



Recueil de la jurisprudence

CONCLUSIONS DE L'AVOCAT GÉNÉRAL
M. GERARD HOGAN
présentées le 30 avril 2020¹

Affaire C-243/19

A
contre
Veselibas ministrija

[demande de décision préjudicielle formée par l'Augstākās tiesas Senāts (Sénat de la Cour suprême, Lettonie)]

« Renvoi préjudiciel – Sécurité sociale – Assurance maladie – Règlement (CE) n° 883/2004 – Article 20, paragraphe 2 – Autorisation de recevoir un traitement en dehors de l'État membre de résidence – Autorisation accordée si le traitement figure parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre de résidence et si la personne ne peut pas bénéficier de ce traitement dans un délai acceptable sur le plan médical – Directive 2011/24/UE – Article 7 – Article 8, paragraphe 5 – Remboursement de soins de santé transfrontaliers – Frais médicaux encourus dans un autre État membre – Refus – Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne – Article 10, paragraphe 1, et article 21, paragraphe 1 – Article 56 TFUE »

I. Introduction

1. La présente demande de décision préjudicielle concerne l'interprétation de l'article 56 TFUE, de l'article 10, paragraphe 1², et de l'article 21, paragraphe 1, de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après la « Charte »), de l'article 20, paragraphe 2, du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, sur la coordination des systèmes de sécurité sociale³ et de l'article 8, paragraphe 5, de 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 transfrontaliers⁴.

2. Les questions posées dans la présente demande de décision préjudicielle invitent la Cour à apprécier l'étendue selon laquelle les États membres doivent prendre en compte le choix personnel du patient dans le cadre de la prestation publique de soins de santé transfrontaliers lorsqu'ils mettent en œuvre l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 et les articles 7 et 8 de la directive 2011/24. Précisément, la Cour doit examiner dans quelle mesure – le cas échéant – le choix d'un patient fondé

1 Langue originale : l'anglais.

2 Alors que les questions posées par la juridiction de renvoi ne font pas la moindre référence à l'article 10, paragraphe 1, de la Charte, je me réfère à cette disposition dans un souci d'exhaustivité. Je relèverai que dans le cadre de la présente procédure, je n'opère pas, les parties ne l'ayant d'ailleurs pas fait valoir, de distinction significative entre la protection accordée à A et B à l'article 10, paragraphe 1, et à l'article 21, paragraphe 1, de la Charte, car A a essentiellement allégué dans la procédure au principal et dans la procédure devant la Cour qu'il avait subi une discrimination indirecte fondée sur sa religion. Je n'exclus pas cependant, dans l'abstrait, que la portée de l'article 10, paragraphe 1, et de l'article 21, paragraphe 1, de la Charte puisse être différente dans un autre cadre.

3 JO 2004, L 166, p. 1 ; rectificatif, JO 2004, L 200, p. 1.

4 JO 2011, L 88, p. 45.

sur des motifs religieux doit faire l'objet d'une conciliation dans ce cadre, ne fût-ce qu'en considération des dispositions de l'article 10, paragraphe 1, de la Charte⁵ (qui dispose que toute personne a droit à la liberté de religion) et de l'article 21, paragraphe 1, de la Charte (qui interdit les discriminations fondées sur la religion)⁶. Ces questions se posent dans le contexte suivant.

3. La demande a été présentée dans une procédure entre A, qui est le père d'un enfant B, et le Veselibas ministrija (ministère de la Santé, Lettonie). B est né avec une maladie cardiovasculaire dont le traitement exigeait une intervention chirurgicale. Ce type d'opération peut être réalisé en Lettonie, mais implique nécessairement une transfusion sanguine. En outre, l'opération figure parmi les traitements prévus par la législation lettone relative à son système de santé national. La juridiction de renvoi a ainsi souligné le fait qu'il n'existe aucune raison médicale justifiant que B ne puisse pas subir l'opération en question en Lettonie.

4. A est un Témoin de Jéhovah et, pour ce motif, s'oppose à la transfusion sanguine, même si, comme ici, l'opération en cause constitue un traitement médical vital et essentiel pour son jeune fils, B. Il apparaît que les Témoins de Jéhovah considèrent l'interdiction relative au sang comme une exigence scripturale compte tenu de l'admonition contenue dans le verset 29, chapitre 15 des Actes des Apôtres, imposant aux chrétiens de s'« abstenir des viandes sacrifiées aux idoles, du sang, des animaux étouffés », mais également comme une interdiction qui, lorsqu'elle se manifeste, constitue une épreuve pratique de foi.

5. D'aucuns diront à titre liminaire qu'une juridiction laïque, comme la Cour ou la juridiction de renvoi, ne saurait pouvoir trancher des questions de cette nature. Une diversité d'opinions religieuses et philosophiques constitue la substance de la liberté de pensée, de conscience et de religion garantie à l'article 10, paragraphe 1, de la Charte. Les termes mêmes de cette disposition – illustrant de fait un engagement profond qui figure également dans les constitutions des États membres, en faveur de la liberté de réflexion philosophique et de la liberté religieuse – présupposent que les États membres ne soient pas directifs quant à ce qui est orthodoxe ou conventionnel à cet égard.

6. Tout cela signifie que les juridictions doivent être particulièrement préparées à protéger la diversité des opinions en matière de conscience, de religion et de liberté de pensée. Il s'agit, par conséquent, du cadre général de la présente procédure. Il importe d'indiquer, cependant, que les questions relatives à l'article 10, paragraphe 1, et à l'article 21, paragraphe 1, de la Charte, en cause ici, sont néanmoins présentées sous une forme quelque peu diluée et moins aiguë que dans de nombreuses affaires antérieures impliquant les Témoins de Jéhovah, dont les juridictions nationales ont été saisies. Nombre de ces affaires concernaient le droit des juridictions nationales de s'immiscer et d'ordonner l'administration d'une transfusion sanguine à des enfants lorsqu'une intervention chirurgicale était nécessaire aux fins de sauver leur vie.

5 Le droit garanti à l'article 10, paragraphe 1, de la Charte correspond au droit garanti à l'article 9 de la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales signée à Rome le 4 novembre 1950 (ci-après la « CEDH »), dont tous les États membres sont signataires et, conformément à l'article 52, paragraphe 3, de la Charte, il a le même sens et la même portée que celui-ci (voir arrêt du 14 mars 2017, G4S Secure Solutions, C-157/15, EU:C:2017:203, point 27). La CEDH et la Charte utilisent le terme « religion » dans un sens large, en ce qu'elles incluent dans celui-ci la liberté des personnes de manifester leur religion. Il convient d'interpréter la notion de « religion » figurant à l'article 10, paragraphe 1, et à l'article 21, paragraphe 1, de la Charte comme couvrant tant le forum internum, à savoir le fait d'avoir des convictions, que le forum externum, à savoir la manifestation en public de la foi religieuse. Voir, par analogie, arrêt du 14 mars 2017, G4S Secure Solutions (C-157/15, EU:C:2017:203, point 28). Voir également arrêt du 10 juillet 2018, Jehovan todistajat (C-25/17, EU:C:2018:551, point 47).

6 Au point 55 de l'arrêt du 9 mars 2017, Milkova (C-406/15, EU:C:2017:198), la Cour a jugé que le principe d'égalité de traitement constitue un principe général du droit de l'Union, désormais consacré aux articles 20 et 21 de la Charte, qui exige que des situations comparables ne soient pas traitées de manière différente et que des situations différentes ne soient pas traitées de manière égale, à moins qu'un tel traitement ne soit objectivement justifié. Une différence de traitement est justifiée dès lors qu'elle est fondée sur un critère objectif et raisonnable, c'est-à-dire lorsqu'elle est en rapport avec un but légalement admissible poursuivi par la législation en cause, et que cette différence est proportionnée au but poursuivi par le traitement concerné.

7. Cette question ne se pose pas en ce qui concerne la présente affaire, car l'opération vitale a été en fait, heureusement, réalisée sur l'enfant, quoiqu'en Pologne et non en Lettonie. L'opération, qui a été réalisée en Pologne au mois d'avril 2017, n'a pas nécessité en réalité une transfusion sanguine et il s'agissait de la raison spécifique justifiant que B se soit rendu en Pologne.

8. La question qui s'est ainsi présentée est d'une nature un peu plus prosaïque, en portant sur le point de savoir si A a le droit de demander un remboursement de la part du Nacionālais veselības dienests (service national de santé) d'une partie ou de l'intégralité des coûts de l'intervention qui a été effectuée en Pologne. A a demandé à cette fin au service de santé de délivrer un document désigné « formulaire S 2 » autorisant ainsi son fils à bénéficier de certains soins de santé programmés dans un autre État membre de l'Union européenne, dans un État de l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse, conformément à une législation nationale transposant, notamment, l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004. Cette autorisation aurait permis que les frais relatifs à l'opération en question en Pologne soient supportés par le budget de la République de Lettonie. L'autorisation a été, cependant, refusée au motif que l'intervention aurait pu être réalisée en Lettonie – bien que, à la différence de la République de Pologne, elle aurait impliqué l'utilisation d'une transfusion sanguine – et qu'il n'existait aucun *motif médical* justifiant de réaliser l'intervention sur B sans transfusion sanguine.

9. A considère qu'il a subi une discrimination indirecte pour des raisons religieuses, car la majorité des personnes et leurs enfants sont en mesure de bénéficier des services de santé nécessaires sans compromettre leurs convictions religieuses ou morales.

10. La Cour s'est ainsi vu demander d'apprécier si cette discrimination indirecte alléguée fondée sur la religion peut être légitime et donc nécessaire et proportionnée, pour le moins eu égard au fait que l'adaptation d'un traitement médical afin de prendre en compte des croyances religieuses peut créer une charge supplémentaire pour le budget général de la santé.

11. La Cour doit examiner, en particulier, si des critères médicaux sont les seuls critères qu'un État membre est obligé de prendre en compte sur le fondement l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 et de l'article 8, paragraphe 6, sous d), de la directive 2011/24 ou si des croyances religieuses sincères doivent également être intégrées dans l'équation.

12. Il est, cependant, tout d'abord nécessaire de présenter les dispositions pertinentes, notamment législatives, avant d'examiner ces questions.

II. Le cadre juridique

A. Le droit de l'Union

1. Le règlement n° 883/2004

13. L'article 20 du règlement n° 883/2004, intitulé « Déplacement aux fins de bénéficier de prestations en nature – Autorisation de recevoir un traitement adapté en dehors de l'État membre de résidence », est libellé comme suit :

« 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.

[...] »

2. La directive 2011/24

14. L'article 7 de la directive 2011/24, intitulé « Principes généraux applicables au remboursement des coûts », prévoit :

« 1. Sans préjudice du [règlement n° 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.

[...]

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.

[...]

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.

[...] »

15. L'article 8 de la directive 2011/24, intitulé « Soins de santé susceptibles d'être soumis à autorisation préalable », est libellé comme suit :

« 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 ;

[...]

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 :

[...]

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.

[...] »

B. Le droit letton

16. Le point 310 du Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumi Nr. 1529 ‘Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība’ (décret du conseil des ministres n° 1529, « Modalités d’organisation et de financement des soins de santé »), du 17 décembre 2013 (ci-après le « décret n° 1529 »), prévoit :

« 310 Le service de santé délivre le formulaire S 2 à une personne qui a le droit de bénéficier de soins de santé couverts par le budget de l’État et qui souhaite bénéficier de soins de santé programmés dans un autre État membre de l’Union ou de [l’EEE] ou en Suisse, si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

310.1 les soins de santé sont couverts par le budget de l’État conformément à la réglementation applicable à de tels soins ;

310.2 à la date d’examen de la demande, aucun des établissements de santé mentionnés au point 7 du présent décret ne peut assurer les soins de santé et un avis justifié en ce sens par l’établissement en question a été obtenu ;

310.3 les soins en question sont nécessaires à la personne pour éviter une dégradation irréversible des fonctions vitales et de l’état de santé, compte tenu de l’état de santé de la personne au moment de l’examen de celle-ci et de l’évolution prévisible de la maladie. »

17. Le point 328 du décret n° 1529 dispose :

« 328 Le service de santé rembourse à la personne qui a le droit de bénéficier en Lettonie de soins de santé payés sur le budget de l’État les frais qui ont été couverts par des fonds personnels pour des soins de santé reçus dans un autre État membre de l’Union ou de l’EEE ou en Suisse ;

328.1 sur la base des dispositions du règlement n° 883/2004 et du règlement [(CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 16 septembre 2009, fixant les modalités d’application du règlement n° 883/2004⁷], ainsi que conformément aux conditions tarifaires des soins médicaux de l’État dans lequel la personne a bénéficié de tels soins et conformément à l’information sur la somme à rembourser donnée par l’autorité compétente de l’État membre de l’Union ou de l’EEE ou de la Suisse, à condition que :

[...]

328.1.2 le service de santé ait décidé de délivrer le formulaire S 2, mais que la personne ait effectué le paiement des soins de santé reçus sur ses propres fonds,

328.2 conformément aux tarifs des soins médicaux établis au moment où ceux-ci sont dispensés ou conformément au montant de remboursement indiqué dans la réglementation sur la procédure de remboursement des frais d’acquisition de médicaments et de dispositifs médicaux prévus pour un traitement ambulatoire, au moment de leur acquisition, à condition que :

328.2.1 la personne ait reçu les soins médicaux programmés (notamment avec autorisation préalable), sauf dans le cas prévu au point 328.1.2, et que ces soins médicaux soient payés en République de Lettonie sur le budget de l’État, selon la procédure prévue dans le présent décret.

[...] »

⁷ JO 2009, L 284, p. 1.

III. Les faits au principal et les questions préjudicielles

18. Le fils (B) du requérant (A) est né avec une maladie cardiovasculaire menaçant sa vie qui exigeait une intervention chirurgicale afin de prévenir une dégradation irréversible de sa santé. Le fait que cette intervention était médicalement nécessaire est incontesté. Cette forme de chirurgie spécifique est proposée en Lettonie et est incluse sur la liste des traitements qui sont pris en charge par la République de Lettonie dans le cadre de son service public de santé.

19. Ainsi que je l'ai déjà indiqué, le litige provient du fait que A est un Témoin de Jéhovah et, pour ce motif, n'accepte pas l'utilisation des transfusions sanguines. Étant donné que cette opération ne peut pas être réalisée en Lettonie sans transfusion sanguine, A a demandé au service de santé de délivrer à son fils un formulaire S 2 autorisant un traitement médical et son paiement, notamment, dans un autre État membre. Par décision du 29 mars 2016, le service de santé a refusé d'accorder cette autorisation. Par décision du 15 juillet 2016, le ministère de la Santé a maintenu cette décision.

20. A a formé un recours devant l'Administratīvā rajona tiesa, Rīgas tiesu nams (tribunal administratif de district, section de Riga, Lettonie) visant une décision administrative favorable à l'égard du droit de son fils de recevoir un certain traitement médical programmé. Par jugement du 9 novembre 2016, cette juridiction a rejeté le recours de A.

21. En appel, l'Administratīvā apgabaltiesa (Cour administrative régionale, Lettonie) a approuvé le raisonnement de la juridiction de première instance et a rejeté le pourvoi par un arrêt du 10 février 2017. Cette juridiction a indiqué que l'opération médicale en cause était un traitement financé par le budget de l'État et nécessaire pour éviter des dommages irréversibles des fonctions vitales ou de la santé du fils de A. L'opération pourrait être réalisée en Lettonie, mais seulement en utilisant un protocole comportant une transfusion sanguine. A a maintenu qu'il avait fait l'objet d'une discrimination au motif que « la majorité des personnes dans la société ont la possibilité de bénéficier des services de santé nécessaires sans renoncer à leurs convictions religieuses ». De ce fait, A a fait valoir qu'il est dans une situation différente de celle des autres patients.

22. L'Administratīvā apgabaltiesa (Cour administrative régionale) a constaté, tout d'abord, qu'une des exigences cumulatives de la délivrance du formulaire S 2 n'avait pas été satisfaite en vertu du point 310.2 du décret n° 1529. À cet égard, cette juridiction a relevé que le fait que les hôpitaux utilisent en Lettonie une méthode de traitement comportant la transfusion de produits sanguins et que A refuse ce traitement ne signifie pas que ces hôpitaux ne peuvent pas assurer les soins de santé dont il est spécifiquement question.

23. En deuxième lieu, cette juridiction a relevé que, du fait que la méthode de traitement doit être basée sur des critères médicaux, le service de santé, en refusant d'accorder l'autorisation du traitement qui est accessible en Lettonie, n'avait pas limité le droit de choisir de A se rapportant à la réception d'un traitement pour la maladie de son fils, et que la décision du service de santé n'est pas liée aux croyances religieuses de A. Les futurs patients ont droit de refuser un type spécifique de traitement et de choisir une alternative, mais l'État n'est pas en ce cas tenu de prendre à sa charge ce traitement alternatif.

24. En troisième lieu, pour qu'une personne soit remboursée conformément aux tarifs fixés en Lettonie, il est nécessaire que le service de santé délivre une autorisation préalable, pour laquelle A n'a pas introduit de demande. A allègue par conséquent de manière erronée qu'il n'est pas possible de recevoir un remboursement pour un traitement dans un établissement de santé polonais, puisqu'une demande d'autorisation n'avait pas été présentée à l'autorité publique selon la procédure prévue.

25. En quatrième lieu, la liberté de religion n'est pas un droit absolu et peut donc, dans certaines circonstances, être limitée. D'autre part, la présente affaire concerne la liberté de religion de A et non celle de son fils, B. En outre, la liberté des parents de prendre des décisions importantes au nom de l'enfant peut être limitée afin de protéger au mieux les intérêts de l'enfant.

26. A a formé un pourvoi en cassation devant la juridiction de renvoi. Dans ce pourvoi, A a indiqué que, afin d'éviter de porter atteinte à la santé de l'enfant, l'opération avait été en fait réalisée en Pologne le 22 avril 2017.

27. A soutient, notamment, que l'État doit créer un système de santé qui peut s'adapter à la situation personnelle du patient, ce qui inclut la prise en compte des croyances religieuses des parents ou tuteurs d'un patient mineur. Le traitement d'un patient doit être assuré tout en tenant pleinement compte de sa dignité, laquelle comprend ses valeurs morales et ses croyances religieuses. Cependant, selon A, l'Administratīvā apgabaltiesa (Cour administrative régionale) a seulement analysé ces croyances à l'égard du droit des parents de choisir le type de soins de santé que reçoit leur enfant. Elle n'a pas examiné si, en conséquence, les parents sont implicitement forcés par les autorités de renoncer à leurs croyances religieuses. A considère que l'interdiction des discriminations a été ignorée, car la République de Lettonie l'a traité de la même manière que d'autres patients qui sont dans des situations différentes et n'ont pas besoin que leur méthode de traitement soit adaptée.

28. Le ministère de la Santé partage l'avis du service de santé selon lequel l'intéressé doit remplir un ensemble d'exigences cumulatives pour qu'un formulaire S 2 soit délivré : i) il existe une exigence que le traitement médical en cause soit pris en charge au moyen de fonds publics ; ii) que ce traitement soit nécessaire pour éviter une dégradation irréversible des fonctions vitales, et iii) que le traitement spécifique ne soit pas disponible en Lettonie. Cette disposition, contenue tant dans la législation nationale que dans le règlement n° 883/2004, est impérative et ne laisse aucun pouvoir d'appréciation aux autorités à l'égard de l'adoption d'un acte administratif. La dernière exigence n'a donc pas été satisfaite puisque, dans les circonstances actuelles, le traitement nécessaire peut être dispensé en Lettonie, bien que A soit opposé à une transfusion de composants sanguins en raison de ses croyances religieuses. Le ministère de la Santé souligne que, dans le cadre légal, certaines limites raisonnables ont été mises à l'adaptation des traitements afin d'assurer, dans la mesure du possible, une distribution rationnelle des ressources financières et de protéger l'ensemble des intérêts publics liés à l'accès à une médecine de qualité en Lettonie.

29. En outre, le ministère de la Santé souligne qu'il n'existe aucun fondement permettant d'appliquer les dispositions de la directive 2011/24, car le requérant n'a pas demandé une autorisation préalable afin d'être remboursé selon les tarifs fixés en Lettonie. Enfin, le ministère de la Santé relève que les considérations de la Cour relatives aux soins de santé transfrontaliers ont été résumées dans la directive 2011/24, qui, néanmoins, prévoit le remboursement des coûts de ce traitement selon les tarifs fixés en Lettonie et non ceux de l'État dans lequel ce traitement a été reçu.

30. La juridiction de renvoi indique que l'application des mêmes règles à des situations différentes est interdite, car elle équivaudrait à une discrimination indirecte, sauf si cette application est nécessaire pour poursuivre un but légitime et si la mesure est proportionnée à ce but. Dans les circonstances présentes, l'objectif d'appliquer une égalité de traitement ou des critères apparemment neutres peut être de protéger la santé publique et les droits d'autrui, c'est-à-dire la nécessité de maintenir une offre suffisante, équilibrée et permanente de soins hospitaliers de qualité ainsi que de protéger la stabilité financière du système de sécurité sociale. Selon la juridiction de renvoi, l'adaptation d'un traitement aux croyances religieuses pouvant créer une charge supplémentaire pour le budget général de la santé, il pouvait s'agir d'un but légitime.

31. S'agissant de l'appréciation de la proportionnalité, la juridiction de renvoi souligne que les soins hospitaliers des patients entraînent des coûts importants et que l'État a un large pouvoir d'appréciation, particulièrement à l'égard de l'affectation des ressources. Cependant, en examinant le principe de proportionnalité dans le cadre de la liberté de religion, il est nécessaire d'apprécier si un juste équilibre a été atteint entre les intérêts de la personne et ceux de la société, même si cela aboutirait à des coûts supplémentaires pour l'État. La juridiction de renvoi accepte par conséquent qu'un État membre puisse refuser, conformément à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, interprété compte tenu de l'article 21, paragraphe 1, de la Charte, de délivrer l'autorisation en cause si les soins hospitaliers, dont l'efficacité médicale n'est pas contestée et disponibles dans l'État membre de résidence de la personne concernée, sont contraires aux croyances religieuses de cette personne.

32. La juridiction de renvoi exprime en même temps des doutes quant au point de savoir si l'exigence de proportionnalité est raisonnablement satisfaite lorsque aucun des coûts liés aux soins de santé reçus par la personne dans un autre État membre n'est remboursé, si cette personne n'était pas en mesure de recevoir les soins hospitaliers nécessaires dans son État membre de résidence en raison de ses croyances religieuses.

33. La juridiction de renvoi relève à cet égard que l'article 7, paragraphe 1, de la directive 2011/24 prévoit que, sans préjudice du règlement n° 883/2004 et sous réserve des dispositions des articles 8 et 9 de cette directive, l'État membre d'affiliation doit rembourser les coûts des soins transfrontaliers jusqu'au niveau des coûts qui auraient été pris en charge dans cet État membre. Un traitement hospitalier peut cependant être soumis à une autorisation préalable sur le fondement de l'article 8 de la directive 2011/24, qui peut être refusée si un traitement aussi efficace peut être dispensé sur son territoire. La juridiction de renvoi observe que conformément à l'article 7, paragraphe 4, de la directive 2011/24, les coûts engagés ne doivent pas être plus élevés que ceux qui seraient encourus si le traitement était dispensé en Lettonie. En outre, le considérant 29 de la directive 2011/24 prévoit expressément que la prise en charge de ces coûts ne devrait pas avoir une incidence considérable sur le financement des systèmes de santé nationaux. En revanche, les conséquences négatives pour les patients qui se voient refuser le remboursement sont peut-être exagérément élevées.

34. Dans ces conditions, l'Augstākās tiesas Senāts (Sénat de la Cour suprême, Lettonie) a décidé de surseoir à statuer et de poser à la Cour les questions préjudicielles suivantes :

- « 1) Les dispositions combinées de l'article 20, paragraphe 2, du règlement [n° 883/2004] et de l'article 21, paragraphe 1, de la [Charte] doivent-elles être interprétées en ce sens qu'un État membre peut refuser l'autorisation mentionnée à l'article 20, paragraphe 1, dudit règlement lorsque, dans l'État de résidence de la personne, un traitement hospitalier dont l'efficacité médicale ne soulève aucun doute est disponible, mais que le mode de traitement utilisé n'est pas conforme aux convictions religieuses de la personne ?
- 2) Les dispositions combinées de l'article 56 TFUE, de l'article 8, paragraphe 5, de la [directive 2011/24] et de l'article 21, paragraphe 1, de la [Charte] doivent-elles être interprétées en ce sens qu'un État membre peut refuser l'autorisation mentionnée à l'article 8, paragraphe 1, de ladite directive lorsque, dans l'État d'affiliation de la personne, un traitement hospitalier dont l'efficacité médicale ne soulève aucun doute est disponible, mais que le mode de traitement utilisé n'est pas conforme aux convictions religieuses de la personne ? »

IV. La procédure devant la Cour

35. Des observations écrites sur les questions posées par l'Augstākās tiesas Senāts (Sénat de la Cour suprême) ont été présentées par A, le ministère de la Santé, les gouvernements letton, italien et polonais et par la Commission européenne.

36. Lors de l'audience devant la Cour du 13 février 2020, A, le ministère de la Santé, les gouvernements letton et polonais et la Commission ont présenté des observations orales.

V. Analyse

A. La portée de la demande de décision préjudicielle

37. Ce qui est en cause dans la présente affaire est la délivrance de ce qui est désigné comme étant le formulaire S 2 à B afin que ce dernier puisse bénéficier de soins de santé transfrontaliers dans un autre État membre. La délivrance de ce formulaire semblerait fondée, notamment, sur des dispositions nationales transposant l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 et l'article 26 du règlement n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 16 septembre 2009, fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004⁸ plutôt que sur les dispositions de la directive 2011/24 ou, en effet, de l'article 56 TFUE. Étant donné cependant que des soins de santé transfrontaliers peuvent également être remboursés sur le fondement de la directive 2011/24, la juridiction de renvoi a considéré qu'il est également nécessaire de prendre cette directive en compte et la seconde question posée par cette juridiction se réfère, notamment, à l'article 56 TFUE et à l'article 8, paragraphe 5, de la directive 2011/24⁹.

38. Le ministère de la Santé et les gouvernements letton et polonais soutiennent, cependant, que la directive 2011/24 n'est pas pertinente dans le cadre de la présente procédure, A n'ayant pas demandé l'autorisation préalable des soins de santé transfrontaliers destinés à B, conformément à cette directive. En outre, il a été également soutenu à l'audience du 13 février 2020 que A n'avait pas demandé le remboursement des soins de santé transfrontaliers reçus par B dans un délai d'un an, comme l'exigeait la législation nationale transposant la directive 2011/24. Par ailleurs, à la suite de plusieurs questions posées aux parties par la Cour à l'audience, il semblerait que le système d'autorisation préalable prévu par le droit national transposant, notamment, l'article 8 de la directive 2011/24 ait été supprimé avec effet au 1^{er} septembre 2018.

39. L'ensemble de ces considérations laisserait donc entendre que l'autorisation préalable était une exigence applicable au remboursement des soins de santé transfrontaliers¹⁰ en vertu de la législation nationale transposant l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 et l'article 8 de la directive 2011/24 à l'époque des faits pertinents dans la procédure au principal. À l'audience, cependant, A avait indiqué que les informations appropriées sur les règles concernant l'application de l'article 8 de la directive 2011/24 et l'exigence d'autorisation préalable n'étaient pas disponibles en Lettonie à l'époque concernée¹¹.

8 JO 2009, L 284, p. 1.

9 Cette considération ressort également des considérants 30 et 31 de la directive 2011/24, qui exigent que les deux systèmes en question soient appliqués de manière cohérente. Un patient ne peut bénéficier que d'un seul système à l'égard d'un traitement donné, cependant, si les conditions de l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 sont remplies, en principe, le système le plus favorable doit s'appliquer. Voir, également, article 8, paragraphe 3, de la directive 2011/24.

10 Du type en cause dans la procédure au principal.

11 Voir considérant 48 de la directive 2011/24, relatif à la nécessité d'informations appropriées sur tous les aspects essentiels des soins de santé transfrontaliers.

40. D'après moi, ces points constituent des questions de fait comme d'application du droit et de la pratique nationaux, dont la vérification relève de la seule compétence de la juridiction de renvoi. Il ne saurait donc être considéré que l'interprétation demandée par la juridiction de renvoi à l'égard de sa seconde question serait nécessairement hypothétique¹².

41. Il convient également de relever que l'applicabilité du règlement n° 883/2004 et, en effet, de la directive 2011/24¹³ à la présente affaire et le fait que la législation nationale puisse être conforme aux dispositions de cette législation dérivée n'ont pas pour effet de retirer cette législation nationale du champ d'application des dispositions du traité FUE et, par extension, des règles relatives à la liberté de prestation des services ou en effet, selon moi, des dispositions de la Charte¹⁴.

42. Je considère donc que toutes les dispositions du droit de l'Union visées par les questions posées par la juridiction de renvoi sont importantes pour la présente affaire¹⁵. Les questions posées nécessitent un examen de la nature et de la portée de l'*exigence d'obtenir une autorisation (préalable)* sur le fondement de l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 et de l'article 8 de la directive 2011/24 afin d'avoir droit au remboursement dans l'État membre d'affiliation de tout ou partie des coûts des soins de santé hospitaliers transfrontaliers. L'examen doit être effectué, en particulier, compte tenu du droit à la liberté religieuse mentionné à l'article 10, paragraphe 1, de la Charte et de l'interdiction des discriminations fondées sur la religion inscrite à l'article 21, paragraphe 1, de la Charte.

43. Il semble ressortir de la demande de décision préjudicielle que le refus de délivrer le formulaire S 2 à l'égard du traitement de B était uniquement fondé sur le fait que le traitement médical en cause pouvait avoir été dispensé en Lettonie. Les autres limitations du droit à des soins de santé transfrontaliers pouvant être imposées quant au droit de recevoir un remboursement dans l'intérêt général ne sont donc pas pertinentes¹⁶.

12 Selon une jurisprudence constante, dans le cadre de la procédure instituée à l'article 267 TFUE, il appartient au seul juge national, qui est saisi du litige et qui doit assumer la responsabilité de la décision juridictionnelle à intervenir, d'apprécier, au regard des particularités de l'affaire, tant la nécessité d'une décision préjudicielle pour être en mesure de rendre son jugement que la pertinence des questions qu'il pose à la Cour. En conséquence, dès lors que les questions posées portent sur l'interprétation du droit de l'Union, la Cour est, en principe, tenue de statuer. Toutefois, la Cour a également jugé que, dans des circonstances exceptionnelles, il lui appartient d'examiner les conditions dans lesquelles elle est saisie par le juge national en vue de vérifier sa propre compétence. Le refus de statuer sur une question préjudicielle posée par une juridiction nationale n'est possible que lorsqu'il apparaît de manière manifeste que l'interprétation du droit de l'Union sollicitée n'a aucun rapport avec la réalité ou l'objet du litige au principal, lorsque le problème est de nature hypothétique ou encore lorsque la Cour ne dispose pas des éléments de fait et de droit nécessaires pour répondre de façon utile aux questions qui lui sont posées (arrêt du 19 novembre 2009, Filipiak, C-314/08, EU:C:2009:719, points 40 à 42 et jurisprudence citée).

13 La base juridique de la directive 2011/24 est l'article 114 TFUE (voir considérant 2 de cette directive). L'article 168 TFUE revêt également une importance particulière (voir considérant 1 de cette directive). Néanmoins, je considère que les articles 7 et 8 de la directive 2011/24 s'appuient largement sur la jurisprudence de la Cour dans le domaine de la libre prestation de soins de santé sur le fondement l'article 56 TFUE (voir considérant 8 de la directive 2011/24). J'estime donc qu'il existe un chevauchement considérable entre la jurisprudence de la Cour sur l'article 56 TFUE sur cette question et les articles 7 et 8 de la directive 2011/24.

14 Voir, par analogie, arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, point 38). Voir, également, arrêt du 16 mai 2006, Watts (C-372/04, EU:C:2006:325, points 46 et 47). Aux points 31 et 34 de l'arrêt du 30 avril 2014, Pflieger e.a. (C-390/12, EU:C:2014:281), la Cour a constaté que le champ d'application de la Charte, pour ce qui est de l'action des États membres, est défini à l'article 51, paragraphe 1, de celle-ci, aux termes duquel les dispositions de la Charte s'adressent aux États membres uniquement lorsqu'ils mettent en œuvre le droit de l'Union. L'applicabilité du droit de l'Union implique celle des droits fondamentaux garantis par la Charte. Il résulte de ce qui précède que, lorsque les États membres mettent en œuvre le règlement n° 883/2004 et la directive 2011/24, les dispositions de la Charte sont applicables. En outre, au point 35 de l'arrêt du 30 avril 2014, Pflieger e.a. (C-390/12, EU:C:2014:281), la Cour a jugé que, lorsqu'un État membre invoque des raisons impérieuses d'intérêt général pour justifier une réglementation qui est de nature à entraver l'exercice de la libre prestation de services, cette justification, prévue par le droit de l'Union, doit être interprétée à la lumière des principes généraux du droit de l'Union et notamment des droits fondamentaux désormais garantis par la Charte. Ainsi, la réglementation nationale en cause ne pourra bénéficier des exceptions prévues que si elle est conforme aux droits fondamentaux dont la Cour assure le respect.

15 L'article 22 de la Charte, qui dispose que l'Union respecte, notamment, la diversité religieuse, importe également.

16 Voir, notamment, article 8, paragraphe 6, sous a) à c), de la directive 2011/24.

1. Aperçu de la jurisprudence de la Cour relative à la libre prestation des services – article 56 TFUE – soins de santé transfrontaliers – exigence d’autorisation préalable

44. Il ressort d’une jurisprudence constante que les services médicaux soumis à notre examen relèvent du champ d’application des dispositions relatives à la libre prestation des services, y compris les situations où des soins sont dispensés dans un environnement hospitalier¹⁷. La libre prestation des services inclut la liberté des destinataires des services, notamment des personnes devant recevoir des soins médicaux, de se rendre dans un autre État membre pour y bénéficier de ces services¹⁸.

45. La Cour a déclaré que l’exigence d’autorisation préalable à l’égard d’un traitement envisagé dans un autre État membre à laquelle est subordonnée la prise en charge par l’institution compétente, *selon le régime de couverture en vigueur dans l’État membre dont elle relève*, de soins programmés dans un autre État membre constitue une entrave à la libre prestation des services tant pour les patients que pour les prestataires, dès lors qu’un tel système décourage lesdits patients, voire les empêche de s’adresser à des prestataires de services médicaux établis dans un autre État membre aux fins d’obtenir les soins en cause¹⁹.

46. Néanmoins, la Cour a également jugé que, bien qu’une autorisation préalable constitue, tant pour les patients que pour les prestataires, un obstacle à la libre prestation des services, l’article 56 TFUE ne s’oppose pas en principe à ce que le droit d’un patient d’obtenir des soins hospitaliers dans un autre État membre à la charge du système dont il relève soit soumis à une autorisation préalable²⁰. Les objectifs d’une telle exigence d’autorisation préalable peuvent être considérés comme étant destinés i) à ne pas risquer une atteinte grave à l’équilibre financier du système de sécurité sociale, ii) à maintenir un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous, iii) au maintien d’une capacité de soins ou d’une compétence médicale sur le territoire national et iv) à permettre une planification qui poursuit l’objectif de garantir sur le territoire de l’État membre concerné une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité²¹.

17 Arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, point 36 et jurisprudence citée).

18 Arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, point 37 et jurisprudence citée). Aux points 26 à 28 de l’arrêt du 21 juin 2012, Susisalo e.a. (C-84/11, EU:C:2012:374), la Cour a jugé que, conformément à l’article 168, paragraphe 7, TFUE, tel que précisé par la jurisprudence de la Cour, le droit de l’Union ne porte pas atteinte à la compétence des États membres pour aménager leurs systèmes de sécurité sociale et pour prendre, en particulier, des dispositions destinées à organiser des services de santé. Toutefois, dans l’exercice de cette compétence, les États membres doivent respecter le droit de l’Union, notamment les dispositions du traité relatives aux libertés fondamentales. Ces dispositions comportent l’interdiction pour les États membres d’introduire ou de maintenir des restrictions injustifiées à l’exercice de ces libertés dans le domaine des soins de santé. Dans l’appréciation du respect de cette obligation, il doit être tenu compte du fait que la santé et la vie des personnes occupent le premier rang parmi les biens et intérêts protégés par le traité et qu’il appartient aux États membres de décider du niveau auquel ils entendent assurer la protection de la santé publique et la manière dont ce niveau doit être atteint. Comme ce niveau peut varier d’un État membre à l’autre, il convient de reconnaître aux États membres une marge d’appréciation.

19 Arrêt du 27 octobre 2011, Commission/Portugal (C-255/09, EU:C:2011:695, point 60 et jurisprudence citée).

20 Arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, point 41).

21 À cet égard, la Cour a considéré qu’il ne saurait être exclu qu’un risque d’atteinte grave à l’équilibre financier du système de sécurité sociale puisse constituer une raison impérieuse d’intérêt général susceptible de justifier une entrave à la libre prestation de services. Elle a de même reconnu que l’objectif de maintenir un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous peut également relever des dérogations pour des raisons de santé publique au titre de l’article 56 TFUE, dans la mesure où un tel objectif contribue à la réalisation d’un niveau élevé de protection de la santé. Elle a, par ailleurs, précisé que l’article 56 TFUE permet aux États membres de restreindre la libre prestation de services médicaux et hospitaliers, dans la mesure où le maintien d’une capacité de soins ou d’une compétence médicale sur le territoire national est essentiel pour la santé publique, voire pour la survie de sa population. La Cour a également considéré que 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 susceptibles d’offrir doivent pouvoir faire l’objet d’une planification, laquelle répond, en règle générale, à diverses préoccupations. D’une part, cette planification poursuit l’objectif de garantir sur le territoire de l’État membre concerné une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité. D’autre part, 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. Un tel gaspillage s’avérerait en effet d’autant plus dommageable qu’il est constant que le secteur des soins hospitaliers engendre des coûts considérables et doit répondre à des besoins croissants, tandis que les ressources financières pouvant être consacrées aux soins de santé ne sont, quel que soit le mode de financement utilisé, pas illimitées (voir arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, points 42 et 43).

47. Au point 44 de l'arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), la Cour a jugé que, si le droit de l'Union ne s'oppose pas en principe à un système d'autorisation préalable, il est néanmoins nécessaire que les conditions mises à l'octroi d'une telle autorisation soient justifiées au regard des impératifs susvisés, qu'elles n'excèdent pas ce qui est objectivement nécessaire à cette fin et que le même résultat ne puisse pas être obtenu par des règles moins contraignantes. Un tel système doit en outre être fondé sur des critères objectifs, non discriminatoires et connus à l'avance, de manière à encadrer l'exercice du pouvoir d'appréciation des autorités nationales afin que celui-ci ne soit pas exercé de manière arbitraire.

2. Les règles prévues par le règlement n° 883/2004 et la directive 2011/24

48. Ainsi que je l'ai déjà indiqué, la présente procédure concerne, notamment, deux systèmes législatifs établis en vertu du droit de l'Union selon lesquels un assuré peut recevoir des soins de santé transfrontaliers, à savoir l'article 20 du règlement n° 883/2004 et les articles 7 et 8 de la directive 2011/24. En dépit de similitudes, il existe toutefois des différences importantes entre ces régimes législatifs.

a) Le règlement n° 883/2004

49. Conformément à l'article 20, paragraphe 1, du règlement n° 883/2004, une personne assurée se rendant dans un autre État membre aux fins de bénéficier d'un traitement médical *doit*²² demander une autorisation à l'institution compétente. En dépit du caractère d'obligation de cette disposition, la Cour a jugé que l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 *a pour seul objet* d'identifier les circonstances dans lesquelles *il est exclu* que l'institution compétente *puisse refuser l'autorisation* sollicitée sur le fondement de l'article 20 de ce règlement²³. La Cour a donc constaté au point 53 de l'arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), que l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 énonce deux conditions cumulatives dont la réunion rend obligatoire la délivrance, par l'institution compétente, de l'autorisation préalable sollicitée sur le fondement de cet article.

50. La première condition exige que les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'assuré social²⁴. Il ressort de la décision de renvoi que le traitement médical en cause dans la procédure au principal figure parmi la liste des traitements financés par le budget de la République de Lettonie. La première condition exige que les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'assuré social. À cet égard, il convient de relever qu'il n'existe aucun élément dans la demande de décision préjudicielle ou dans le dossier présenté devant la Cour qui tendrait à indiquer que le ministère de la Santé a refusé de rembourser le traitement destiné à B au motif que cette condition n'avait pas été satisfaite²⁵.

22 Voir, cependant, arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, points 45 et 46), à l'égard d'une exception en cas d'urgence.

23 Voir, à cet effet, arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, point 39).

24 Arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, point 54). La Cour a jugé que le droit de l'Union ne porte pas atteinte à la compétence des États membres pour aménager leurs systèmes de sécurité sociale et que, en l'absence d'une harmonisation au sein de l'Union, il appartient à la législation de chaque État membre de déterminer les conditions d'octroi des prestations en matière de sécurité sociale. Voir considérant 7 de la directive 2011/24 et arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, points 40 et 56). Ainsi, il n'est en principe pas incompatible avec le droit de l'Union qu'un État membre procède à l'établissement de listes limitatives des prestations médicales prises en charge par son système de sécurité sociale et que ce droit ne saurait en principe avoir pour effet de contraindre un État membre à étendre de telles listes de prestations (arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, point 58 et jurisprudence citée).

25 En effet, la juridiction de renvoi considère que la première condition prévue à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 a été satisfaite (voir point 15 de la demande de décision préjudicielle). Il ne fait donc aucun doute qu'il est demandé au ministère de la Santé de payer pour des soins de santé à l'étranger qui ne sont pas prévus par le droit letton.

51. La juridiction de renvoi a indiqué que la seconde condition prévue à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 est en cause. Cette condition exige que le traitement que l'assuré envisage de recevoir dans un État membre autre que l'État membre de résidence ne puisse pas être dispensé dans le délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement en question dans ce dernier État membre, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de sa maladie²⁶.

52. Aux points 65 et 66 de l'arrêt du 5 octobre 2010, *Elchinov* (C-173/09, EU:C:2010:58), la Cour a indiqué que l'autorisation ne peut être refusée lorsqu'il apparaît que la première condition est satisfaite et qu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité ne peut être obtenu en temps opportun dans l'État membre sur le territoire où réside l'intéressé. Ainsi, pour apprécier si un traitement médical qui présente le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps utile dans l'État membre de résidence, l'institution compétente est tenue de prendre en considération l'ensemble des circonstances caractérisant chaque cas concret, en tenant dûment compte non seulement de la situation médicale du patient au moment où l'autorisation est sollicitée, et, le cas échéant, du degré de la douleur ou de la nature du handicap de ce dernier, qui pourrait, par exemple, rendre impossible ou excessivement difficile l'exercice d'une activité professionnelle, mais également de ses antécédents²⁷.

53. Si les deux conditions en question sont satisfaites, l'assuré a droit, sur le fondement de l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, au remboursement du coût du traitement conformément aux dispositions de la législation de l'État où le traitement a été dispensé. Si le montant du remboursement des frais exposés pour des services hospitaliers dispensés dans un État membre autre que celui de résidence, qui résulte de l'application des règles en vigueur dans celui-ci, est inférieur à celui qui aurait résulté de l'application de la législation en vigueur dans l'État membre de résidence en cas d'hospitalisation dans ce dernier, il doit en outre être accordé par l'institution compétente, en vertu de l'article 56 TFUE tel qu'interprété par la Cour, un remboursement complémentaire correspondant à la différence entre ces deux montants²⁸.

54. À mon sens, la seconde condition imposée à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 exige que le patient démontre que les soins de santé transfrontaliers sont nécessaires en raison d'un besoin médical imminent. L'État membre d'affiliation est donc tenu de délivrer le formulaire S 2 et supporter les coûts associés²⁹, car il ne peut pas satisfaire de manière appropriée le besoin médical concerné en temps opportun en dépit du fait qu'il s'est engagé à combler ce besoin, ainsi que le démontre le fait que la première condition de l'article 20, paragraphe 2, a été remplie. On peut donc considérer que le régime envisagé par le règlement n° 883/2004 concerne exclusivement un besoin médical et non, en tant que tel, un choix personnel du patient en cause.

55. Il en découle, par conséquent, que du fait que la seconde condition précisée par le règlement n° 883/2004 est purement liée à un besoin médical réel et n'implique pas une question de choix personnel (que ce soit pour des raisons religieuses ou autres), la décision des autorités lettonnes de refuser de délivrer le formulaire S 2 ne peut pas, en principe et sous réserve de l'application de la Charte, être critiquée en référence à cette condition particulière.

²⁶ Arrêt du 5 octobre 2010, *Elchinov* (C-173/09, EU:C:2010:581, point 63).

²⁷ Au point 70 de l'arrêt du 16 mai 2006, *Watts* (C-372/04, EU:C:2006:325), la Cour a précisé que si le délai découlant des objectifs généraux de planification n'excède pas le délai médicalement acceptable, l'institution compétente est en droit de considérer que la seconde condition n'est pas remplie et de refuser la délivrance de l'autorisation sollicitée par l'intéressé.

²⁸ Arrêt du 5 octobre 2010, *Elchinov* (C-173/09, EU:C:2010:581, points 77 et 78). Lorsqu'un assuré social ayant introduit une demande d'autorisation sur le fondement de cette disposition a essuyé un refus de la part de l'institution compétente et que le caractère non fondé d'un tel refus est ultérieurement établi soit par l'institution compétente elle-même, soit par une décision juridictionnelle, cet assuré est en droit d'obtenir directement le remboursement, par l'institution compétente, d'un montant équivalent à celui qui aurait normalement été pris en charge si l'autorisation avait été dûment délivrée dès l'origine (arrêt du 5 octobre 2010, *Elchinov*, C-173/09, EU:C:2010:581, point 48).

²⁹ Lesquels peuvent éventuellement être nettement plus élevés que ceux supportés par ailleurs par l'État membre d'affiliation. En effet, on peut présumer de l'argumentation du ministère de la Santé et du gouvernement letton que les coûts des soins hospitaliers dans d'autres États membres sont nettement plus élevés que ceux des soins équivalents en Lettonie. Dans l'abstrait, cependant, on ne saurait exclure que les coûts à supporter par l'État membre d'affiliation puissent être inférieurs.

56. Cette considération n'est pas, cependant, nécessairement le facteur déterminant en ce qui concerne la demande de remboursement des coûts des soins dont B a bénéficié en Pologne, puisqu'il est ensuite nécessaire d'examiner la situation à l'égard de la directive 2011/24.

b) La directive 2011/24

57. L'effet général des articles 7 et 8 de la directive 2011/24 est à la fois de codifier et d'approfondir la jurisprudence de la Cour relative au remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers en vue d'assurer une plus grande sécurité juridique et de la transparence en la matière³⁰.

58. L'article 7, paragraphe 1, de la directive 2011/24 prévoit que 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.

59. Contrairement à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, l'article 7, paragraphe 4, premier alinéa, de la directive 2011/24 prévoit que 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 reçus³¹.

60. Un assuré peut donc demander un remboursement, jusqu'au niveau qui aurait été pris en charge par son État membre d'affiliation, des coûts encourus au titre, par exemple, d'une consultation chez un médecin généraliste ou un dentiste dans un autre État membre *à condition* que les soins de santé en question figurent parmi les prestations auxquelles l'assuré a droit dans l'État membre d'affiliation³².

61. L'article 7, paragraphe 1, de la directive 2011/24 confirme donc que les patients ont, en principe, un choix réel et effectif de l'État membre dans lequel ils peuvent recevoir des soins de santé. Il en découle que, à condition que les soins de santé en question figurent parmi les prestations auxquelles l'assuré a droit dans l'État membre d'affiliation, ils doivent être remboursés comme si ce choix avait été exercé dans cet État membre. En effet, les patients ont droit de recevoir des soins de santé transfrontaliers et, selon moi, leurs choix à cet égard *n'ont pas* besoin d'être exclusivement motivés par des considérations médicales.

62. Il existe ici une nette différence entre l'application du règlement n° 883/2004, d'une part, et de la directive 2011/24, d'autre part.

³⁰ Voir considérants 26 et 27 de la directive 2011/24. Voir également article 9, paragraphe 2, de la directive 2011/24.

³¹ Voir, également, arrêt du 27 octobre 2011, Commission/Portugal (C-255/09, EU:C:2011:695, point 79). Pour les exceptions à cette limitation du remboursement, voir article 7, paragraphe 4, troisième alinéa, de la directive 2011/24. Au point 70 de l'arrêt du 27 octobre 2011, Commission/Portugal (C-255/09, EU:C:2011:695), la Cour a en effet rappelé que le fait qu'une mesure nationale puisse éventuellement être conforme à une disposition de droit dérivé, en l'occurrence l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, n'a pas pour effet de faire échapper cette mesure aux dispositions du traité. En outre, l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 vise à permettre à l'assuré, qui est autorisé par l'institution compétente à se rendre dans un autre État membre pour y recevoir des soins appropriés à son état, de bénéficier des prestations de maladie en nature, pour le compte de l'institution compétente, mais selon les dispositions de la législation de l'État dans lequel les prestations sont fournies, *notamment au cas où le transfert deviendrait nécessaire compte tenu de l'état de santé de l'intéressé, et ce sans subir des frais supplémentaires*. En revanche, il y a lieu de constater que l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, interprété à la lumière de son objectif, n'a pas pour objet de réglementer et, dès lors, n'empêche nullement le remboursement par l'État membre d'affiliation, aux tarifs en vigueur dans ledit État membre, *des frais engagés à l'occasion de soins dispensés dans un autre État membre, même en l'absence d'autorisation préalable*.

³² Voir, à cet effet, arrêt du 27 octobre 2011, Commission/Portugal (C-255/09, EU:C:2011:695, points 90 à 95).

63. Par conséquent, en vertu du régime envisagé par la directive 2011/24, un patient peut aller dans un État membre autre que l'État membre d'affiliation et y recevoir des soins de santé pour des raisons, par exemple, de proximité, une simple préférence ou, comme en l'espèce, en raison de croyances religieuses³³. Il est vrai, naturellement, que de nombreux patients peuvent choisir de ne pas recourir à des soins de santé transfrontaliers pour tout un ensemble de raisons. Nombre d'entre elles sont probablement personnelles. Les patients peuvent choisir, par exemple, de recevoir un traitement médical dans leur État de résidence pour des motifs de convenance privée ou de connaissance générale de ce système médical et de son personnel.

64. Du fait, cependant, que le remboursement prévu par la directive 2011/24 est limité à la somme qui serait remboursée dans l'État membre d'affiliation, la Cour a jugé que ces diverses circonstances paraissent de nature à limiter l'impact financier éventuel sur le système de sécurité sociale d'un État membre et, par exemple, supprimer l'exigence d'autorisation préalable en ce qui concerne les soins dispensés au cabinet du praticien étranger³⁴.

65. En dépit de la nature ouverte de l'article 7, paragraphe 1, de la directive 2011/24, l'article 8, paragraphe 1, de cette directive envisage néanmoins qu'un État membre d'affiliation *puisse*³⁵ prévoir un système d'autorisation préalable du remboursement des coûts de certains soins de santé transfrontaliers, particulièrement les soins qui impliquent l'hospitalisation du patient concerné pour au moins une nuit et les soins qui nécessitent un recours à des équipements hautement spécialisés³⁶. Les limitations imposées doivent, cependant, conformément à l'article 8, paragraphe 1, de la directive 2011/24, être restreintes à ce qui est nécessaire et proportionné aux objectifs poursuivis. Toute limitation de cette sorte ne saurait constituer un moyen de discrimination arbitraire ou un obstacle injustifié à la libre circulation des patients. Il ressort du libellé même de l'article 8, paragraphe 1, de la directive 2011/24 que le système d'autorisation préalable – et donc la possibilité de limiter l'accès aux soins de santé transfrontaliers – est exceptionnel par nature et doit en conséquence être interprété de manière restrictive.

66. À cet égard, l'article 8, paragraphe 2, sous a), de la directive 2011/24 prévoit que les soins de santé susceptibles d'être soumis à autorisation préalable *sont limités* aux soins de santé qui, notamment, 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 *impliquent le séjour du patient concerné à l'hôpital pour au moins une nuit ou nécessitent un recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux*³⁷.

33 En revanche, il ressort de la seconde condition prévue à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 que le droit à des soins de santé transfrontaliers dans son cadre est soumis à une autorisation préalable qui peut, conformément à cette disposition, être refusée par l'État membre d'affiliation en l'absence de besoin médical imminent.

34 Voir arrêt du 13 mai 2003, Müller-Fauré et van Riet (C-385/99, EU:C:2003:270, point 97).

35 À cet égard, il semblerait, sous réserve de vérification par la juridiction de renvoi, que la République de Lettonie ait appliqué un système d'autorisation préalable conformément à l'article 8 de la directive 2011/24 avant le 2 septembre 2018.

36 Voir article 8, paragraphe 2, sous a), de la directive 2011/24. Voir, également, article 7, paragraphe 9, de cette directive, qui prévoit que l'État membre d'affiliation peut *limiter le remboursement* des soins de santé transfrontaliers pour des raisons impérieuses d'intérêt général.

37 Compte tenu de ces conditions, je pense qu'il peut être raisonnablement présumé que l'article 8, paragraphe 2, sous a), de la directive 2011/24 porte sur les soins de santé transfrontaliers reçus par B en Pologne. Voir, également, libellé des questions de la juridiction de renvoi. Voir, également, article 8, paragraphe 2, sous b), de cette directive. Il s'agit d'une question de fait sur laquelle la juridiction de renvoi est seule compétente pour statuer.

67. En tout état de cause, l'article 8, paragraphe 5, de la directive 2011/24 prévoit, notamment, que 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 de cette directive, et si ces soins de santé ne peuvent être dispensés sur son territoire dans un délai acceptable sur le plan médical³⁸. Par conséquent, conformément à l'article 8, paragraphe 6, sous d), de la directive 2011/24, l'État membre d'affiliation peut refuser d'accorder une autorisation préalable si les soins de santé peuvent être dispensés sur son territoire dans un délai acceptable sur le plan médical.

68. Il en découle donc que différentes obligations financières peuvent incomber aux États membres en fonction du point de savoir si l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 ou, à titre subsidiaire, les articles 7 et 8 de la directive 2011/24 sont en cause. Or, il s'agit d'une autre différence entre les deux systèmes législatifs.

3. L'application à la présente affaire du règlement n° 883/2004, de la directive 2011/24 ainsi que de l'article 10, paragraphe 1, et de l'article 20, paragraphe 1, de la Charte

69. Ainsi que je l'ai déjà observé, toutes les parties conviennent que l'intervention qui a été réalisée sur B, le fils de A, était nécessaire afin d'éviter une dégradation irréversible de son état de santé. Alors qu'il n'existe aucun motif *médical* justifiant que B ne puisse pas bénéficier d'un traitement disponible en Lettonie, comme nous l'avons déjà évoqué, les croyances religieuses de A ont empêché B de bénéficier des soins de santé en question³⁹. Le cas de la procédure au principal concerne par conséquent le remboursement par le ministère de la Santé des coûts des soins hospitaliers reçus par B en Pologne en vertu de l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, étant donné que le ministère de la Santé a refusé d'accorder une autorisation préalable à l'égard de ces soins médicaux en refusant de délivrer le formulaire S 2 et aussi éventuellement en vertu des articles 7 et 8 de la directive 2011/24⁴⁰.

70. Il convient de rappeler qu'afin que des soins de santé transfrontaliers soient remboursés, tant l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 que l'article 7, paragraphe 1, de la directive 2011/24 exigent que les soins de santé concernés figurent parmi les prestations dispensées par l'État membre d'affiliation. Du fait que cette condition était remplie dans le cas de l'intervention réalisée sur B, il n'est pas question d'imposer à un État membre, en l'occurrence la République de Lettonie, de payer pour un traitement qu'un assuré (B en l'espèce) *n'aurait pas* eu le droit de recevoir dans l'État membre d'affiliation.

71. Il s'ensuit donc que le point de savoir si un État membre, comme la République de Lettonie, peut toujours être tenu d'assumer des obligations financières supplémentaires, positives, et, peut-être, parfois onéreuses, en dispensant des soins de santé qui ne figurent pas parmi les prestations dispensées par l'État membre d'affiliation afin de garantir effectivement le droit d'une personne de pratiquer sa religion ou sinon de ne pas subir une discrimination fondée sur la religion n'apparaît tout simplement pas dans la présente affaire, étant donné que la première condition prévue à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 était, en tout état de cause, remplie.

38 Voir article 8, paragraphe 6, sous d), de la directive 2011/24. Cette disposition reflète étroitement celle de l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004.

39 La sincérité de ces croyances religieuses et la nécessité pour B de demander un traitement hors de Lettonie afin d'assurer la conformité avec ces croyances n'ont pas été mises en cause dans les mémoires déposés devant la Cour. À l'audience du 13 février 2020, A a souligné le fait que le traitement en question était une procédure vitale pour B qui n'était en aucune manière motivée par des raisons de « tourisme médical ».

40 Il n'existe rien dans le dossier qui laisserait entendre que le droit de B à la liberté de recevoir des services transfrontaliers ait été enfreint autrement. Étant donné cependant que les soins de santé transfrontaliers sont parfois très onéreux, l'existence d'un droit au remboursement peut être primordial pour qu'une personne jouisse effectivement de ce droit.

72. En ce qui concerne la seconde condition figurant à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 et les termes de l'article 8, paragraphe 6, sous d), de la directive 2011/24, ces dispositions permettent, en effet, aux États membres de refuser d'autoriser ou rembourser des soins de santé transfrontaliers en l'absence de besoin médical imminent. Je considère que le libellé de ces dispositions n'est pas équivoque et que les *seuls critères spécifiquement envisagés sont médicaux par nature*.

73. Il importe de souligner, cependant, que, conformément à l'article 51, paragraphe 1, de la Charte, les États membres doivent lorsqu'ils mettent en œuvre le droit de l'Union respecter les droits, observer les principes et promouvoir l'application des dispositions de la Charte, y compris de l'article 10, paragraphe 1, et de l'article 21, paragraphe 1⁴¹.

74. Il semblerait, sous réserve de vérification par la juridiction de renvoi, que les règles nationales en cause dans la procédure au principal – qui sont fondées, notamment, sur l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 et l'article 8, paragraphe 6, sous d), de la directive 2011/24 – concernant l'exigence d'un besoin médical imminent afin que les coûts du traitement de B en Pologne soient remboursés n'entravent pas directement la pratique religieuse ni ne donnent lieu à une discrimination directe fondée sur la religion. Ces règles sont parfaitement neutres à cet égard.

75. Il appartient à la juridiction de renvoi d'apprécier si ces règles nationales entravent indirectement la pratique religieuse ou introduisent une différence de traitement qui est indirectement fondée sur la religion ou les croyances⁴². Il est clair, cependant, que les règles en question n'entravent pas de manière injustifiée la pratique religieuse ni ne représentent une discrimination indirecte si elles sont objectivement justifiées par un objectif légitime et si les moyens de réaliser cet objectif sont appropriés et nécessaires⁴³.

76. Il s'agit en définitive d'une question qu'il appartient à la juridiction de renvoi de trancher⁴⁴. Je considère, cependant, que la jurisprudence de la Cour sur le besoin d'une autorisation préalable et la libre circulation des services médicaux sur le fondement de l'article 56 TFUE apporte des orientations considérables en la matière.

41 L'interdiction de toute discrimination fondée sur la religion ou les convictions revêt un caractère impératif en tant que principe général de droit de l'Union. Consacrée à l'article 21, paragraphe 1, de la Charte, cette interdiction se suffit à elle-même pour conférer aux particuliers un droit invocable en tant que tel dans un litige qui les oppose dans un domaine couvert par le droit de l'Union. Dès lors qu'une discrimination, contraire au droit de l'Union, a été constatée, les personnes défavorisées doivent être placées dans la même situation que les personnes bénéficiant de l'avantage concerné (voir arrêt du 22 janvier 2019, Cresco Investigation, C-193/17, EU:C:2019:43, points 76 et 79). Il convient de relever qu'à la différence des faits dans l'affaire susmentionnée, les faits en question dans la procédure au principal concernent une relation verticale entre A et B d'une part et le ministère de la Santé de l'autre.

42 D'après moi, il est concevable qu'A et B aient subi, comme l'a allégué A, une discrimination indirecte fondée sur la religion et que leur droit de pratiquer leur religion ait été entravé en raison de l'application du droit national transposant la seconde condition de l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, car la demande d'un formulaire S 2 à l'égard de B a été rejetée et il n'a donc pas eu le droit de recevoir un remboursement des soins de santé, en conformité avec les croyances religieuses sincèrement détenues de A, qui étaient seulement disponibles dans un autre État membre. De plus, la juridiction de renvoi doit apprécier si une demande d'autorisation de recevoir des soins de santé transfrontaliers a été ou pouvait avoir été présentée par A ou B conformément à l'article 8 de la directive 2011/24. Si une exigence d'autorisation préalable a été imposée par le droit national conformément à l'article 8 de la directive 2011/24 et que les conditions de son octroi n'ont pas pris en compte les croyances religieuses de A et de B, une limitation peut avoir été indirectement imposée à l'exercice par eux des droits et libertés reconnus à l'article 10, paragraphe 1, de la Charte et ils peuvent avoir subi une discrimination indirecte conformément à l'article 21, paragraphe 1, de la Charte.

43 Voir, par analogie, arrêt du 14 mars 2017, G4S Secure Solutions (C-157/15, EU:C:2017:203, point 35). Il convient de souligner que, conformément à l'article 52, paragraphe 1, de la Charte, des limitations peuvent être imposées à l'exercice des droits et libertés reconnus, notamment, à l'article 10, paragraphe 1, et à l'article 21, paragraphe 1, de la Charte si elles sont prévues par la loi et respectent le contenu essentiel de ces droits et libertés. En outre, dans le respect du principe de proportionnalité, des limitations ne peuvent être apportées à ces droits et libertés que si elles sont nécessaires et répondent effectivement à des objectifs d'intérêt général reconnus par l'Union ou au besoin de protection des droits et libertés d'autrui. Je partage donc l'argumentation du gouvernement polonais selon laquelle le droit de pratiquer sa religion n'est pas une prérogative absolue, mais peut être limité par la loi dans l'intérêt général et de manière proportionnée.

44 Lorsqu'elle apprécie ces moyens, la juridiction de renvoi doit adopter une approche globale prenant en compte toutes les convictions religieuses présentes en nombre en Lettonie et ne pas simplement examiner l'impact du seul cas de B sur le système de santé letton. Ainsi, au point 74 de l'arrêt du 13 mai 2003, Müller-Fauré et van Riet (C-385/99, EU:C:2003:270), la Cour a jugé qu'il va de soi que la prise en charge d'un traitement isolé, effectué dans un État membre autre que celui où est établie la caisse de maladie dont relève un assuré déterminé, ne peut jamais avoir de conséquence significative sur le financement du système de sécurité sociale. Il convient donc nécessairement d'adopter une approche globale des conséquences de la libre prestation des services en matière de santé.

77. À cet égard, il convient de rappeler qu'il ressort d'une jurisprudence constante⁴⁵ que l'article 56 TFUE n'exclut pas en principe que le droit d'un patient de recevoir un traitement hospitalier dans un autre État membre aux frais du système auquel il est affilié fasse l'objet d'une autorisation préalable⁴⁶ destinée i) à ne pas risquer une atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale, ii) à maintenir un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous, iii) au maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale sur le territoire national et iv) à permettre une planification qui poursuit l'objectif de garantir sur le territoire de l'État membre concerné une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité⁴⁷.

a) L'absence de justification du refus d'autorisation (préalable) fondé sur des motifs organisationnels ou structurels en vertu tant de l'article 20, paragraphes 1 et 2, du règlement n° 883/2004 que de l'article 8, paragraphe 2, et paragraphe 6, sous d), de la directive 2011/24

78. Si on écarte momentanément le premier critère, qui est purement financier et porte sur le coût de la prestation de soins de santé, les autres critères sont, selon moi, organisationnels ou structurels par nature et sont liés à la prestation ordonnée et équilibrée de soins de santé efficaces par l'État membre d'affiliation à tous les assurés⁴⁸. Les critères en question sont également applicables à l'égard de la justification de l'autorisation préalable du remboursement et des motifs de son refus figurant tant à l'article 20, paragraphes 1 et 2, du règlement n° 883/2004 qu'à l'article 8, paragraphe 2, et paragraphe 6, sous d), de la directive 2011/24.

79. Du fait que la République de Lettonie a apparemment supprimé l'exigence d'autorisation préalable prévue par le droit national transposant l'article 8 de la directive 2011/24 le 1^{er} septembre 2018⁴⁹, il est pour le moins permis de se demander, sous réserve de vérification par la juridiction de renvoi, si le refus du ministère de la Santé de délivrer un formulaire S 2⁵⁰ à B par décision du 29 mars 2016 – moins de 18 mois auparavant – pouvait en fait être justifié pour des motifs organisationnels ou structurels⁵¹.

80. À mon sens, si aucun motif organisationnel ou structurel de nature à justifier une limitation de la libre circulation des services de santé garantie à l'article 56 TFUE n'existe, je considère qu'il est improbable que des critères similaires aient pu justifier une limitation du droit garanti par la Charte de pratiquer sa religion ou de ne pas subir une discrimination fondée sur la religion, sauf si ce droit était susceptible de provoquer une augmentation des demandes de soins de santé transfrontaliers fondées sur des motifs religieux et était de nature à porter atteinte de manière appréciable à la prestation ordonnée et équilibrée de soins de santé efficaces en Lettonie.

81. À cet égard, je relèverais que le ministère de la Santé et le gouvernement letton ont initialement invoqué dans leurs observations écrites devant la Cour les ressources financières limitées dont dispose la République de Lettonie pour les soins de santé comme justification du refus d'autorisation préalable. Des raisons organisationnelles ou structurelles ne représentaient pas, en tant que telles, une justification permettant de refuser d'autoriser des soins de santé transfrontaliers en l'absence de besoin médical imminent.

45 Voir arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, points 42 et 43 et la jurisprudence citée).

46 Arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581, point 41).

47 Ces critères ont essentiellement été réitérés à l'article 8, paragraphe 2, sous a), de la directive 2011/24. Voir également point 46 et note 20 des présentes conclusions.

48 Ces critères possèdent indubitablement aussi une *composante financière indirecte* étant donné les ressources limitées disponibles dans tous les États membres en matière de santé publique.

49 En effet, à l'audience du 13 février 2020, le gouvernement letton a indiqué que la nécessité de cette autorisation préalable conforme à l'article 8 de la directive 2011/24 a été supprimée le 1^{er} septembre 2018, car elle s'était révélée inutile.

50 Nonobstant le fait que celui-ci se fondait sur les dispositions nationales transposant l'article 20 du règlement n° 883/2004.

51 Dans leurs observations, les gouvernements italien et polonais ont, cependant, affirmé l'importance de ces critères organisationnels et structurels afin d'assurer la prestation équilibrée de soins de santé.

b) Justification du refus d'autorisation (préalable) fondé sur le coût

82. Le coût est un facteur important en ce qui concerne la présente affaire. Tandis que la liberté religieuse est essentielle dans une société libre où des différences de convictions religieuses et de croyances philosophiques doivent, dans la mesure du possible, faire l'objet d'une conciliation et être protégées par les États membres, l'octroi d'un soutien financier sur des fonds publics à ces fins est un tout autre sujet. Les garanties de liberté religieuse les plus étendues – comme celles contenues à l'article 10, paragraphe 1, de la Charte, à l'article 9 CEDH et, en effet, dans les constitutions nationales des États membres – n'obligeraient pas en elles-mêmes ces États à proposer un régime de soutien financier pour permettre à des personnes de pratiquer leurs croyances religieuses. Personne ne suggérerait, par exemple, qu'un État membre soit obligé de fournir des moyens de transport pour permettre à un membre âgé et indigent d'une confession particulière d'assister à des services religieux, même s'il pouvait être vraisemblablement démontré que cette personne ne serait pas sinon en mesure d'accomplir ses obligations religieuses.

83. Le coût est, en conséquence, un facteur qui doit nécessairement être pris en considération pour apprécier si et dans quelle mesure des croyances religieuses doivent être intégrées dans l'équation complexe des soins de santé transfrontaliers et du remboursement des coûts liés à ces soins.

1) Le règlement n° 883/2004

84. Sur la question du coût, une nette distinction peut être opérée entre l'exigence d'autorisation préalable des soins de santé transfrontaliers conformément à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, d'une part, et à l'article 8 de la directive 2011/24 d'autre part. Les charges financières qui peuvent incomber à l'État membre d'affiliation à l'égard des soins de santé transfrontaliers qui ont été autorisés conformément à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 sont potentiellement plus onéreuses que celles qui seraient générées dans le cas des articles 7 et 8 de la directive 2011/24.

85. En vertu de l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, l'État membre d'affiliation doit supporter les coûts de ces soins de santé dans l'État membre du traitement, tandis que, dans le cas des articles 7 et 8 de la directive 2011/24, les obligations de l'État membre d'affiliation consistent simplement à régler les coûts que son système public de santé aurait dû supporter de toute façon si le traitement avait été réalisé dans cet État membre.

86. Si la juridiction de renvoi devait constater, après l'examen de ces facteurs financiers, que le système de santé letton, afin de se concilier avec des croyances religieuses plutôt qu'avec un besoin médical imminent⁵², risquait d'être mis en tension, en suscitant de ce fait une augmentation éventuellement appréciable des coûts au détriment de la prestation de soins de santé à autrui, cette conciliation avec les croyances religieuses ne serait alors ni nécessaire ni proportionnée.

87. Dans ces circonstances, l'absence de prise en compte des croyances religieuses en vertu de l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 ne constituerait pas en soi une entrave injustifiée au droit de pratiquer sa religion ni ne représenterait une discrimination indirecte fondée sur la religion. Celle-ci serait en revanche objectivement justifiée par un but légitime, et les moyens permettant d'atteindre ce but sont appropriés et nécessaires.

⁵² Sur le fondement de la seconde condition prévue à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004.

88. Je considère donc que, dans ces circonstances, les États membres ne sont pas tenus d'assumer des obligations financières positives qui s'ajouteraient à celles justifiées par un besoin médical existant⁵³.

89. Il s'ensuit, à mon sens, que l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, et l'article 10, paragraphe 1, et l'article 21, paragraphe 1, de la Charte doivent être interprétés en ce sens qu'un État membre peut refuser d'accorder l'autorisation mentionnée à l'article 20, paragraphe 1, de ce règlement lorsque les soins hospitaliers dont l'efficacité médicale n'est pas contestée sont disponibles dans l'État membre d'affiliation de la personne, quand bien même la méthode de traitement utilisée est contraire aux croyances religieuses de cette personne, si le refus est objectivement justifié par un but légitime et si les moyens permettant d'atteindre ce but sont appropriés et nécessaires. En l'absence d'exigences organisationnelles ou structurelles relatives à la prestation ordonnée et équilibrée de soins de santé efficaces par l'État membre d'affiliation, cet État membre peut refuser, sur le fondement de la seconde condition prévue à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, de prendre en compte les croyances religieuses, si cela risque de susciter une augmentation appréciable des coûts pour l'État membre d'affiliation au détriment de la prestation de soins de santé efficaces. Il s'agit d'une question de fait qui doit être appréciée par la juridiction de renvoi.

2) La directive 2011/24

90. En ce qui concerne la justification du refus d'accorder l'autorisation préalable sur le fondement du critère financier, étant donné que, conformément à l'article 7, paragraphe 4, de la directive 2011/24, la République de Lettonie (l'État membre d'affiliation) doit s'assurer que les coûts encourus par B, qui a reçu des soins de santé transfrontaliers, sont remboursés *jusqu'au niveau de coûts qui aurait été assumé par cet État membre* si les soins de santé avaient été reçus sur son territoire, il semblerait, encore sous réserve de vérification par la juridiction de renvoi, qu'il n'existait aucune justification financière permettant de refuser l'autorisation préalable à B conformément à l'article 8 de la directive 2011/24⁵⁴.

91. Il est utile de rappeler que tant l'article 7 que l'article 8 de la directive 2011/24 sont guidés, en principe, par le libre choix⁵⁵ de la personne recevant les soins de santé transfrontaliers⁵⁶. Dans cette mesure, la directive 2011/24 diffère de l'article 20 du règlement n° 883/2004, mis à part que, ainsi que nous l'avons évoqué, l'article 8, paragraphe 6, sous d), de cette directive *permet* aux États membres – sans les y *obliger* – d'imposer des exigences d'autorisation préalable pour des motifs organisationnels et structurels.

92. Dans la présente affaire, étant donné l'absence apparente de toute raison financière, organisationnelle ou structurelle de refuser d'accorder à B l'autorisation (préalable) de recevoir des soins de santé transfrontaliers sur le fondement de la directive 2011/24, cette autorisation (préalable) ne pouvait pas être légitimement refusée simplement en raison du fait que l'opération était accessible et pouvait être réalisée par le système public de santé letton.

53 Même si les coûts induits ne sont pas en fait plus élevés, il existe un élément d'incertitude et de risque lié aux coûts à supporter par l'État membre d'affiliation, qui peut provoquer une réticence légitime de la part de celui-ci pour assumer une telle charge ou un tel risque financier en l'absence de besoin médical imminent. En outre, ainsi que l'a indiqué le gouvernement italien dans ses observations écrites, il est possible que les systèmes de santé nationaux soient potentiellement exposés à un grand nombre de demandes d'autorisation de recevoir des soins de santé transfrontaliers fondées sur des motifs seulement religieux plutôt que sur un besoin médical imminent. Selon moi, il s'agit de questions de fait qui appellent une appréciation empirique par la juridiction de renvoi dans son cadre national spécifique, prenant en compte le nombre de demandes éventuel, le coût et le risque financier potentiellement induits et la taille du budget national de la santé.

54 Si cette autorisation était demandée et si, en effet, une structure appropriée permettant de fournir des informations et d'accorder cette autorisation préalable sur le fondement de la législation nationale transposant l'article 8 de la directive 2011/24 était disponible en Lettonie durant l'année 2016, un fait qui est contesté par les parties à la procédure devant la Cour et qui doit être vérifié par la juridiction de renvoi.

55 Indépendamment de la motivation, qu'elle soit religieuse ou autre.

56 L'exigence d'autorisation préalable conformément à l'article 8, paragraphe 2, de la directive 2011/24 étant une dérogation manifeste à ce principe qui doit donc être interprétée de manière stricte.

93. En conclure autrement signifierait que la question du choix du patient, qu'il soit motivé par des croyances religieuses ou d'autres raisons, ne se poserait tout simplement pas. Or, étant donné l'absence apparente de tout motif financier, organisationnel ou structurel permettant de refuser d'accorder à B l'autorisation (préalable) de recevoir des soins de santé transfrontaliers sur le fondement des articles 7 et 8 de la directive 2011/24, un tel refus semblerait n'être ni nécessaire dans l'intérêt général ni proportionné, comme l'exige l'article 52, paragraphe 1, de la Charte.

94. Il existe en l'espèce un certain nombre d'incertitudes factuelles relatives à la question de savoir si A pouvait demander l'autorisation (préalable) du traitement de B en Pologne conformément aux dispositions nationales transposant l'article 8 de la directive 2011/24 et si une demande de remboursement ultérieure était hors délai en raison de l'expiration du délai d'un an mentionné à l'audience.

95. Si, cependant, une demande d'autorisation préalable avait été présentée dans la présente affaire conformément au régime alors en vigueur en Lettonie avant le mois de septembre 2018, ainsi que l'article 8, paragraphe 6, de la directive 2011/24 le permettait, il semble alors improbable, eu égard à la primauté du choix du patient envisagé par cette directive et aux motifs graves de ce choix en ce qui concerne la présente affaire, que les autorités lettonnes aient pu dûment refuser d'approuver une telle demande.

96. Dans ces circonstances, la juridiction de renvoi devrait aborder la question générale du remboursement en se demandant si le système letton permettait, que ce soit en théorie ou en pratique, des demandes tardives d'autorisation de traitement transfrontalier en vertu de la directive 2011/24, qui impliquaient des opérations complexes et des séjours hospitaliers de plus d'une nuit dans un autre État membre.

97. Si la réponse à cette question est affirmative, la juridiction de renvoi devrait alors annuler la décision de refuser le remboursement compte tenu de la primauté du choix du patient en vertu de la directive 2011/24 (et des motifs graves de son exercice dans la présente affaire), à moins que cette juridiction soit convaincue que, durant l'année 2016, il existait des motifs administratifs et organisationnels réels dans la présente affaire de nature à justifier à présent le refus des autorités sanitaires lettonnes d'accéder à une telle demande tardive.

98. Je considère donc que, en l'absence d'exigences organisationnelles ou structurelles relatives à la prestation ordonnée et équilibrée de soins de santé efficaces par l'État membre d'affiliation, les dispositions combinées de l'article 56 TFUE, de l'article 8, paragraphes 2, 5 et 6, sous d), de la directive 2011/24, et de l'article 10, paragraphe 1, et de l'article 21, paragraphe 1, de la Charte doivent être interprétées en ce sens que l'État membre d'affiliation ne peut pas refuser d'accorder l'autorisation mentionnée à l'article 8, paragraphe 1, de cette directive si des soins hospitaliers, dont l'efficacité médicale n'est pas contestée, sont disponibles dans l'État membre d'affiliation de la personne, mais que la méthode de traitement utilisée est contraire aux croyances religieuses sincèrement détenues par cette personne, à moins que ce comportement soit susceptible de provoquer une augmentation des demandes de soins de santé transfrontaliers fondées sur des motifs religieux, qui serait de nature à porter atteinte de manière appréciable à la prestation ordonnée et équilibrée de soins de santé efficaces dans cet État membre. Il s'agit d'une question de fait qui doit être appréciée par la juridiction de renvoi.

VI. Conclusion

99. Je propose par conséquent de répondre comme suit aux deux questions posées par l'Augstākās tiesas Senāts (Sénat de la Cour suprême, Lettonie) :

- 1) Les dispositions combinées de l'article 20, paragraphe 2, du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, et de l'article 10, paragraphe 1, et de l'article 21, paragraphe 1, de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne doivent être interprétées en ce sens qu'un État membre peut refuser d'accorder l'autorisation mentionnée à l'article 20, paragraphe 1, de ce règlement si des soins hospitaliers, dont l'efficacité médicale n'est pas contestée, sont disponibles dans l'État membre d'affiliation de l'intéressé, quand bien même la méthode de traitement utilisée serait contraire aux croyances religieuses de cette personne, lorsque le refus est objectivement justifié par un but légitime et si les moyens permettant d'atteindre ce but sont appropriés et nécessaires. En l'absence d'exigences organisationnelles ou structurelles relatives à la prestation ordonnée et équilibrée de soins de santé efficaces par l'État membre d'affiliation, cet État membre peut refuser, sur le fondement de la seconde condition prévue à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, de prendre en compte les croyances religieuses, si cela susciterait potentiellement une augmentation appréciable des coûts pour l'État membre d'affiliation au détriment de la prestation de soins de santé efficaces. Il s'agit d'une question de fait qui doit être appréciée par la juridiction de renvoi.
- 2) En l'absence d'exigences organisationnelles ou structurelles relatives à la prestation ordonnée et équilibrée de soins de santé efficaces par l'État membre d'affiliation, les dispositions combinées de l'article 56 TFUE, de l'article 8, paragraphe 5, sous d), de 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, et de l'article 10, paragraphe 1, et de l'article 21, paragraphe 1, de la charte des droits fondamentaux doivent être interprétées en ce sens que l'État membre d'affiliation ne peut pas refuser d'accorder l'autorisation visée à l'article 8, paragraphe 1, de cette directive si des soins hospitaliers, dont l'efficacité médicale n'est pas contestée, sont disponibles dans l'État membre d'affiliation de la personne, mais que la méthode de traitement utilisée est contraire aux croyances religieuses sincèrement détenues par cette personne, à moins que ce comportement soit susceptible de provoquer une augmentation des demandes de soins de santé transfrontaliers fondées sur des motifs religieux, qui serait de nature à porter atteinte d'une manière appréciable à la prestation ordonnée et équilibrée de soins de santé efficaces dans cet État membre. Il s'agit d'une question de fait qui doit être appréciée par la juridiction de renvoi.