

Rep. N°.

2009/1324

COUR DU TRAVAIL DE BRUXELLES

ARRET

AUDIENCE PUBLIQUE DU 4 JUIN 2009.

8^e Chambre

AMI salariés
Not. art 580, 2° CJ.
Contradictoire
Expertise

En cause de:

L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-
INVALIDITE, en abrégé INAMI, dont le siège est établi à
1150 Bruxelles, Avenue de Tervuren, 211;

Appelant, intimé sur incident, représenté par Maître Degrez
E., avocat à Bruxelles.

Contre:

Madame L

Thérèse, domiciliée à

1^{ère} intimée, appelante sur incident, représentée par Maître
Sarli C., avocat à Bruxelles.

L'ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES
CHRETIENNES, en abrégé ANMC, dont le siège est établi à
1031 Bruxelles, Chaussée de Haecht, 579 bte 40 ;

2^{ème} intimée, intimée sur incident, ne comparaisant pas ni
personne en son nom.

La Cour, après en avoir délibéré, prononce l'arrêt suivant :

Vu la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire, notamment l'article 24,

Vu les pièces de la procédure légalement requises et notamment :

- la requête d'appel reçue au greffe de la Cour du travail le 9 février 2006 contre le jugement prononcé contradictoirement le 22 décembre 2005 par la 9e chambre du Tribunal du travail de Bruxelles;
- la copie conforme du jugement précité, notifié aux parties par pli remis à la poste le 10 janvier 2006 ;
- les conclusions déposées pour Madame T. L. le 12 janvier 2007 ;
- les conclusions déposées pour l'ANMC le 22 février 2009.
- les conclusions déposées pour l'INAMI le 12 septembre 2008 ainsi qu'un note d'audience déposée au greffe le 6 avril 2009.

L'INAMI et Madame Th. L. ont été entendues à l'audience publique du 19 mars, la cause a été mise en continuation à l'audience publique du 30 avril 2009 et les débats ont été clôturés à cette audience. Madame M. Motquin, Substitut général délégué à l'auditorat général, a prononcé un avis oral auquel l'INAMI et Madame Th. ont répliqué.

★

★

★

I. Jugement entrepris

Par le jugement du 22 décembre 2005, le tribunal du travail de Bruxelles dit recevable et fondé le recours de Madame T. L. ; le jugement :

- *« annule la décision du médecin conseil de la mutualité Saint Michel du 12 novembre 2003 confirmée par celle du Collège des médecins-directeurs de l'I.N.A.M.I. du 24 mars 2004 ;*
- *Dit pour droit que Madame T. L. a droit à l'intervention de l'assurance soins de santé dans le traitement de kinésithérapie suivi pour les soins des pathologies dont elle souffre (dont la maladie de Darier), telle que prévue par l'article 7, alinéa 3, c), de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle du bénéficiaire ou de l'assurance soins de santé pour certaines prestations et ce, à compter de la date de l'introduction de la demande de renouvellement ;*
- *Déclare le jugement exécutoire nonobstant tout recours ;*
- *Condamne l'A.N.M.C. aux dépens, liquidés à 104,86 € dans le chef de Madame T. L. ».*

II. Appel – demandes en appel

L'I.N.A.M.I. a formé appel du jugement « *en ce qu'il annule une décision du Collège des médecins directeurs de l'I.N.A.M.I. du 24 mars 2004* ». Il demande :

- « *de mettre à néant le jugement et de, faisant ce qu'eût dû faire le premier juge, adjuger à l'I.N.A.M.I. le bénéfice de ses conclusions qu'il a prises devant le premier juge, et dont le dispositif contenait que l'I.N.A.M.I. soit mis hors cause et que le recours original soit déclaré recevable mais non fondé et tout autre à prendre devant la cour ;*
- *Débouter l'intimée des fins de sa demande ;*
- *Condamner la deuxième intimée aux dépens de l'appel. »*

Dans un courrier reçu au greffe de la cour le 22 février 2006, l'A.N.M.C. signale « *constater que la décision contestée a été prise par un des services spéciaux de l'I.N.A.M.I.. C'est pourquoi, nous souhaitons faire défaut et nous référons à la sagesse de la cour* » ; elle demande toutefois que les frais du litige soient mis à charge de « *la partie qui a pris la décision contestée, en l'occurrence l'I.N.A.M.I.* ».

Madame T. I introduit un appel incident et demande de

- « *Dire l'appel de l'I.N.A.M.I. irrecevable pour absence d'intérêt ;*
- *Subsidiairement, confirmer le jugement en ce qu'il annule la décision prise par le médecin conseil de la mutualité Saint Michel du 12 novembre 2003 et en ce qu'il dit pour droit que Madame T. L a droit à l'intervention de l'assurance soins de santé dans le traitement de kinésithérapie suivi pour les soins des pathologies dont elle souffre, telle que prévue par l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle du bénéficiaire ou de l'assurance soins de santé pour certaines prestations et ce, à compter de la date de l'introduction de la demande de renouvellement ;*
- *Recevoir l'appel incident et condamner l'A.N.M.C. à lui payer la somme de 6000 € à titre de dommages et intérêts résultant de la non exécution par la mutuelle de la décision du 22 décembre 2005, entre le 22 décembre 2005 et le 30 juin 2006 ;*
- *Condamner l'I.N.A.M.I. et la deuxième intimée aux entiers dépens. »*

III. Faits

La contestation a pour origine un refus d'autorisation pour un traitement de kinésithérapie, dans le contexte suivant.

Madame T. L souffre de la maladie de Darier. La maladie de Darier est une maladie dite rare. Il s'agit d'une maladie chronique héréditaire ; d'origine cutanée, cette maladie donne lieu à des lésions cutanées et des muqueuses, provoquant des surinfections et infections généralisées avec retentissement neurologique. Madame T. L a été hospitalisée du 24 avril au 7 mai 2003 pour exacerbation inflammatoire infectieuse due à la

maladie. Les rapports dont dispose la cour font également état d'un syndrome fibromyalgique secondaire.

Suite à une demande introduite en septembre 2003, la mutuelle a adressé le 12 novembre 2003 un courrier refusant l'autorisation pour le traitement de kinésithérapie pour pathologie spéciale (tarif E) au motif que le médecin conseil n'a pas pu émettre un avis favorable ; il signale que le docteur Ruttiens (médecin généraliste) est informé des motifs du refus ; le courrier adressé au docteur Ruttiens indique que *« le patient ne répond à aucune des conditions énumérées à l'article 7, §3, c, de la nomenclature relative aux affections spéciales »* (dossier I.N.A.M.I., pièces 2 et 3).

La demande est réintroduite en février 2004, avec requête du médecin généraliste de soumettre le cas au Collège des médecins directeurs de l'I.N.A.M.I.. Le 24 mars 2004, l'I.N.A.M.I. informe la mutuelle de l'avis négatif du Collège : selon lui, le cas ne répond pas aux dispositions de l'article 7, c) de l'arrêté royal du 23 mars 1982 et dès lors, la demande de dérogation dans le cadre des pathologies lourdes pour soins de kinésithérapie ne peut pas être accordée. Le courrier mentionne que *« le collège confirme donc l'avis défavorable du médecin conseil »*.

Le 26 mai 2004, la mutuelle informe Madame T. L. que le Collège des médecins directeurs (de l'I.N.A.M.I.) confirme *« l'avis défavorable qui vous a été communiqué par notre courrier du 16 février dernier »*. Il précise que *« dans la situation décrite par le docteur Debauche P. et le docteur Ruttiens F., le cas ne répond pas aux dispositions de l'article 7, c) de l'arrêté royal du 23 mars 1982 et que dès lors la demande de dérogation dans le cadre des pathologies lourdes pour soins de kinésithérapie ne peut être accordée »*.

Le 1^{er} juin 2004, Madame T. L. introduit un recours devant le tribunal du travail. Le tribunal a jugé ce recours fondé par jugement du 22 décembre 2005.

Le 7 février 2006, le conseil de Madame T. L. adresse un courrier à la mutuelle, afin de connaître sa position suite au jugement. Par fax, la mutuelle informe que son médecin conseil a marqué son accord sur les termes du jugement (dossier première intimée, pièces 10 et 11).

Entre-temps, le 9 février, l'I.N.A.M.I. a formé appel contre le jugement.

Le 22 mai 2006, constatant qu'aucune exécution du jugement n'est intervenue, le conseil de Madame T. L. met la mutuelle en demeure. Le 7 juin 2006, le médecin conseil adresse le courrier suivant à Madame T. L. : *« En date du 28 septembre 2003, j'ai bien reçu votre demande d'accord de remboursement majoré pour votre traitement de kinésithérapie. Ce remboursement majoré est prévu par la réglementation I.N.A.M.I. sur les pathologies lourdes (références légales : AR 23-03-1982, article 7, alinéa 3, c). Après examen de votre dossier, je peux donner mon accord concernant votre demande pour la période du 01-10-03 au 30-09-2006. En annexe vous trouverez une copie de ce courrier destinée au médecin ayant introduit la*

demande d'accord. Je vous propose de la lui remettre lors d'un prochain contact. Par ailleurs, il est important d'informer votre kinésithérapeute de cet accord, afin de pouvoir bénéficier du remboursement majoré. » (dossier première intimée, pièce 10).

IV. Discussion

1.

L'I.N.A.M.I. a formé appel contre le jugement ; Madame T. L en conteste la recevabilité (a). L'I.N.A.M.I. soutient que les frais de kinésithérapie sollicités n'entrent pas dans la nomenclature et que le juge ne pouvait pas accorder les soins sur la base de l'article 7 de l'arrêté (b). L'A.N.M.C. fait défaut (ni comparution, ni écrits). Madame T. L a introduit en appel une demande nouvelle à l'encontre de l'A.N.M.C. (dommages et intérêts) (c).

a. Recevabilité de l'appel principal

2.

Madame T. L conteste l'intérêt de l'I.N.A.M.I. à former cet appel (Code judiciaire, art.17).

Cependant, l'I.N.A.M.I. était partie défenderesse en première instance. Sa demande de le tenir hors cause n'a pas été suivie par le premier juge ; la motivation et le dispositif du jugement portent également sur l'avis du Collège des médecins directeurs de l'I.N.A.M.I., que le premier juge annule. L'I.N.A.M.I. établit un intérêt à agir.

L'appel répond par ailleurs aux autres conditions de recevabilité ; il a notamment été introduit dans le délai légal. Il est recevable.

b. Fondement

i. Obligation de motivation formelle ?

3.

Le premier juge a considéré que « *les décisions litigieuses* » (visant par là la décision du médecin conseil et l'avis du collège des médecins directeurs) ne répondent pas au prescrit de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs ; il a décidé que ce motif « *entraîne la nullité des décisions contestées* ».

4.

L'I.N.A.M.I. doit être suivi lorsqu'il soutient que l'avis du collège des médecins directeurs n'a pas la portée d'un acte administratif ; cet avis, facultatif, n'est pas soumis à l'obligation de motivation formelle et le juge ne peut pas l'annuler pour non respect de cette obligation.

Par contre, ainsi que le relève Madame T. L , la décision de l'organisme assureur consiste en un acte juridique unilatéral de portée individuelle tel que défini à l'article 1^{er} de la loi du 29 juillet 1991 ; cette décision (du médecin conseil) de la mutuelle est soumise à l'obligation de

motivation formelle. Le jugement constate (adéquatement) le défaut de motivation de cette décision : il n'est pas critiqué sur ce point par l'I.N.A.M.I..

Dès lors, le jugement doit être réformé en ce qu'il annule au titre de décision (motivation 4^e feuillet, et dispositif 7^e feuillet), l'avis du Collège des médecins directeurs. Par contre, il n'y a pas lieu de réformer l'annulation, par le premier juge, de la décision de l'organisme assureur.

ii. Système de la nomenclature ?

5.

L'I.N.A.M.I. demande de constater que le recours originaire de Madame T. L est non fondé. Il fait valoir que la maladie dont souffre Madame T. L n'est pas une pathologie visée par l'article 7, alinéa 3, c, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 (AR portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations). Il invoque que la nomenclature est d'ordre public et de stricte interprétation ; il s'oppose au raisonnement du premier juge fondé sur le caractère discriminatoire de la nomenclature ; il justifie la nomenclature par des impératifs de bonne administration en général, et des impératifs budgétaires en particulier. Il conteste le jugement en ce qu'il dispose que « *Madame T. L a droit à l'intervention soins de santé telle que prévue par l'article 7, alinéa 3, c, de l'arrêté royal du 23 mars 1982* ».

Madame T. L invoque être reconnue en incapacité de travail à plus de 90% ; elle se réfère, en particulier, au « *dysfonctionnement articulaire* », une catégorie de pathologies, reprise à l'article 7, alinéa 3, c) 7^o de la nomenclature ; elle invoque (notamment) souffrir d'ostéoporose sévère (colonne vertébrale, col fémoral), de difficultés à la marche, de difficultés à maintenir une station debout, et de difficultés respiratoires. Elle expose (attestations médicales à l'appui) avoir subi une aggravation de son état suite au refus d'autorisation de pouvoir bénéficier du tarif « E » pour ses séances de kinésithérapie : compte tenu de ses moyens financiers limités, elle a été contrainte de limiter ses soins à la hauteur d'une séance par semaine au lieu de trois. Elle insiste sur la nécessité d'une kinésithérapie régulière pour maintenir une situation fonctionnelle au niveau actuel. Elle demande d'avoir égard à sa situation exceptionnelle.

6.

La liste « E » de la nomenclature prévue par l'article 7, al. 3 c) de l'arrêté royal du 23 mars 1982 précité reprend les pathologies lourdes reconnues par la réglementation ; les pathologies reprises dans cette nomenclature peuvent donner un accès à des taux réduits d'interventions personnelles pour des soins de kinésithérapie (et de physiothérapie).

Les taux réduits des interventions personnelles du bénéficiaire prévus par cette disposition ne sont appliqués qu'après accord préalable du médecin-conseil ; cet accord est donné sur la base des informations médicales (bilan

fonctionnel) données par le médecin traitant (en concertation avec le spécialiste).

Même dans l'hypothèse (que la cour ne peut pas vérifier à partir des pièces produites) où une telle autorisation aurait été accordée à Madame T. L. avant septembre 2003, cette autorisation n'emporte pas automatiquement le droit d'en obtenir la prolongation. Lors de la demande (septembre 2003), l'arrêté royal du 23 mars 1983 venait en effet d'être modifié ; la modification apportée concernait tant la nomenclature (ajout de certaines pathologies) que la procédure (justification médicale détaillée ; autorisation pour trois ans).

7.

L'absence de l'A.N.M.C. au cours de la procédure (ni comparution, ni écrit) rend l'instruction de la cause complexe.

Selon les informations dont la cour dispose, l'A.N.M.C. a tout d'abord notifié une décision de refus (objet du litige originaire) ; depuis lors, le médecin conseil de l'A.N.M.C., c'est-à-dire la personne compétente en vertu de la réglementation, a adressé à Madame T. L. , en juin 2006 (après la notification du jugement), un courrier par lequel il répond favorablement à la demande d'autorisation formée en septembre 2003. (voir les faits ci-avant).

Il est regrettable que cette décision d'autorisation ne soit pas plus motivée que celle, précédente, de refus ; il peut simplement y être relevé que l'autorisation est donnée sur la base de l'article 7, al.3, c). Or, cette disposition comprend une liste de pathologies prises en compte. La décision ne précise pas laquelle de ces possibilités est appliquée ou, à défaut, à quel titre le médecin conseil a considéré que l'autorisation pouvait être accordée sur la base de l'article 7.

En outre, Madame T. L. signale s'être vu refuser à nouveau le tarif E pour les séances de kinésithérapie depuis le 1^{er} octobre 2006 (ses conclusions, p. 12 – décision non produite) ; la cour ignore les motifs de ce nouveau revirement.

La contestation subsiste donc. Madame T. L. revendique pouvoir bénéficier des prestations de kinésithérapie au titre de « *pathologie lourde* », ou en se référant à un « *dysfonctionnement articulaire* » (grave), ce que refuse l'I.N.A.M.I. au nom d'une application stricte de la nomenclature, tandis que la position de l'A.N.M.C. paraît mouvante sans qu'aient pu en être clarifiés les motifs.

8.

Il est un fait que, comme telle, la maladie de Darier n'est pas reprise dans la nomenclature.

Madame T. L. invoque que, suite à cette maladie, elle souffre de pathologies répondant au même degré de gravité que d'autres pathologies lourdes reprises dans cette nomenclature. Ceci pose l'argument de la discrimination retenu par le premier juge.

9.

Les règles constitutionnelles de l'égalité et de la non-discrimination n'excluent pas qu'une différence de traitement soit établie entre des catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée. Les mêmes règles s'opposent, par ailleurs, à ce que soient traitées de manière identique, sans qu'apparaisse une justification raisonnable, des catégories de personnes se trouvant dans des situations qui, au regard de la mesure considérée, sont essentiellement différentes.

Le caractère d'ordre public de la matière ne peut pas faire obstacle au respect du principe d'égalité.

10.

En l'espèce, Madame T. L. présente un bilan fonctionnel justifiant le recours à des soins de kinésithérapie, en lien avec une maladie rare non reprise dans la liste des pathologies lourdes. Le fait que sa pathologie ne soit pas reprise dans la nomenclature est une différence objective. Le premier juge a considéré qu'il s'agissait d'une discrimination *non* justifiée.

11.

L'I.N.A.M.I. fait valoir que cette différence de traitement trouve sa source dans l'économie du système de la nomenclature.

Cependant, contrairement à ce que paraît soutenir l'I.N.A.M.I., l'esprit de la mesure ne se limite pas à une liste limitative de pathologies pour lesquels les soins sont remboursables. L'objectif de la réglementation est de compenser la lourdeur des frais de kinésithérapie en cas de pathologies lourdes.

La nomenclature à l'article 7, al.3, c), de l'arrêté royal du 23 mars 1982, identifie des pathologies lourdes. Le droit au remboursement des soins est soumis, en outre, à l'examen, par le médecin conseil, d'un bilan fonctionnel (donc individuel), justifiant la nécessité de kinésithérapie, en lien avec une pathologie lourde. Il y a lieu de tenir compte de ces deux éléments (liste, bilan fonctionnel).

A cet égard, la cour relève une réponse parlementaire portant sur les listes de pathologies lourdes « à vie » ; cette réponse a été donnée suite à la modification de la réglementation au cours de l'année 2002 (autorisations pour une durée limitée, nouvelles pathologies reconnues) (voir Question n° 2225 du 19 juillet 2002 (Fr.), Bull. 2-61, session 2002-2003): « L'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations énumère en effet une série d'affections pour lesquelles l'intervention personnelle des bénéficiaires dans les honoraires pour les prestations de kinésithérapie est réduite. Il y est toutefois mentionné que l'affection elle-même ne donne aucun droit à cette réduction mais que la réduction peut être accordée par le médecin-conseil si, partant d'un bilan fonctionnel, il existe une justification médicale pour les prestations de kinésithérapie. En effet, la plupart de ces affections ne nécessitent pas de kinésithérapie à vie, mais bien en cas de crises ou de complications. La sclérose en plaques et le rhumatisme articulaire inflammatoire auto-immun chronique en sont des exemples connus. D'autre part, il faut en effet éviter que les médecins traitants ne soient obligés de réaliser des bilans fonctionnels, à tout propos, pour des

affections qui sont dans une phase telle qu'elles nécessitent de la kinésithérapie de longue durée. (...)

L'arrêté royal du 28 août 2002 modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations (Moniteur belge du 31 août 2002), apporte des modifications en la matière, en limitant tous les accords à trois ans maximum. J'estime qu'un bon équilibre est ainsi atteint entre l'esprit de l'arrêté royal qui part d'un traitement prescrit (et non d'une maladie « reconnue ») et la gestion médico-administrative du contrôle nécessaire de son exécution.

12.

La contestation soulevée dans le cadre de ce dossier pose l'un des problèmes générés par les maladies rares, à savoir l'égalité d'accès aux soins, et à des soins de qualité, sur la base de l'équité et de la solidarité. La rareté de la maladie met notamment le patient en difficultés lorsqu'il s'agit de reconnaître sa maladie pour lui permettre d'accéder aux soins.

Cette difficulté est l'objet d'une attention particulière au plan européen. La nécessité d'un accès équitable aux soins pour les patients atteints d'une maladie rare est actuellement mise en exergue par les autorités européennes ; cette préoccupation ressort en particulier des actes posés dans le cadre du deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013) (voy. communication de la Commission européenne et proposition pour une recommandation du Conseil sur les maladies rares, 11 novembre 2008, ainsi que la toute récente Résolution législative du Parlement européen du 23 avril 2009 sur la proposition de recommandation du Conseil relative à une action européenne dans le domaine des maladies rares (COM(2008)0726 – C6-0455/2008 – 2008/0218(CNS) http://ec.europa.eu/health/index_fr.htm).

En Belgique, le Roi dispose d'une liberté d'appréciation pour fixer la nomenclature des pathologies lourdes donnant droit au taux réduit d'intervention personnelle dans les prestations de kinésithérapie ; dans cette appréciation, il doit tenir compte de l'objectif de la mesure (prise en charge du coût en cas de pathologie lourde) et de l'équilibre financier du régime. Mais, la portée du principe d'égalité ne peut être méconnue au seul motif de l'équilibre financier, en traitant différemment des catégories comparables de bénéficiaires sans justification raisonnable. En particulier, eu égard à l'objectif de la mesure prévue par l'article 7 précité, et à ses effets, les seules raisons budgétaires ne peuvent pas justifier une différence de traitement entre une personne atteinte d'une pathologie lourde reprise dans la nomenclature, et une personne atteinte d'une maladie rare : c'est-à-dire d'une maladie qui, par définition, touche peu de personnes et ne peut donc pas raisonnablement avoir pour conséquence de mettre en péril l'équilibre financier de l'I.N.A.M.I..

Par ailleurs, l'examen du bilan fonctionnel par le médecin conseil de la mutuelle, est prévu pour tous les patients souffrant d'une pathologie lourde qui souhaitent accéder au bénéfice d'une intervention personnelle réduite pour des soins de kinésithérapie. Ce cas, résultant de la procédure d'autorisation, vient s'ajouter à la vérification d'une pathologie répondant aux critères d'une pathologie lourde. Dès lors, l'argument selon lequel un traitement équivalent accordé à Madame T. L. en tant que personne atteinte d'une maladie

rare aboutirait à mettre en péril l'impartialité du système (conclusions I.N.A.M.I., p5), ne peut pas être suivi. L'existence de ce sas permet aussi d'écarter l'argument de l'I.N.A.M.I. selon lequel un traitement équivalent accordé à Madame T. L. générerait une imprévisibilité et une insécurité juridique « pour les assurés sociaux ».

A noter qu'une autre maladie rare (maladie d'Ehlers-Danlos) a été reprise parmi les pathologies lourdes de la nomenclature (AR du 2 février 2002 mod. AR 23 mars 1982, Mon. 24/04/2002), après des péripéties judiciaires mettant en cause l'égalité de traitement (TT Nivelles, 20 avril 1999, Chr. D. S. 2002, 3, p146, cité et produit par la première intimée).

13.

En conclusion, l'article 7, al.3, c) de l'arrêté royal du 23 mars 1982 accorde un taux réduit pour les soins de kinésithérapie. L'objectif est de fournir aux personnes souffrant de pathologies lourdes les soins adéquats en fonction d'un bilan fonctionnel soumis au médecin conseil.

Pour les personnes qui souffrent d'une maladie rare, il est plus difficile d'obtenir la reconnaissance de leur pathologie, ce qui peut expliquer qu'elle ne soit pas reprise dans cette nomenclature. La cour estime devoir tenir compte d'un accès équitable aux soins pour les personnes atteintes d'une maladie rare.

La position de l'I.N.A.M.I. (« rien que la nomenclature ») a ainsi pour effet que deux catégories de personnes qui souffrent toutes deux d'une pathologie lourde (grave) et qui présentent un bilan fonctionnel lourd comparable sont traitées différemment : d'une part, celles dont la pathologie est reprise dans la nomenclature de l'I.N.A.M.I. - elles peuvent bénéficier de l'article précité - et d'autre part, celles dont la pathologie rare et grave n'est pas reprise dans cette nomenclature - elles ne peuvent pas en bénéficier. Cette différence de traitement entre deux catégories de personnes comparables n'est pas raisonnablement justifiée compte tenu de l'objectif de l'article 7 précité et de ses effets.

Par conséquent, la cour ne partage pas la position défendue par l'I.N.A.M.I.. Pour autant qu'elles répondent aux autres conditions d'accès au remboursement, les personnes souffrant d'une maladie rare, d'une gravité comparable à celle d'une pathologie lourde reprise dans la nomenclature, doivent pouvoir bénéficier de la mesure prévue par l'article précité, même si cette maladie n'est pas reprise dans la nomenclature de l'I.N.A.M.I..

iii. En l'espèce ?

14.

Le premier juge a constaté (jugement, 5^e feuillet) : la gravité de la maladie dont souffre Madame T. L. , et ses conséquences ; la reconnaissance de cette gravité par le médecin conseil de la mutuelle ; le caractère essentiel des séances de kinésithérapie pour diminuer le retentissement et les complications articulaires, neuromusculaires et respiratoires ; l'aggravation de son état concomitant à la limitation des séances de kinésithérapie. Aucun de ces

éléments médicaux n'est contesté; la cour relève en particulier que l'A.N.M.C., qui dispose (médecin conseil) de toutes les informations à cet égard, n'en conteste aucun élément.

Il y a lieu de vérifier si cette situation médicale de Madame T. L est comparable à celle d'une personne souffrant de l'une des pathologies lourdes reprises dans la nomenclature, en particulier un dysfonctionnement articulaire. Ceci nécessite un examen des données médicales, pour lequel il y a lieu de désigner un expert (cf. avis du ministère public). La cour estime devoir laisser ouverte à l'expert la possibilité de vérifier au préalable si la pathologie dont souffre Madame T. L entre ou non dans la nomenclature.

En outre, la cour estime nécessaire que l'A.N.M.C. dépose, en vue de cette expertise, les éléments de son dossier administratif permettant de constater ce qui a déterminé le médecin conseil à successivement accorder/refuser, son autorisation. La cour insiste, dans ce cadre, sur l'importance de disposer de ces documents au plus tard à la date de la séance d'installation de l'expert.

c. Demande nouvelle (Madame T. L)

15.

Il est sursis à statuer sur la demande nouvelle (dommages et intérêts) formulée en appel par Madame T. L à l'encontre de l'A.N.M.C..

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

Statuant après une procédure menée contradictoirement à l'égard des parties (Code judiciaire, art. 747, §2),

Après avoir entendu le ministère public en son avis oral,

Dit l'appel de l'I.N.A.M.I. recevable,

Le dit dès à présent fondé dans la mesure suivante :

- Réforme le jugement en ce qu'il annule la décision du médecin conseil de la mutualité Saint Michel du 12 novembre 2003 *confirmée par celle du Collège des médecins-directeurs de l'I.N.A.M.I. du 24 mars 2004* ;
- Statuant à nouveau dans cette seule mesure :
 - o rejette le recours originaire en ce qu'il vise à l'annulation de l'avis du Collège des médecins directeurs ;
 - o confirme le jugement en ce qu'il annule la décision du médecin conseil de la mutualité Saint Michel du 12 novembre 2003.

Avant de statuer plus avant,

Ordonne à l'A.N.M.C. de déposer au greffe et de communiquer aux autres parties, au plus tard à la date fixée ci-après pour la réunion d'installation de l'expert, les décisions du médecin conseil (autorisations et refus) prises par

elle (son médecin conseil) à l'égard de Madame T. L , par application de l'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 1982, depuis l'année 2000 jusqu'à ce jour, ainsi que les éléments du dossier administratif justifiant ces décisions;

Désigne en qualité d'expert le Docteur Jean-Marie BEGHIN , orthopédiste à 1180 Bruxelles, Avenue G. Lecoq, 31.

L'expert aura pour mission, en tenant notamment compte du dysfonctionnement articulaire et du bilan fonctionnel dont Madame T. L fait état, de :

- 1) dire si, à son avis, les pathologies dont souffre Madame T. L suite à la maladie de Darier, ou au moins l'une d'entre elles, sont une pathologie lourde visée à l'article 7, alinéa 3, c) de l'arrêté royal du 23 mars 1982 (AR portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations) ;
- 2) dans la négative, dire si, à son avis, la maladie génétique rare dont Madame T. L souffre (maladie de Darier) est une pathologie d'une gravité comparable à celles reprises dans la nomenclature et si, compte tenu du bilan fonctionnel qu'elle invoque, les prestations de kinésithérapie lui sont aussi indispensables que pour d'autres pathologies figurant dans la nomenclature (en particulier par rapport au dysfonctionnement articulaire).

La réunion d'installation se tiendra le 24 juin 2009 à 10 heures en chambre du conseil (salle 008, à moins que toutes les parties ne marquent leur accord pour y renoncer, par un écrit (lettre, fax ou e-mail) qui parvienne au greffe de la Cour du travail et à l'expert au plus tard le 19 juin 2009.

Elle se déroulera devant les conseillers composant la 8e chambre lors de la prise en délibéré; en cas d'absence d'un conseiller social, elle sera présidée par le conseiller Mme SEVRAIN A. siégeant seul(e).

L'expert ne doit pas être présent en personne mais il doit pouvoir être joint par téléphone ou par tout autre moyen de télécommunication.

Lors de cette réunion, les parties remettront à l'expert un dossier inventorié rassemblant tous les documents pertinents.

Les parties veilleront à informer le greffier (Mme M. GRAVET 02/508 61 47) de leur absence éventuelle à la réunion d'installation.

Si les parties marquent leur accord pour renoncer à la réunion d'installation ou si elles n'y comparaissent pas, l'expertise se déroulera alors sans réunion d'installation, de la manière décrite ci-dessous.

L'expert procédera de la manière suivante :

- dans les huit jours suivant la date qui avait été prévue pour la réunion d'installation, il communiquera aux parties, par lettre recommandée et à leurs conseils et au juge, par lettre simple, les lieu, jour et heure de la première réunion d'expertise ;
- il invitera les parties à lui remettre leur dossier complet inventorié et à lui communiquer le nom de leur médecin-conseil ;
- sauf s'il a été autorisé par les parties et les conseils à recourir à un autre mode de convocation, il adressera toutes les convocations en vue des ses travaux ultérieurs aux parties, par lettre recommandée et à leurs conseils par lettre simple ;
- il entendra les parties ;
- il examinera Madame T. L. ;
- il recueillera tous les renseignements utiles et pourra faire procéder à des examens spécialisés si cela est prévu dans la décision prise à l'issue de la réunion d'installation ou s'il l'estime nécessaire à l'accomplissement de sa mission ;
- il dressera un rapport des réunions d'expertise et en enverra copie au juge, aux parties et aux conseils par lettre simple et, le cas échéant, aux parties qui font défaut, par lettre recommandée ;
- à la fin de ses travaux, il enverra pour lecture au juge, aux parties et à leurs conseils, ses constatations, auxquelles il joindra un avis provisoire ;
- il répondra aux observations que les parties auront formulées dans le délai précisé dans la décision prise à l'issue de la réunion d'installation et, à défaut dans le délai qu'il aura lui-même fixé ;
- il établira son rapport final, qui sera motivé et daté et qui relatera la présence des parties lors des travaux, leurs déclarations verbales et leurs réquisitions ; il joindra à ce rapport le relevé des documents et des notes remis par les parties aux experts ; il n'y joindra la reproduction de ces documents et notes que dans la mesure où cela est nécessaire à la discussion ; il signera le rapport en faisant précéder sa signature du serment légal : *« Je jure avoir rempli ma mission en honneur et conscience, avec exactitude et probité »* ;
- il déposera au greffe, dans le délai précisé dans la décision prise à l'issue de la réunion d'installation et, à défaut, dans les six mois de la notification du présent arrêt, l'original de son rapport final ; avec ce rapport, il déposera les documents et notes des parties ainsi qu'un état de frais et honoraires détaillé ;

- l'état de frais et honoraires de l'expert inclura les frais et honoraires des spécialistes consultés et mentionnera, pour chacun des devoirs accomplis, leur date et, le cas échéant, les numéros de la nomenclature correspondant à la prestation effectuée ; le jour du dépôt au greffe, l'expert enverra par courrier recommandé aux parties et par lettre simple à leurs conseils, copie de son rapport final et de son état de frais et honoraires ;
- dans le cas où il ne pourrait déposer son rapport final dans le délai imparti, il s'adressera au juge en indiquant la raison pour laquelle le délai devrait être prolongé.

Désigne pour le contrôle de l'expertise conformément à l'article 973 du Code judiciaire et pour l'application des articles 962 à 991*bis* du Code judiciaire :

- le conseiller Madame SEVRAIN A., le conseiller professionnel qui a ordonné l'expertise), siégeant seul(e),
- ou le magistrat désigné pour assurer le contrôle des expertises dans l'ordonnance de fonctionnement de la Cour du travail.

Toutes les contestations relatives à l'expertise ou survenant au cours de celle-ci, entre les parties ou entre les parties et les experts, y compris la demande de remplacement des experts et toute contestation relative à l'extension ou à la prolongation de la mission, sont réglées par le juge tel que désigné ci-dessus.

A cet effet, les parties et les experts peuvent s'adresser au juge par lettre missive motivée.

Dit que la cause sera ensuite ramenée à l'audience par la partie la plus diligente.

Surseoit à statuer sur la demande nouvelle de Madame L en appel.

Réserve à statuer sur les dépens.

Ainsi arrêté par :

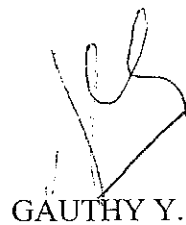
M^{me} SEVRAIN A.
M. GAUTHY Y.
M. FRANCOIS R.
Assistés de
M^{me} GRAVET M.

Conseillère président la chambre
Conseiller social au titre d'employeur
Conseiller social au titre d'employé

Greffière



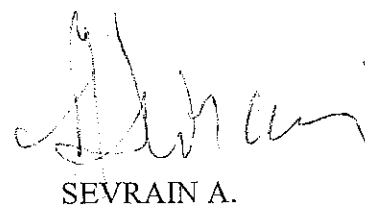
FRANCOIS R.



GAUTHY Y.



GRAVET M.

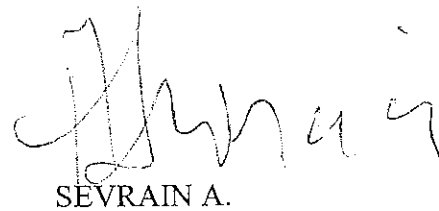


SEVRAIN A.

et prononcé à l'audience publique de la 8^e chambre de la Cour du travail de
Bruxelles, le 4 juin 2009, par :



GRAVET M.



SEVRAIN A.