques mois. Il rentre actuellement dans le cadre d'une indication chirurgicale par voie transsphénoïdale. Il a pris rendez-vous auprès du Professeur Stéphane Gaillard de Paris.

*L'intervention chirurgicale est prévue pour le 1.07.2014. L'expertise du docteur Stéphane GAILLARD dans ce domaine est très grande et internationalement reconnue.*

*Je pense donc indispensable de demander l'avis d'un neurochirurgien très spécialisé dans la voie d'abord transsphénoïdale, par exemple le docteur Stéphane GAILLARD, chef du service de Neurochirurgie de l'hôpital Foch à Paris. (...) »*

Monsieur M a soumis ces différents documents à sa mutuelle pour obtenir l'autorisation d'être opéré à l'étranger tout en bénéficiant de la « couverture mutuelle » pour cette intervention en dehors de la Belgique, (courriel du 17.06.2014).

Par courriel du 27.06.2014, le service soins de santé de la mutualité chrétienne refusait d'autoriser l'intervention projetée à l'étranger en précisant que cette dernière pouvait être réalisée en Belgique.

Finalement l'opération a eu lieu le 30.06.2014 et il a séjourné à l'hôpital entre le 30.06.2014 et le 04.07.2014. L'intervention et le séjour hospitalier ont été facturés à Monsieur M à concurrence de 7.590 € en dehors d'une intervention de la sécurité sociale.

Le 08.06.2015, Monsieur M tentait encore *a posteriori* d'obtenir l'intervention de la sécurité sociale belge en adressant à la mutualité chrétienne :

- l'avis d'un neurochirurgien soit Monsieur BORN,
- les preuves du règlement des factures de l'hôpital FOCH à Paris.

La décision litigieuse a été prise le 24.06.2015. Le médecin conseil a refusé l'intervention.

#### **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 européen 883/2004 prescrit :

*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.*

▪ **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 03.07.1996 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](http://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.***

Dans un arrêt du 22.12.2016, la cour du travail de Liège rappelle, (2015/AL/289 et 2015/AL/294) :

*En Belgique, l'article 136, § 1er, de la loi coordonnée du 14.7.1994 et l'article 294 de l'arrêté royal du 3.7.1996 prévoient le principe que les prestations de santé programmées fournies en dehors du territoire belge ne sont pas pris en charge sauf en cas d'autorisation préalable.*

*La Cour de justice des Communautés Européennes a considéré que dans le secteur des soins hospitaliers des limitations se justifiaient dès lors que les Etats membres devaient pouvoir établir et planifier des infrastructures couteuses devant assurer la santé publique et qu'il ne convenait pas de mettre en péril ces infrastructures en raison d'une liberté de service absolue.*

*Les dispositions de la législation belge sont ainsi conformes à la réglementation européenne en tout cas en ce qu'elles imposent pour les soins hospitaliers programmés une autorisation préalable.*

*Toutefois, dans l'arrêt KOHLL, la Cour de Justice des Communautés Européennes a dit pour droit que les articles (49) et (50) du Traité C.E. (qui visent la libre circulation des services) s'opposent à une réglementation nationale qui subordonne à l'autorisation de l'organisme de sécurité sociale de l'assuré, le remboursement selon le barème de l'État d'affiliation, des prestations de soins dentaires fournies par un orthodontiste établi dans un État membre.*

*L'arrêt DECKER dispose pour sa part qu'est contraire aux dispositions du Traité C.E. qui visent la libre circulation des marchandises la réglementation nationale en vertu de laquelle un organisme de sécurité sociale refuse à un assuré le remboursement forfaitaire d'une paire de lunettes, achetée auprès d'un opticien établi dans un autre Etat membre sans autorisation préalable.*

*Dans ces 2 arrêts, la Cour a jugé que l'article 22 du règlement CE 1408/71 (remplacé par après par l'article 20 du règlement CE 883/2004) n'empêche nullement le remboursement par les Etats membres, aux tarifs en vigueur dans l'Etat compétent, des frais engagés à l'occasion de soins fournis dans un autre Etat membre, même en l'absence d'autorisation préalable.*

*Dans l'affaire GERAETS-SMITS, la Cour a nuancé cette position mais uniquement en cas d'hospitalisation.*

*En résumé, la Cour Européenne reconnaît donc en cas de traitement en dehors d'une hospitalisation le principe du droit pour tout citoyen européen de se faire soigner sans autorisation préalable dans un autre Etat membre, aux tarifs en vigueur dans l'Etat compétent.*

b) En l'espèce :

Le médecin conseil de la mutuelle a estimé que l'opération que devait subir Monsieur M, bien que délicate, était réalisable en Belgique. L'opération est connue en Belgique et elle codifiée par l'I.N.A.M.I.

Le tribunal suit l'A.N.M.C. lorsqu'elle indique que l'opération était possible en Belgique. Le neurochirurgien BORN le rappelle du reste dans son courrier au médecin généraliste ROSOUX du 03.06.2015, (pièce n° 10 produite par Monsieur M) :

*« (...) Ce patient me consulte afin d'obtenir un appui médical dans la perspective d'un remboursement pour une intervention réalisée à Paris sur un macro-adénome hypophysaire à développement inférieur.*

*Cette intervention a été réalisée à Paris sur les conseils du docteur BONNEVILLE neuroradiologue, et du docteur Albert BECKERS, endocrinologue au CHU.*

*Cette opération pouvait certainement être réalisée en Belgique mais il est incontestable que le centre parisien, à savoir le service de Neurochirurgie de l'hôpital FOCH à Paris a une expérience historique dans le domaine de la chirurgie hypophysaire. (...) ».*

Le tribunal ne met pas en doute le choix médical opéré par Monsieur M qui a estimé que les chances de réussite de l'opération qu'il devait subir étaient meilleures à Paris auprès du neurochirurgien GAILLARD. Le tribunal n'a pas les compétences médicales pour remettre en doute les éminents avis des différents professeurs consultés par Monsieur M. Il n'en reste pas moins, nonobstant les avis médicaux, que Monsieur M est passé outre l'accord de sa mutuelle pour réaliser cette opération qui était programmée le 30.06.2014.

Le tribunal souligne que le refus de la mutuelle en juin 2014 n'était pas définitif puisque le médecin conseil MONVILLE était prêt à revoir sa position si Monsieur M produisait l'avis circonstancié d'un neurochirurgien. Cet avis a été produit *a posteriori* et il confirme que l'opération pouvait être réalisée en Belgique, (courrier du neurochirurgien BORN au généraliste ROSOUX du 03.06.2015).

Il résulte de ces considérations que Monsieur M 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.

Le recours est non fondé.

**Par ces motifs,**

**le tribunal,**

**statuant contradictoirement,**

**SUR** avis verbal non conforme de Monsieur Eric VENTURELLI, substitut de l'auditeur du travail,

**DIT** le recours recevable mais non fondé.

**CONFIRME** la décision dont recours.

**CONFORMEMENT** à la loi, **DELAISSE** les dépens non liquidés à charge de l'A.N.M.C.

**FAIT ET PRONONCE**, en langue française, à l'audience publique de la TROISIEME Chambre du Tribunal du Travail de Liège, division de Huy, du TROIS MARS DEUX MILLE DIX-SEPT.

**PRESENTS :**

Monsieur Laurent SACRE, juge, président l'audience ;  
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