



## Expédition

Numéro du répertoire <b>2024 /</b>
Date du prononcé <b>06 juin 2024</b>
Numéro du rôle <b>2022/AB/832</b>
Décision dont appel tribunal du travail francophone de Bruxelles 14 novembre 2022 18/3231/A

Délivrée à

le  
€  
JGR

# Cour du travail de Bruxelles

huitième chambre

## Arrêt

SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS SALARIES - assurance-maladie-invalidité

Arrêt contradictoire

Définitif

Notification par pli judiciaire (art. 580, 2<sup>e</sup> et 792 al. 2 et 3 ct du C.J.)

**Madame L F**, NRN, domiciliée à **ci-après « F.L. »**

partie appelante,

représentée par Maître T R., avocat(e), *loco* Maître J A, avocat à BRUXELLES.

contre

**L'UNION NATIONALE DES MUTUALITÉS LIBRES ci-après en abrégé « l'UNML »**, BCE

0411.766.483, dont le siège est établi à 1070 BRUXELLES, route de Lennik 788/A,

partie intimée,

représentée par Maître D S., avocat, *loco* D V, avocat à LIEGE.

\*

### **I. La procédure devant la cour du travail**

La cour a pris connaissance des pièces de la procédure, en particulier :

- le jugement frappé d'appel, prononcé le 14 novembre 2022 par le tribunal du travail francophone de Bruxelles, ainsi que le dossier constitué par cette juridiction ;
- la requête d'appel de F.L. reçue le 22 décembre 2022 au greffe de la cour ;
- les dernières conclusions déposées par les parties ainsi que les pièces de F.L.

Les parties ont plaidé à l'audience publique du 28 mars 2024.

Mme M M, avocat général, a donné son avis oralement à cette audience, auquel les parties ont eu la faculté de répliquer.

La cause a été prise ensuite en délibéré.

La cour a fait application de la loi du 15 juin 1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire.

L'appel est recevable, ayant été introduit dans le délai légal d'un mois (art. 1051, C.J.) à dater de la notification du jugement frappé d'appel (notification intervenue le 23 novembre 2022, date de présentation du pli judiciaire), ce qui n'est pas contesté.

## **II. Antécédents et jugement frappé d'appel**

Devant le tribunal du travail francophone de Bruxelles, F.L. contestait trois décisions de l'UNML datées des 10 avril, 13 avril et 23 mai 2018.

Par ces décisions, l'UNML refusait une demande d'intervention pour des soins à l'étranger, à savoir une opération de thyroïdectomie totale (via une technique robotisée), réalisée à Paris par le Dr. A (spécialiste O.R.L.) le 13 avril 2018 (avec une hospitalisation du 13 au 15 avril 2018).

Par courrier du 3 avril 2018<sup>1</sup>, F.L. avait demandé l'autorisation du médecin-conseil de l'UNML de subir cette opération à l'étranger<sup>2</sup>. Elle joignait à sa demande le résultat d'un examen anatomo-pathologique du 19 janvier 2018 et une attestation du Dr. A<sup>3</sup>.

Dans son courrier du 10 avril 2018, le médecin-conseil a refusé la demande au motif suivant : « *Cette technique n'est pas remboursable par l'assurance obligatoire en Belgique et il n'y a pas de rapport médical justifiant la prise en charge à l'étranger* »<sup>4</sup>.

Comme l'explique le médecin-conseil dans sa thèse<sup>5</sup>, la demande de F.L. n'était accompagnée d'aucun rapport médical circonstancié motivant médicalement la nécessité d'une prise en charge à l'étranger et démontrant l'impossibilité de traiter la pathologie en Belgique par une technique chirurgicale classique.

L'opération a eu lieu le 13 avril 2018.

Dans son courrier du 13 avril 2018, malgré la production d'un certificat du Dr. A du 12 avril 2018 (dans lequel il atteste de la nécessité d'une chirurgie robotique), le médecin-conseil a maintenu son refus au motif suivant : « *Les éléments médicaux communiqués ne sont pas suffisamment documentés pour démontrer l'impossibilité de réaliser l'intervention en Belgique et justifier la réalisation de l'opération à l'étranger* »<sup>6</sup>.

Suite à l'envoi d'un certificat médical complémentaire du Dr. A (16 mai 2018)<sup>7</sup>, le médecin-conseil a confirmé le refus : « (...) *l'intervention est réalisable en Belgique dans de bonnes conditions médicales. La technique de chirurgie robotique n'est pas remboursée en Belgique*

---

<sup>1</sup> Réceptionné le 4 avril 2018 : voir thèse du médecin-conseil (dossier de l'auditorat du travail).

<sup>2</sup> Pièces 1 et 2 de F.L.

<sup>3</sup> Voir annexe à la thèse du médecin-conseil (dossier de l'auditorat du travail).

<sup>4</sup> Pièce 3 de F.L.

<sup>5</sup> Transmise à l'auditorat du travail.

<sup>6</sup> Pièces 4 et 5 de F.L.

<sup>7</sup> Pièce 6 de F.L.

*dans cette indication. L'intervention a déjà été réalisée. L'accord du Médecin Conseil doit être donné au préalable. »<sup>8</sup>.*

Le 6 juillet 2018, F.L. a contesté ces décisions devant le tribunal. Elle demandait, en substance, que l'UNML soit condamnée à intervenir dans les frais de l'opération, à concurrence du montant prévu dans la nomenclature française ou, subsidiairement, dans la nomenclature belge suivant le code de prestation 257040 (« *Thyroidectomie totale ou subtotale bilatérale avec dissection des nerfs récurrents et des glandes parathyroïdes* »).

L'enjeu concret du litige, pour F.L., est d'obtenir l'intervention de l'assurance soins de santé afin de permettre celle (beaucoup plus élevée) de son assureur privé (pour la partie non couverte par l'INAMI)<sup>9</sup>. Le remboursement sur la base de la nomenclature française est de 574,21 euros, celui prévu par la nomenclature belge de 508,01 euros. L'opération aurait coûté environ 20.000 euros<sup>10</sup>.

L'UNML concluait au non-fondement du recours de F.L. ou, subsidiairement, sollicitait la désignation d'un médecin-expert.

Par un premier jugement du 10 octobre 2019, non frappé d'appel, le tribunal a décidé, en substance :

- que les trois décisions litigieuses de l'UNML doivent être annulées pour défaut de motivation et qu'il appartient au tribunal de se prononcer sur le fond du droit ;
- de désigner un expert-médecin afin qu'il donne son avis quant à savoir si la demande de F.L. remplissait les conditions règlementaires (art. 294, § 1 de l'A.R. du 3 juillet 1996).

Le 24 juillet 2020, l'expert a déposé son rapport et conclut : « *Compte tenu de la situation de santé et de l'évolution de la maladie de (F.L.), le traitement de la thyroidectomie totale n'inclut pas nécessairement l'intervention d'un robot en lieu et place d'une intervention manuelle, cette intervention pouvant être réalisée en Belgique dans un délai raisonnable, en adéquation avec les nécessités de la pathologie présentée* ».

Dans le corps de son rapport, l'expert indique « *Après avoir considéré les documents fournis, il apparaît que le cas de (F.L.) aurait pu être traité de façon adéquate sur le territoire belge, par une chirurgie thyroïdienne classique, endéans un délai tout à fait raisonnable et compatible avec les nécessités de sa pathologie. La situation décrite comme une coagulopathie est une situation avec laquelle les équipes médicales et chirurgicales belges ont l'habitude de travailler et les techniques adéquates existent pour prendre en charge de tels patients. A l'heure actuelle, la seule distinction majeure en termes de résultats sur le plan scientifique est la différence sur le*

---

<sup>8</sup> Pièce 7 de F.L.

<sup>9</sup> Cf. p. 1 du rapport d'expertise complémentaire du Dr. N.

<sup>10</sup> Page 8 du jugement frappé d'appel du 14 novembre 2022.

*plan cosmétique, la chirurgie proposée plaçant la cicatrice au niveau du creux de l'aisselle plutôt qu'au niveau de la face antérieure de la base du cou. »<sup>11</sup>.*

Dans un second jugement du 17 juin 2021, non frappé d'appel, le tribunal a décidé :

- que, juridiquement, aucun grief ne peut être retenu à l'encontre de l'expert qui a correctement mené l'expertise (dans le respect du contradictoire, contrairement à ce que soutenait F.L.) ;
- de confier une mission complémentaire à l'expert, en vue de permettre une discussion avec les parties et leurs médecins-conseil (le débat médical ne devant pas être déporté vers l'audience) ;
- d'inviter les parties à clarifier l'intervention de l'UNML (et son fondement) dans les frais liés aux examens préopératoires et dans ceux éventuels postérieurs à l'opération du 13 avril 2018.

Dans son rapport d'expertise complémentaire, déposé le 5 janvier 2022, le Dr. N a confirmé, après discussions avec les parties et le médecin-conseil de F.L. (celui de l'UNML ayant été excusé), les conclusions de son premier rapport d'expertise.

Dans son jugement du 14 novembre 2022 (frappé du présent appel), le tribunal a décidé, en substance, ce qui suit :

- la condition réglementaire relative à l'autorisation préalable du médecin-conseil n'a pas été respectée, puisque l'opération a eu lieu sans cette autorisation (et était même déjà planifiée avant même de l'avoir sollicitée) ;
- F.L. ne démontre pas que l'opération n'aurait pu être réalisée en Belgique dans un délai acceptable (défaut d'urgence qui aurait justifié une intervention à l'étranger plutôt qu'en Belgique) ;
- F.L. sollicite une intervention de l'INAMI pour des soins (thyroïdectomie suivant une intervention classique) qui diffèrent de ceux obtenus (opération via une technique robotisée, non disponible en Belgique et non remboursée suivant la nomenclature). Les conditions médicales offertes à l'étranger (à Paris) n'étaient pas indispensables, ce qu'a confirmé l'expert à deux reprises ;
- F.L. ne démontre pas qu'une intervention de la mutuelle dans ses frais préopératoires aurait influencé sa décision et trompé sa légitime confiance ;
- il n'y a pas de discrimination par rapport à une assurée sociale optant pour l'intervention « classique » en Belgique ;
- le tribunal en conclut que les conditions d'intervention de l'assurance ne sont pas remplies et rejette dès lors le recours de F.L.

Le dispositif du jugement du 14 novembre 2022 se présente comme suit :

*« Statuant après un débat contradictoire,*

---

<sup>11</sup> Page 3 du rapport de l'expert déposé au greffe du tribunal le 24 juillet 2020.

*Après avoir entendu l'avis conforme de l'Auditorat,*

*Faisant suite aux jugements prononcés les 10 octobre 2019 et 17 juin 2021,*

*Dit pour droit:*

- *que les conditions requises par l'article 294, § 1<sup>er</sup>, al 1 de l'Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 pour un remboursement par l'U.N.M.Libres des frais pour soins délivrés à l'étranger à Madame F L le 13 avril 2018 ne sont pas réunies,*
- *que les conclusions de l'expert doivent être entérinées, et*
- *que dès lors, les demandes tant principale que subsidiaire de Madame F L, sont non fondées.*

*Condamne l'U.N.M.L. :*

- *aux dépens de l'instance, de Madame F L, soit l'indemnité de procédure liquidée par elle à son montant de base de 94,72 €, et*
- *à 20 € de contribution en faveur du Fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.*

*Condamne également l'U.N.M.L. aux frais et honoraires de l'expert déjà taxés aux sommes non contestées de 2 fois 537,17 €. »*

### **III. Les demandes en appel**

Suivant ses dernières conclusions, F.L. formule la demande suivante :

« (...)

- *De mettre à néant le jugement dont appel et statuer à nouveau ;*
- *De déclarer la demande originaires de l'appelante fondée ;*

*Par conséquent :*

**A titre principal :**

- *Dire pour droit que les conditions de remboursement pour des soins dispensés à l'étranger sont réunies ;*
- *Condamner l'UNML NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES aux honoraires et frais liés à la prestation chirurgicale du 13 avril 2018 pratiquée à Paris selon ou au même titre que la prestation KCFA005 reprise dans la nomenclature française sous l'intitulé « Thyroïdectomie totale, par cervicotomie » ;*

- Condamner l'UNML NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES aux dépens de l'instance, en ce compris l'indemnité de procédure liquidée à son montant de base, soit la somme de 218,67€ ;

A titre subsidiaire :

- Dire pour droit que les conditions de remboursement pour des soins dispensés à l'étranger sont réunies ;

- Condamner l'UNML NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES aux honoraires et frais liés à la prestation chirurgicale du 13 avril 2018 pratiquée à Paris selon ou au même titre que la prestation 257040 reprise dans la nomenclature belge sous l'intitulé «Thyroidectomie totale ou subtotale bilatérale avec dissection des nerfs récurrents et des glandes parathyroïdes » ;

- Condamner l'UNML NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES aux dépens de l'instance, en ce compris l'indemnité de procédure liquidée à son montant de base, soit la somme de 218,67€»

Suivant ses dernières conclusions, l'UNML demande à la cour ce qui suit :

- déclarer l'appel recevable mais non fondé ;
- confirmer le jugement dont appel en toutes ses dispositions ;
- Statuer ce que de droit quant aux dépens, l'indemnité de procédure d'appel devant être fixée à la somme de 145,76 € ou, à titre subsidiaire, à 218,67 €.

#### **IV. L'examen de la contestation par la cour du travail**

##### **1. En droit**

Suivant l'article 136, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 :

*« § 1er. 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;*  
*(...)*

*Le Roi fixe les règles selon lesquelles les montants qui, en application de l'ordre juridique international, sont à charge de l'assurance, et qui ont trait au budget des moyens financiers attribué aux hôpitaux, défini dans l'article 95 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres*

*établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, sont fixés, portés en compte, récupérés et comptabilisés. »*

En application de cette disposition, l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (portant exécution de la loi précitée) dispose (extraits ; nous soulignons) :

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

*(...)*

*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;*

*13° au bénéficiaire qui reçoit des prestations de santé programmées dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou un Etat appartenant à l'Espace économique européen.*

*Dans les cas prévus au 14°, une autorisation préalable reste requise;*

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

*L'autorisation préalable du médecin-conseil est requise pour les prestations de santé qui :*

- a) font partie d'une politique de programmation qui vise à garantir un accès suffisant et permanent à une offre équilibrée de traitements de haute qualité en Belgique ou qui s'appuie sur la volonté de maîtriser les coûts et d'éviter, dans toute la mesure du possible, tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines, et
  - (i) qui requièrent une hospitalisation d'une nuit au minimum, ou*
  - (ii) l'utilisation des infrastructures ou des équipements médicaux hautement spécialisés et onéreux;**
- b) impliquent un risque particulier pour le patient ou la population;*
- c) sont dispensées par un dispensateur de soins qui, en l'espèce, pourrait susciter des inquiétudes graves ou spécifiques sur la qualité ou la sécurité des soins, à l'exception des soins de santé qui relèvent de la législation de l'Union qui garantit un niveau de sécurité et de qualité minimal sur tout le territoire de l'Union.*

*Les prestations de santé visées sous le a) du précédent alinéa sont fixées par le Ministre<sup>12</sup>. La liste de ces prestations de santé est publiée sur le site web de l'Institut national d'assurance maladie invalidité.*

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

*L'autorisation préalable est refusée :*

---

<sup>12</sup> Arrêté ministériel du 24 juin 2014 fixant la liste des prestations de santé soumises à une autorisation préalable en vertu de l'article 294, § 1<sup>er</sup>, 14°, deuxième alinéa, sous a), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (...), M.B., 22 juillet 2014, p. 54874.

a) si un examen clinique montre avec une certitude suffisante que le patient sera exposé à un risque de sécurité qui ne peut être considéré comme acceptable, compte tenu de l'avantage potentiel pour le patient des prestations de santé transfrontalières recherchés;  
b) s'il existe des raisons valables de penser que la population sera exposée à un risque de sécurité considérable, du fait des prestations de santé en question;  
c) si ces prestations de santé doivent être fournies par un dispensateur de soins de santé qui suscite des inquiétudes graves et spécifiques liées au respect des normes et des orientations en matière de qualité des soins et de sécurité des patients, y compris des dispositions sur la surveillance, que ces normes et orientations soient fixées par des dispositions législatives et réglementaires ou par des systèmes d'agrément établis par l'Etat membre de traitement;  
d) si le traitement peut être dispensé sur le territoire national dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé du moment du bénéficiaire et de l'évolution probable de sa maladie.

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

§ 2. Le remboursement des prestations de santé est subordonné à la condition :  
- qu'elles aient été données soit par une personne autorisée légalement à exercer l'art de guérir dans le pays où elles ont été données, soit dans un établissement hospitalier présentant les garanties médicales suffisantes ou qui est agréé par les autorités du pays où il est situé, et  
- que le bénéficiaire ait déjà payé les frais au moment de la demande de remboursement. La preuve est faite par des pièces justificatives qui ont été reconnues comme telles par le Service du contrôle administratif.

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

Les prestations de biologie clinique fournies à l'occasion d'une hospitalisation visée au § 1er, 2°, 3°, 12° et 14°, sont remboursées aux tarifs applicables pour un patient non hospitalisé, conformément à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Le remboursement des prestations de santé ne peut jamais dépasser le montant des frais réellement engagés.

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

*certitude la date d'introduction de la demande. La demande est signée par le bénéficiaire lui-même ou par son représentant légal.*

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

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

- a) de l'état de santé spécifique du bénéficiaire,*
- b) de l'urgence et des circonstances individuelles.*

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

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

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

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

*(...) »*

Cette disposition a été modifiée notamment par un arrêté royal du 18 octobre 2013 qui a transposé partiellement la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Cette directive autorise, en son article 8, l'Etat membre d'affiliation à mettre en place un régime d'autorisation préalable pour le remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers.

Le considérant n°40 de cette directive indique :

*« Conformément à la jurisprudence constante de la Cour de justice, les États membres peuvent soumettre à une autorisation préalable la prise en charge par le système national des coûts de soins hospitaliers dispensés dans un autre État membre. La Cour de justice a estimé que cette exigence est à la fois nécessaire et raisonnable, puisque le nombre des infrastructures hospitalières, leur répartition géographique, leur aménagement et les équipements dont elles sont pourvues, ou encore la nature des services médicaux qu'elles sont à même d'offrir, doivent pouvoir faire l'objet d'une planification, laquelle répond, en règle générale, à diverses préoccupations. Pour la Cour de justice, cette planification poursuit l'objectif de garantir sur le territoire de l'État concerné une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité élevée. En outre, elle participe d'une volonté d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter, dans la mesure du possible, tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines. Selon la Cour de justice, un tel gaspillage s'avérerait d'autant plus dommageable qu'il est généralement admis que le secteur des soins hospitaliers engendre des coûts considérables et doit répondre à des besoins croissants, tandis que les ressources financières consacrées aux soins de santé ne sont, quel que soit le mode de financement utilisé, pas illimitées. »*

Suivant l'article 20 du règlement n°883/2004<sup>13</sup> (nous soulignons) :

**« 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

---

<sup>13</sup> Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

*famille. Dans ce cas, aux fins du paragraphe 1, l'institution du lieu de résidence des membres de la famille est considérée comme l'institution compétente. »*

L'article 26 du règlement d'application n°987/2009<sup>14</sup> concerne les « soins programmés ».

À propos de cette notion, qui doit être distinguées des soins « inopinés », la Cour de justice a précisé :

- *« qu'une telle notion couvre les soins de santé qu'une personne assurée se fait dispenser dans un autre État membre que celui dans lequel elle est assurée ou réside et qui consistent en des prestations en nature visées à l'article 20, paragraphe 1, du règlement n°883/2004, auquel, d'ailleurs, l'article 26 du règlement n° 987/2009 renvoie expressément » et*
- *« que les « soins programmés », au sens de ces dispositions, se distinguent de ceux visés à l'article 19 du règlement n°883/2004 et à l'article 25 du règlement n°987/2009, qui sont des soins inopinés dispensés à la personne assurée dans l'État membre dans lequel cette personne s'est déplacée pour des motifs, par exemple, touristiques ou éducatifs, et qui s'avèrent nécessaires, du point de vue médical, afin qu'elle ne soit pas contrainte de rejoindre, avant la fin de la durée prévue de son séjour, l'État membre compétent pour y recevoir le traitement nécessaire (voir, par analogie, arrêt du 15 juin 2010, Commission/Espagne, C-211/08, EU:C:2010:340, points 59 à 61) ».<sup>15</sup>*

## **2. Application**

### **2.1. L'autorisation préalable**

F.L. soutient que l'opération de thyroïdectomie totale devait être réalisée le plus rapidement possible après qu'elle ait été informée, le 2 mars 2018, qu'elle était atteinte d'un cancer. Elle expose ainsi que, si un examen des nodules thyroïdiens avait bien été effectué le 19 janvier 2018, les résultats de la ponction n'ont été présentés par le Dr. K que le 2 mars 2018 (ses conclusions, page 12).

La cour note toutefois que F.L. ne produit aucune pièce de nature à établir ses allégations relatives aux avis médicaux qu'elle aurait reçus en Belgique avant de se rendre à Paris pour y planifier avec le Dr. A l'opération, du 13 avril 2018, de thyroïdectomie totale robotisée.

---

<sup>14</sup> Règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n°883/2004.

<sup>15</sup> C.J.U.E., 23 septembre 2020, C-777/18, n°38 et 39.

Seul le résultat de l'examen du 19 janvier 2018 (faisant déjà état du fait que « *une résection chirurgicale est souhaitée* ») est produit en annexe de la thèse du médecin-conseil (dossier de l'auditorat du travail).

F.L. rappelle (ses conclusions, page 14) que le tribunal a annulé les décisions litigieuses de l'UNML, eu égard à l'absence de motivation. F.L. soutient ainsi qu'aucune décision de refus n'existait au moment de la réalisation de l'opération.

Les soins en question n'avaient toutefois pas été autorisés, même implicitement, puisqu'ils ont été dispensés le 13 avril 2018, soit 10 jours seulement après la demande adressée à l'UNML et bien avant l'expiration du terme de 45 jours prévu à l'article 294, § 2/2, *in fine* de l'A.R. du 3 juillet 1996.

F.L. ne disposait dès lors d'aucune autorisation préalable (ni explicite, ni implicite) au moment de l'opération litigieuse.

Par ailleurs, la cour ne peut suivre F.L. dans ses considérations reprises aux pages 14 et s. de ses conclusions, dans lesquelles elle soutient que la libre prestation des services consacrée par l'article 56 du T.F.U.E. ferait obstacle à un système d'autorisation préalable tel que prévu par la réglementation belge.

L'arrêt de la Cour de justice du 23 septembre 2020 (C-777/18), cité par F.L., n'a pas cette portée et, d'ailleurs, la Cour y précise en son considérant n°59, sur l'autorisation préalable :

*« La Cour a admis que figurent parmi les objectifs susceptibles de justifier une telle restriction à la libre prestation de services ceux de prévenir le risque d'une atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale, de maintenir un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous, de maintenir une capacité de soins ou une compétence médicale sur le territoire national ainsi que de permettre une planification visant, d'une part, à garantir sur le territoire de l'État membre concerné une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité et, d'autre part, à assurer une maîtrise des coûts et à éviter autant que possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines (voir, par analogie, arrêt Elchinov, points 42 et 43 ainsi que jurisprudence citée). »<sup>16</sup>*

Et la Cour de justice d'ajouter, au point 61 du même arrêt :

*« En particulier, la Cour a jugé à propos des soins hospitaliers et des soins non hospitaliers lourds, qui s'inscrivent dans un cadre présentant des particularités incontestables, que l'article 56 TFUE ne s'oppose pas, en principe, à ce que le droit d'un patient de recevoir de*

---

<sup>16</sup> Cf. également l'arrêt de la Cour de justice du 12 juillet 2001, n°C-157/99, cité par l'UNML en page 8 de ses conclusions, de même que l'arrêt de la Cour du 5 octobre 2010 (*Elchinov*), n°C-173-09, spécialement points 41 à 43.

*telles prestations dans un autre État membre, financées par le système dont il relève, soit soumis à une autorisation préalable (voir, en ce sens, arrêt du 5 octobre 2010, Commission/France, C-512/08, EU:C:2010:579, points 33 à 36, ainsi que arrêt Elchinov, points 40 à 43 et jurisprudence citée). »*

Ce n'est que dans des situations particulières, liées notamment à l'état pathologique du patient, que l'exigence « *dans tous les cas* » d'une autorisation préalable peut être considérée comme une entrave injustifiée à la libre prestation de services (voir spécialement C.J.U.E., 23 septembre 2020, C-777/18, points 33, 48, 50, 82 et 85<sup>17</sup> ; C.J.U.E., 5 octobre 2010 (Elchinov), n°C-173-09, points 45 à 51).

En outre, le mécanisme d'autorisation préalable repris à l'article 294 de l'A.R. du 3 juillet 1996 résulte de la transposition de la directive 2011/24/UE.

Comme l'indique la Cour de justice, cette directive « *ainsi qu'il résulte notamment de son considérant 8, a opéré une codification de la jurisprudence de la Cour concernant certains aspects liés aux soins de santé dispensés dans un État membre autre que celui où réside le bénéficiaire, en particulier le remboursement de ces soins, afin de parvenir à une application plus générale et aussi plus efficace des principes établis au cas par cas par la Cour* » (C.J.U.E., 23 septembre 2020, C-777/18, point 65).

Par ailleurs, F.L. se réfère à l'arrêt de la Cour de justice du 12 juillet 2001 (Vanbraeckel, C-368/98) dans lequel la personne assurée (qui demandait à être autorisée à recevoir des soins en France) avait essuyé un refus de la part de l'institution compétente, refus que la cour du travail de Mons avait jugé non fondé et ce, après avoir recueilli l'avis d'un expert. Dans un tel cas, l'institution compétente ne peut refuser le remboursement des soins.

Or, en la présente cause, le tribunal n'a pas dit que les décisions litigieuses étaient non fondées mais il les a annulées pour défaut de motivation, avant de se prononcer lui-même sur le fond du droit (jugement du octobre 2019, 10<sup>ème</sup> page). Le tribunal, exerçant son pouvoir de pleine juridiction, s'est substitué à l'organisme assureur pour décider, après expertise, que les conditions de fond pour obtenir une autorisation n'étaient pas réunies. L'arrêt « Vanbraeckel » n'est ainsi pas transposable en la présente cause.

Enfin, F.L. ne prouve pas que son état de santé nécessitait qu'elle se fasse soigner d'urgence sans attendre l'autorisation du médecin-conseil de la mutuelle (cf. ci-après, sur l'urgence).

---

<sup>17</sup> Dans cette affaire, la Cour de justice suggère (sous réserve de vérification par la juridiction de renvoi) que, même si le patient n'avait pas été empêché de présenter une demande d'autorisation préalable, il n'aurait pas pu attendre la décision de l'institution compétente sur cette demande, en raison de l'urgence de l'intervention : dans ces circonstances spécifiques, le droit au remboursement doit être reconnu même sans autorisation préalable (voir point 55 de l'arrêt).

En conclusion, une des conditions règlementaires pour obtenir une intervention de l'assurance n'est pas rencontrée, à savoir l'existence d'une autorisation préalable.

## **2.2. Sur l'urgence alléguée**

Comme déjà indiqué, il ne résulte d'aucune des pièces du dossier de F.L. que son état de santé nécessitait une intervention urgente à l'étranger, alors que F.L. précise elle-même qu'une intervention (classique) en Belgique aurait pu être programmée pour la fin du mois de juin 2018 (ses conclusions, page 20), soit peu de temps après sa demande du 3 avril 2018.

F.L. n'établit pas non plus que la nécessité d'une opération urgente ne serait apparue qu'en mars 2018 alors que la présence de nodules avait été détectée dès le 19 janvier 2018.

De plus, contrairement à l'avis de Mme l'avocat général (préconisant à titre principal un complément d'expertise sur la question de l'urgence), la cour estime que le rapport de l'expert est clair sur ce point.

L'expert indique ainsi (pages 3 et 4 de son rapport déposé le 24 juillet 2020) que « *le cas de (F.L.) aurait pu être traité de façon adéquate sur le territoire belge, par une chirurgie thyroïdienne classique, endéans un délai tout à fait raisonnable et compatible avec les nécessités de sa pathologie.* » et que « (...) *le traitement dont elle avait besoin n'incluait pas nécessairement l'intervention robotisée dont question (...) de façon urgente, justifiant une intervention le 13 avril 2018 (...) une telle intervention en Belgique pouvait se réaliser dans un délai raisonnable et approprié à son état de santé* ».

Aucun élément du dossier ne permet de remettre en cause les considérations de l'expert relatives à la possibilité d'être traitée dans un délai raisonnable et compatible avec les nécessités de la pathologie.

Les conditions d'une autorisation préalable n'étaient donc pas remplies, puisque le traitement médical aurait pu être dispensé en Belgique dans un délai acceptable sur le plan médical.

## **2.3. Sur la nécessité d'une intervention robotisée**

À titre surabondant, la cour constate qu'il n'est pas établi que les conditions médicales étaient « meilleures » en France, au sens de l'article 294, § 1, 2°, de l'A.R. du 3 juillet 1996 (qui requiert comme condition, en plus, que cette hospitalisation à l'étranger soit préalablement jugée indispensable par le médecin-conseil).

À ce sujet, l'expert relève que « *à l'heure actuelle, la seule distinction majeure en termes de résultats sur le plan scientifique est la différence sur le plan cosmétique* » (rapport déposé le 24 juillet 2020, page 3).

L'expert a également rencontré l'argument relatif à la coagulopathie (« *situation avec laquelle les équipes médicales et chirurgicales belges ont l'habitude de travailler (...) les techniques adéquates existent pour prendre en charge de tels patients* », page 3 du même rapport ; voir également pages 2 et 3 concernant « *les variations anatomiques concernant la position des nerfs récurrents et des glandes parathyroïdes* » qualifiées par l'expert de « *chose commune (...) les chirurgiens pratiquant ce type d'intervention sont bien informés de cette situation (...)* » ; voir également page 2 du rapport d'expertise complémentaire).

F.L. n'établit pas non plus que la question de la cicatrice rendait indispensable l'opération litigieuse à l'étranger, l'aspect esthétique n'étant pas un critère d'intervention de l'assurance pour des soins à l'étranger.

Il n'apparaissait donc nullement indispensable de recourir à l'intervention litigieuse à l'étranger.

#### **2.4. Sur la faute de l'UNML**

F.L. soutient que l'UNML aurait commis une faute, en raison du fait que les décisions litigieuses ont été annulées par le tribunal.

Le dommage allégué n'est toutefois pas lié à une faute de l'UNML (défaut de motivation adéquate selon ce que le tribunal a jugé) mais au fait que F.L. ne remplit objectivement pas les conditions d'intervention de l'assurance soins de santé.

Rien n'indique du reste que F.L. aurait modifié son comportement (et aurait renoncé à l'opération en France pour se faire soigner en Belgique) si l'UNML avait adopté une décision motivée différemment.

Rappelons que F.L. a planifié l'opération avant même de solliciter l'autorisation de sa mutuelle et qu'elle a eu lieu 10 jours seulement après l'envoi de sa demande d'autorisation.

#### **2.5. Conclusion**

Les conditions de remboursement ne sont pas réunies.

Les soins nécessités par l'état de santé de F.L. pouvaient être dispensés en Belgique dans un délai médicalement acceptable.

F.L. ne remplissait pas les conditions pour obtenir l'autorisation de recevoir les soins en question à l'étranger.

Cette condition liée à une autorisation préalable, telle qu'appliquée en la présente cause, est conforme au droit européen tel qu'exposé ci-avant.

Aucune circonstance particulière ne justifiait, en l'espèce, de déroger à l'exigence de l'autorisation préalable.

L'appel est non fondé.

L'affaire est évaluable en argent puisqu'elle porte sur un remboursement à charge de l'assurance d'un montant inférieur à 620 euros. L'indemnité de procédure de base s'élève à 145,76 euros.

**PAR CES MOTIFS,  
LA COUR DU TRAVAIL,**

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare l'appel recevable mais non fondé,

Confirme le jugement frappé d'appel ;

Condamne l'UNML aux dépens d'appel, que la cour taxe, dans le chef de Mme F L, à la somme de 145,76 euros à titre d'indemnité de procédure ;

Met à charge de l'UNML la contribution de 24 € destinée au fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne.

Cet arrêt est rendu et signé par :

Fr.-X. H, conseiller,

Ch. P, conseiller social au titre d'employeur,

M.-L. A, conseiller social au titre d'employé,

Assistés de B. C, greffier

B. C,

M.-L. A,

Ch. P\*,

Fr.-X. H,

*\*Ch. P, conseiller social au titre d'employeur, qui était présente lors des débats et qui a participé au délibéré de la cause est dans l'impossibilité de signer.  
Conformément à l'article 785 du Code judiciaire, l'arrêt est signé par Fr.-X. H, Conseiller et M.-L. A, Conseiller social au titre d'employé.*

B. C

et prononcé, à l'audience publique de la 8ème Chambre de la Cour du travail de Bruxelles, le 06 juin 2024, où étaient présents :

Fr.-X. H, conseiller,  
B. C, greffier

B. C

Fr.-X. H