

ARRÊT DE LA COUR (quatrième chambre)

6 octobre 2021 (\*)

« Renvoi préjudiciel – Sécurité sociale – Assurance maladie – Règlement (CE) no 883/2004 – Article 20, paragraphes 1 et 2 – Soins médicaux reçus dans un État membre autre que celui de résidence de la personne assurée – Autorisation préalable – Conditions – Exigence d'un rapport émis par un médecin du régime public d'assurance maladie national prescrivant un traitement – Prescription, à titre de seconde opinion médicale, émise dans un État membre autre que celui de résidence de la personne assurée, d'un traitement alternatif présentant l'avantage de ne pas causer de handicap – Remboursement intégral des frais médicaux afférents à ce traitement alternatif – Libre prestation des services – Article 56 TFUE »

Dans l'affaire C-538/19,

ayant pour objet une demande de décision préjudicielle au titre de l'article 267 TFUE, introduite par la Curtea de Apel Constanța (cour d'appel de Constanța, Roumanie), par décision du 4 juillet 2019, parvenue à la Cour le 10 juillet 2019, dans la procédure

**TS,**

**UT,**

**VU**

contre

**Casa Națională de Asigurări de Sănătate,**

**Casa de Asigurări de Sănătate Constanța,**

LA COUR (quatrième chambre),

composée de M. M. Vilaras, président de chambre, MM. N. Piçarra (rapporteur), D. Šváby, S. Rodin et M<sup>me</sup> K. Jürimäe, juges,

avocat général : M. A. Rantos,

greffier : M. A. Calot Escobar,

vu la procédure écrite,

considérant les observations présentées :

- pour TS, UT et VU, par M<sup>e</sup> T. Hașotti, avocat,
- pour la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, par M. V. Ciurchea, en qualité d'agent,
- pour la Casa de Asigurări de Sănătate Constanța, par MM. I. Constantin, M. Ciobanu et M<sup>me</sup> M. Lipici, en qualité d'agents,
- pour le gouvernement roumain, initialement par M<sup>mes</sup> E. Gane, R. I. Hațieganu et A. Rotăreanu ainsi que par M. C.-R. Canțăr, puis par M<sup>mes</sup> E. Gane, R. I. Hațieganu et A. Rotăreanu, en qualité d'agents,

- pour le gouvernement polonais, par M. B. Majczyna, en qualité d'agent,
- pour la Commission européenne, par M. D. Martin ainsi que par M<sup>mes</sup> C. Gheorghiu et A. Szmytkowska, en qualité d'agents,

vu la décision prise, l'avocat général entendu, de juger l'affaire sans conclusions,

rend le présent

### **Arrêt**

- 1 La demande de décision préjudicielle porte sur l'interprétation de l'article 56 TFUE et de l'article 20 du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JO 2004, L 166, p. 1, et rectificatif JO 2004, L 200, p. 1), tel que modifié par le règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 16 septembre 2009 (JO 2009, L 284, p. 43) (ci-après le « règlement n° 883/2004 »).
- 2 Cette demande a été présentée dans le cadre d'un litige opposant TS, UT et VU, héritiers de ZY, à la Casa Națională de Asigurări de Sănătate (caisse nationale d'assurance maladie, Roumanie) et à la Casa de Asigurări de Sănătate Constanța (caisse d'assurance maladie de Constanța, Roumanie) au sujet du refus de cette dernière de leur rembourser l'intégralité des coûts du traitement médical dispensé à ZY en Autriche.

#### **Le cadre juridique**

##### ***Le droit de l'Union***

###### *Le règlement n° 883/2004*

- 3 Aux termes de l'article 1<sup>er</sup> du règlement n° 883/2004 :

« Aux fins du présent règlement :

[...]

- j) le terme "résidence" désigne le lieu où une personne réside habituellement ;
- k) le terme "séjour" signifie le séjour temporaire ;
- l) le terme "législation" désigne, pour chaque État membre, les lois, règlements et autres dispositions légales et toutes autres mesures d'application qui concernent les branches de sécurité sociale visées à l'article 3, paragraphe 1.

[...]

- p) le terme "institution" désigne, pour chaque État membre, l'organisme ou l'autorité chargé(e) d'appliquer tout ou partie de la législation ;

- q) le terme "institution compétente" désigne :

- i) l'institution à laquelle l'intéressé est affilié au moment de la demande de prestations,

[...]

s) le terme "État membre compétent" désigne l'État membre dans lequel se trouve l'institution compétente ;

[...]

v *bis*) les termes "prestations en nature" désignent :

i) aux fins du titre III, chapitre 1 (prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées), les prestations en nature prévues par la législation d'un État membre qui sont destinées à fournir, mettre à disposition, prendre en charge ou rembourser des soins de nature médicale et des produits et services annexes à ces soins, y compris les prestations en nature pour les soins de longue durée ;

[...] »

4 L'article 3, paragraphe 1, de ce règlement prévoit :

« Le présent règlement s'applique à toutes les législations relatives aux branches de sécurité sociale qui concernent :

a) les prestations de maladie ;

[...] »

5 L'article 20 dudit règlement, intitulé « Déplacement aux fins de bénéficiaire de prestations en nature – Autorisation de recevoir un traitement adapté en dehors de l'État membre de résidence », dispose, à ses paragraphes 1 et 2 :

« 1. À moins que le présent règlement n'en dispose autrement, une personne assurée se rendant dans un autre État membre aux fins de bénéficiaire 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. »

*Le règlement (CE) n° 987/2009*

6 L'article 26 du règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 16 septembre 2009, fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 (JO 2009, L 284, p. 1), intitulé « Soins programmés », prévoit, à son paragraphe 4 :

« À tout moment au cours de la procédure d'octroi de l'autorisation, l'institution compétente conserve la faculté de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix dans l'État membre de séjour ou de résidence. »

***Le droit roumain***

*L'arrêté n° 592/2008*

- 7 L'arrêté n° 592/2008 du président de la caisse nationale d'assurance maladie, du 26 août 2008 (*Monitorul Oficial al României*, partie I, n° 648 du 11 septembre 2008), établit les modalités d'utilisation, dans le cadre du système d'assurance maladie roumain, des formulaires délivrés en application du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, dans sa version modifiée et mise à jour par le règlement (CE) n° 118/97 du Conseil, du 2 décembre 1996 (JO 1997, L 28, p. 1), ainsi que du règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil, du 21 mars 1972, fixant les modalités d'application du règlement n° 1408/71 (JO 1972, L 74, p. 1). Ces modalités d'utilisation figurent à l'annexe de cet arrêté.
- 8 L'article 40, paragraphe 1, sous b), et paragraphe 3, de cette annexe dispose :
- « 1. Le formulaire E 112 est destiné :
- [...]
- b) aux travailleurs salariés ou non salariés et aux membres de leur famille autorisés par l'institution compétente à se rendre dans un autre État membre afin de recevoir des soins médicaux.
- [...]
3. La délivrance du formulaire E 112 pour la situation visée au paragraphe 1, sous b), ne peut pas être refusée par l'institution compétente 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 si ces soins ne peuvent, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie, lui être dispensés dans le délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement dont il s'agit dans l'État membre de résidence. »
- 9 Aux termes de l'article 45, paragraphe 1, sous b), et paragraphe 4, de ladite annexe :
- « 1. Dans le cas prévu à l'article 40, paragraphe 1, sous b) [qui concerne les travailleurs salariés ou non salariés et les membres de leur famille autorisés par l'institution compétente à se rendre dans un État membre autre que celui de leur résidence afin de recevoir des soins médicaux], les documents suivants sont à joindre à la demande [de délivrance du formulaire E 112] :
- [...]
- b) le dossier médical contenant, outre les pièces médicales, le rapport médical prévu dans l'annexe n° 10A, dont découle le diagnostic, ainsi que la recommandation médicale de réalisation du traitement ; [...]
- [...]
4. Le rapport médical est établi par un médecin d'un centre hospitalier universitaire ou, le cas échéant, régional conventionné par une caisse d'assurance maladie roumaine. »
- 10 L'article 46 de l'annexe de l'arrêté n° 592/2008 est libellé comme suit :
- « 1. Le formulaire E 112 est délivré avant le départ du bénéficiaire.
2. Le formulaire peut également être délivré après le départ du bénéficiaire si, pour des raisons de force majeure, il n'a pas pu être délivré avant. Le formulaire ne peut être délivré que si le prix des services médicaux n'a pas été acquitté. À compter du paiement, le formulaire ne produit plus les effets juridiques pour lesquels il est demandé.

3. Dans le cas visé au paragraphe 2, la caisse d'assurance établit un mémorandum motivant et justifiant la situation de force majeure, qui servira de base à la délivrance du formulaire E 112.

4. Le mémorandum prévu au paragraphe 3 détaille les circonstances d'origine externe, extraordinaires, totalement imprévisibles et inévitables, y compris les circonstances de nature médicale, qui ont conduit à la situation de force majeure. »

*L'arrêté n° 729/2009*

11 L'arrêté n° 729/2009 du président de la caisse nationale d'assurance maladie, du 17 juillet 2009 (*Monitorul Oficial al României*, partie I, n° 545, du 5 août 2009), prévoit les modalités de remboursement et de récupération des frais de soins de santé dispensés sur la base des instruments internationaux en matière de santé auxquels la Roumanie est partie.

12 L'article 8 de l'annexe de cet arrêté dispose, à ses paragraphes 1, 2 et 6 :

« 1. Si une personne assurée auprès du régime d'assurance maladie roumain se rend dans un État membre de l'Union européenne afin de recevoir des soins médicaux sans autorisation préalable de la caisse d'assurance maladie auprès de laquelle elle est inscrite en tant qu'assuré, ladite personne assume le coût des services médicaux fournis.

2. Sur demande écrite de l'assuré, d'un membre de sa famille [...] ou d'une personne mandatée, à laquelle sont joints des documents justificatifs, la caisse d'assurance maladie rembourse le coût des services médicaux fournis conformément au paragraphe 1 et payés par ledit assuré sur la base des tarifs prévus au paragraphe 5.

[...]

6. Le remboursement prévu au paragraphe [2] ne peut avoir lieu que si le service médical fourni dans un État membre de l'Union européenne et payé par l'assuré fait partie du paquet de services de base du régime d'assurance maladie roumain. »

### **Le litige au principal et les questions préjudicielles**

13 Le 28 mars 2013, ZY, résident en Roumanie et affilié au régime public d'assurance maladie national, s'est vu diagnostiquer un cancer de la langue dans un établissement hospitalier de cet État membre. Un traitement chirurgical d'urgence lui a été prescrit par son médecin traitant, consistant en une ablation chirurgicale des deux tiers de la langue.

14 Au mois d'avril 2013, ZY s'est rendu à Vienne (Autriche), afin de solliciter un second avis médical auprès d'une clinique privée. Le diagnostic lui a été confirmé, mais, compte tenu de l'état avancé du cancer, une intervention chirurgicale n'a pas été considérée appropriée. Un traitement consistant en une radiothérapie, une chimiothérapie et une immunothérapie impliquant une hospitalisation lui a été recommandé. Ce traitement était considéré comme ayant le même degré d'efficacité qu'une intervention chirurgicale et présentait l'avantage de ne pas causer de handicap.

15 Lors d'un entretien auprès de l'institution compétente, en vue d'obtenir le formulaire E 112 aux fins de la prise en charge, par celle-ci, des coûts du traitement médical que ZY envisageait de recevoir dans la clinique autrichienne qui lui avait recommandé ce traitement, il lui a été précisé que, s'il se rendait en Autriche sans avoir obtenu une autorisation préalable, les coûts du traitement qui y serait prodigué ne lui seraient pas remboursés dans leur intégralité, en application du règlement n° 883/2004, mais selon les tarifs roumains, en application de l'article 8 de l'annexe de l'arrêté n° 729/2009. En effet, selon la réglementation nationale applicable, ce formulaire ne peut être obtenu qu'en rapport avec la recommandation de traitement émise par un médecin indiqué par l'institution compétente. Celle-ci a

toutefois demandé à ZY de produire un avis médical établissant qu'il ne pouvait pas être traité en Roumanie.

- 16 Ayant bénéficié, sans avoir produit un tel avis, entre le mois d'avril 2013 et le mois d'avril 2014, dans deux cliniques autrichiennes, des soins médicaux consistant en une radiothérapie, une chimiothérapie et une immunothérapie, ZY a, au mois de septembre 2013 et au mois de juin 2014, sollicité, auprès de l'institution compétente, le remboursement des coûts y afférents.
- 17 Le 14 novembre 2016, cette institution a remboursé aux héritiers de ZY, à la suite du décès de celui-ci, la somme totale de 38 370,70 lei roumains (RON) (environ 8 240 euros), correspondant aux coûts des examens et des soins médicaux dont l'intéressé avait bénéficié en Autriche, calculée, en application de l'article 8 de l'annexe de l'arrêté n° 729/2009, en fonction des tarifs pratiqués dans le cadre du régime public d'assurance maladie roumain.
- 18 Les héritiers de ZY ont saisi le Tribunalul Constanța (tribunal de grande instance de Constanța, Roumanie) d'un recours tendant à obtenir le remboursement, conformément au règlement n° 883/2004, de la totalité des coûts afférents aux soins médicaux qui lui ont été prodigués en Autriche.
- 19 Par jugement du 24 octobre 2018, cette juridiction a rejeté ce recours, en estimant que, en l'absence d'une demande d'autorisation préalable, les coûts des traitements médicaux prodigués à ZY dans un État membre autre que celui de sa résidence ne sauraient être remboursés conformément à ce règlement.
- 20 Saisie par ces héritiers d'un appel dirigé contre ce jugement, la juridiction de renvoi précise qu'il lui échoit d'établir, afin de se prononcer sur cet appel, si malgré le fait que ZY n'avait pas obtenu l'autorisation préalable qu'il avait demandée auprès de l'institution compétente, au titre de l'article 20, paragraphe 1, du règlement n° 883/2004, il pouvait être remboursé, par cette institution, des coûts des soins exposés en Autriche, à hauteur du montant qui serait pris en charge par celle-ci si une autorisation préalable lui avait été délivrée, au titre de l'article 20, paragraphe 2, seconde phrase, de ce règlement.
- 21 Cette juridiction précise que, en l'occurrence, la condition tenant à la nécessité, pour la personne assurée, de recevoir d'urgence un traitement médical est satisfaite, ainsi qu'il résulte du rapport d'expertise médico-légal produit en première instance. En revanche, afin de pouvoir établir si la condition tenant à la possibilité de dispenser en Roumanie le traitement médical choisi par cette personne dans un délai acceptable sur le plan médical était remplie, compte tenu de son état de santé et de l'évolution probable de la maladie, la juridiction de renvoi relève qu'elle doit d'abord établir si l'absence de délivrance, à ladite personne, d'une autorisation préalable pour les soins dont elle a bénéficié en Autriche a été due à des circonstances exceptionnelles, au sens de l'arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), cette problématique étant à la base des questions préjudicielles.
- 22 À cet égard, selon la juridiction de renvoi, il convient de prendre pour prémisse que, d'une part, ZY avait le droit de choisir le traitement prescrit en Autriche, en vertu, notamment, de son droit au respect de la vie privée et à l'intégrité physique et, d'autre part, la réglementation nationale applicable ne lui permettait pas d'obtenir une autorisation préalable pour ce traitement ni une prise en charge intégrale des coûts de celui-ci en Roumanie, dès lors que ledit traitement avait été prescrit non pas par un médecin traitant relevant du régime public d'assurance maladie de l'État membre compétent, mais, à titre de second avis médical, par un médecin d'un autre État membre, en considération du diagnostic établi par le premier médecin. ZY s'est donc rendu dans un État membre autre que l'État membre compétent parce que le traitement en cause ne lui avait été prescrit que dans cet autre État membre et que, dans ces conditions, il ne pouvait pas bénéficier de ce traitement dans l'État membre compétent, même si celui-ci figure parmi les prestations prévues par la législation de ce dernier État membre.

- 23 La juridiction de renvoi précise que l'article 45, paragraphe 4, de l'annexe de l'arrêté n° 592/2008 n'ouvre pas à la personne assurée un droit à ce que le médecin traitant réexamine effectivement, en fonction d'un second avis médical émis dans un État membre autre que la Roumanie, le traitement prescrit initialement. Pourtant, le traitement recommandé à ZY en Autriche ayant l'avantage de ne pas engendrer de handicap, celui-ci était en droit de le choisir, en vertu du principe d'autonomie de la volonté, en tant qu'élément du droit au respect de la vie privée, consacré à l'article 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, ainsi qu'à l'article 7 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, et en tant qu'élément du droit à l'intégrité physique, garanti à l'article 3 de cette charte.
- 24 Dans ce contexte, la juridiction de renvoi fait observer que la circonstance que ZY n'est pas retourné auprès de son médecin traitant en Roumanie, afin de lui présenter l'avis divergent des médecins autrichiens et d'essayer de le convaincre de la justesse de cet avis, ne semble pas déterminant dès lors que la réglementation nationale ne prévoit aucune procédure d'examen d'un second avis médical émis dans un État membre autre que la Roumanie qui garantisse effectivement à la personne assurée le droit à ce que son médecin traitant réexamine la recommandation initiale en vue d'une éventuelle révision de celle-ci.
- 25 Par conséquent, la juridiction de renvoi éprouve des doutes quant à la conformité à l'article 56 TFUE et au règlement n° 883/2004 des dispositions de la réglementation nationale applicables à l'affaire dont elle est saisie. Elle se demande, en particulier, si du fait de ces dispositions, la personne assurée qui dispose seulement d'un avis médical établi par un médecin d'un État membre autre que celui de sa résidence, prescrivant un traitement différent de celui initialement recommandé, doit être considérée comme ayant été empêchée, pour des raisons objectives analogues à celles évoquées au point 45 de l'arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), d'obtenir une autorisation pour le remboursement des dépenses afférentes aux soins de santé dispensés dans cet autre État membre.
- 26 C'est dans ces conditions que la Curtea de Apel Constanța (cour d'appel de Constanța, Roumanie) a décidé de surseoir à statuer et de poser à la Cour les questions préjudicielles suivantes :
- « 1) Le fait que seul un médecin d'un État membre autre que l'État de résidence de l'assuré ait prescrit la thérapie choisie par ce dernier, dans une situation dans laquelle le diagnostic et la nécessité, en soi, de la mise en œuvre urgente d'un traitement ont été confirmés par un médecin relevant du régime d'assurance maladie de l'État membre de résidence, qui a toutefois recommandé une autre thérapie, par rapport à laquelle la thérapie choisie par l'assuré pour des motifs qui peuvent être qualifiés de pertinents présente un degré d'efficacité au moins identique, tout en présentant l'avantage de ne pas engendrer de handicap, peut-il être assimilé à une situation d'urgence au sens du point 45 de l'arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov (C-173/09, EU:C:2010:581), ou s'agit-il d'un cas d'empêchement objectif de demander l'autorisation prévue à l'article 20, paragraphes 1 et 2, du règlement n° 883/2004, qui peut justifier un remboursement intégral des frais occasionnés par la mise en œuvre d'un traitement médical adapté (soins hospitaliers) dans un État membre autre que l'État de résidence de l'assuré ?
- 2) Dans l'affirmative, si l'assuré n'accepte pas, pour des motifs qui peuvent être qualifiés de pertinents, la thérapie prescrite par un médecin relevant du régime d'assurance maladie de l'État de résidence au regard de son diagnostic et se rend dans un autre État membre afin d'y demander un second avis médical, qui va dans le sens de la mise en œuvre d'une autre thérapie, à laquelle l'assuré consent et dont le degré d'efficacité est au moins identique, tout en présentant l'avantage de ne pas engendrer de handicap, et qui satisfait aux exigences de l'article 20, paragraphe 2, seconde phrase, du règlement n° 883/2004, l'assuré reste-t-il tenu, afin de bénéficier du remboursement des frais occasionnés par cette autre thérapie, de demander l'autorisation prévue à l'article 20, paragraphe 1, dudit règlement ?
- 3) L'article 56 TFUE et l'article 20, paragraphes 1 et 2, du règlement n° 883/2004 s'opposent-ils à une législation nationale qui, d'une part, soumet l'autorisation de l'institution compétente, aux fins de recevoir un traitement adapté (soins hospitaliers) dans un État membre autre que celui de

résidence, à la condition de l'établissement d'un rapport médical exclusivement par un médecin opérant dans le cadre du régime d'assurance maladie de l'État membre de résidence, approuvé par le médecin-chef de l'institution compétente de cet État, y compris lorsque la thérapie choisie par l'assuré, pour des motifs qui peuvent être qualifiés de pertinents puisqu'elle présente l'avantage de ne pas engendrer de handicap, n'est prescrite que par un médecin d'un autre État membre, à titre de second avis médical, et, d'autre part, ne garantit pas, dans le cadre d'une procédure accessible et prévisible, l'analyse effective, du point de vue médical, dans le cadre du régime d'assurance maladie de l'État de résidence, de la possibilité de mettre en œuvre le second avis médical établi dans un autre État membre ?

- 4) En cas de réponse affirmative aux première et troisième questions, l'assuré ou, le cas échéant, ses héritiers, peuvent-ils, à condition de remplir les deux exigences visées à l'article 20, paragraphe 2, seconde phrase, du règlement n° 883/2004, obtenir de l'institution compétente de l'État de résidence de l'assuré le remboursement intégral des frais occasionnés par une thérapie mise en œuvre dans un autre État membre ? »

### **Sur les questions préjudicielles**

- 27 Par ses questions, qu'il convient d'examiner ensemble, la juridiction de renvoi demande, en substance, si l'article 20 du règlement n° 883/2004, lu en combinaison avec l'article 56 TFUE, doit être interprété en ce sens que la personne assurée qui a reçu, dans un État membre autre que celui de sa résidence, un traitement figurant parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre de résidence, a droit au remboursement intégral des frais de ce traitement, dans les conditions prévues par ce règlement, lorsque cette personne n'a pas pu obtenir une autorisation de l'institution compétente, conformément à l'article 20, paragraphe 1, dudit règlement, au motif que, bien que le diagnostic et la nécessité de la mise en œuvre urgente d'un traitement aient été confirmés par un médecin relevant du régime d'assurance maladie de l'État membre de sa résidence, ce médecin lui avait prescrit un traitement différent de celui que ladite personne a choisi conformément à un second avis médical émis par un médecin d'un autre État membre, lequel traitement, à la différence du premier, n'engendrait pas de handicap.
- 28 À titre liminaire, il convient de rappeler que, pour qu'une situation comme celle en cause au principal puisse relever du règlement n° 883/2004, les soins médicaux doivent être dispensés en application de la législation de sécurité sociale de l'État membre où ils ont été reçus, ce qui revient à la juridiction de renvoi de vérifier [voir, en ce sens, arrêt du 23 septembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Soins de santé transfrontaliers), C-777/18, EU:C:2020:745, points 36 et 37].
- 29 Aux termes de l'article 20, paragraphe 1, du règlement n° 883/2004, à moins que celui-ci n'en dispose autrement, une personne assurée se rendant dans un État membre autre que celui de sa résidence aux fins de bénéficier de prestations en nature pendant son séjour doit demander une autorisation à l'institution compétente.
- 30 Conformément à l'article 20, paragraphe 2, seconde phrase, de ce règlement, cette autorisation est obligatoirement délivrée par l'institution compétente lorsque les deux conditions qui y sont énoncées sont réunies [voir, en ce sens, arrêt du 23 septembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Soins de santé transfrontaliers), C-777/18, EU:C:2020:745, point 42 et jurisprudence citée].
- 31 Pour satisfaire à la première de ces conditions, il faut que les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre de résidence de la personne assurée. Pour satisfaire à la seconde condition, ces soins ne doivent pas pouvoir lui être dispensés dans cet État dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état actuel de santé de cette personne et de l'évolution probable de la maladie.
- 32 L'applicabilité de l'article 20 du règlement n° 883/2004 à la situation en cause n'excluant pas, selon la jurisprudence de la Cour, que cette situation entre dans le champ d'application des dispositions

relatives à la libre prestation des services et, en l'occurrence, de l'article 56 TFUE (arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, point 38), cet article 20 doit être interprété à la lumière de l'article 56 TFUE et de la jurisprudence de la Cour y afférente.

- 33 Il ressort de cette jurisprudence que la libre prestation des services comporte non seulement la liberté du prestataire de fournir des services à des destinataires établis dans un État membre autre que celui sur le territoire duquel il est établi, mais aussi la liberté de recevoir ou de bénéficier, en tant que destinataire, des services offerts par un prestataire établi dans un autre État membre, sans être gêné par des restrictions (voir, notamment, arrêt du 15 juin 2010, Commission/Espagne, C-211/08, EU:C:2010:340, point 49).
- 34 Une prestation médicale fournie contre rémunération, y compris lorsque les soins sont dispensés dans un cadre hospitalier, ne perd pas sa qualification de prestation de services, au sens de l'article 56 TFUE, au motif que le patient, après avoir rétribué le prestataire établi dans un État membre autre que celui de sa résidence pour les soins reçus, sollicite la prise en charge de ces soins par un service national de santé (voir, en ce sens, arrêt du 16 mai 2006, Watts, C-372/04, EU:C:2006:325, points 86 et 89).
- 35 La Cour a également jugé que la simple exigence d'une autorisation préalable pour la prise en charge, par l'institution compétente, selon le régime de couverture en vigueur dans l'État membre dont elle relève, des frais afférents aux soins médicaux dispensés dans un autre État membre, constitue, tant pour les patients que pour les prestataires, une restriction à la libre prestation des services, consacrée à l'article 56 TFUE, dès lors qu'une telle exigence décourage ces patients, voire les empêche de s'adresser à des prestataires de services médicaux établis dans un État membre autre que celui de leur résidence aux fins d'obtenir les soins en cause [voir, en ce sens, arrêt du 23 septembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Soins de santé transfrontaliers), C-777/18, EU:C:2020:745, point 58 et jurisprudence citée].
- 36 Si l'article 56 TFUE ne s'oppose pas, en principe, à ce que le droit d'un patient d'obtenir des soins hospitaliers ou des soins médicaux impliquant le recours à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux dans un autre État membre à la charge du système de l'État membre dont il relève soit soumis à une autorisation préalable, il est néanmoins nécessaire que les conditions mises à l'octroi d'une telle autorisation soient justifiées au regard des impératifs d'intérêt général, notamment, ceux de prévenir le risque d'une atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale, de maintenir un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous ainsi que de permettre une planification visant, d'une part, à garantir sur le territoire de l'État membre concerné une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité et, d'autre part, à assurer une maîtrise des coûts et à éviter autant que possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines, et 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 [voir, en ce sens, arrêts du 5 octobre 2010, Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, points 41 à 44, ainsi que du 23 septembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Soins de santé transfrontaliers), C-777/18, EU:C:2020:745, points 59, 61 et 62].
- 37 À cet égard, il convient de rappeler que la Cour a déjà identifié deux cas de figure dans lesquels la personne assurée, même en l'absence d'une autorisation délivrée avant le début de la dispense des soins programmés dans l'État membre de séjour, 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 par cette institution si la personne assurée avait disposé d'une telle autorisation [arrêt du 23 septembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Soins de santé transfrontaliers), C-777/18, EU:C:2020:745, point 46].
- 38 Dans le premier cas, la personne assurée est en droit d'obtenir un tel remboursement lorsque, ayant essuyé un refus de la part de l'institution compétente à la suite d'une demande d'autorisation, le

caractère non fondé d'un tel refus est ultérieurement établi soit par l'institution compétente elle-même, soit par une décision juridictionnelle [arrêt du 23 septembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Soins de santé transfrontaliers), C-777/18, EU:C:2020:745, point 47 et jurisprudence citée].

- 39 Dans le second cas, la personne assurée 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 par cette dernière si cette personne avait disposé d'une telle autorisation, lorsque, pour des raisons liées à son état de santé ou à la nécessité de recevoir des soins en urgence dans un établissement hospitalier, elle a été empêchée de solliciter une telle autorisation ou n'a pu attendre la décision de l'institution compétente sur la demande d'autorisation présentée. La Cour a jugé à cet égard qu'une réglementation qui exclut, dans tous les cas, la prise en charge des soins hospitaliers dispensés dans un autre État membre sans autorisation prive la personne assurée de la prise en charge de tels soins, quand bien même les conditions à cette fin seraient par ailleurs réunies. Une telle réglementation, qui ne saurait être justifiée par des impératifs d'intérêt général et, en tout état de cause, ne satisfait pas à l'exigence de proportionnalité, constitue, par conséquent, une restriction injustifiée à la libre prestation de services [arrêt du 23 septembre 2020, Vas Megyei Kormányhivatal (Soins de santé transfrontaliers), C-777/18, EU:C:2020:745, point 48 et jurisprudence citée].
- 40 En l'occurrence, l'article 40, paragraphe 1, sous b), et paragraphe 3, de l'annexe de l'arrêt n° 592/2008 subordonne l'octroi d'une autorisation au titre de l'article 20, paragraphe 1, du règlement n° 883/2004 à la satisfaction des deux conditions correspondant, en substance, à celles prévues à l'article 20, paragraphe 2, seconde phrase, de ce règlement. Par ailleurs, conformément à l'article 45, paragraphe 1, sous b), et paragraphe 4, de l'annexe de cet arrêt, une personne assurée auprès du régime public d'assurance maladie roumain est tenue de joindre à une demande d'autorisation en vue de recevoir un traitement adapté en dehors de la Roumanie un rapport médical établissant le diagnostic ainsi que le traitement à réaliser, établi par un médecin d'un centre hospitalier universitaire ou, le cas échéant, régional conventionné par une caisse d'assurance maladie roumaine.
- 41 À cet égard, il y a lieu de relever, en premier lieu, que, si le libellé de l'article 20, paragraphe 2, seconde phrase, du règlement n° 883/2004 ne comporte aucune exigence expresse tenant à la présentation d'un rapport médical, la question de savoir si les conditions mentionnées au point précédent sont remplies implique, comme l'ont souligné les défenderesses au principal, les gouvernements roumain et polonais ainsi que la Commission européenne dans leurs observations écrites présentées devant la Cour et dans leurs réponses aux questions écrites posées par celle-ci, une évaluation, d'une part, de l'état de santé de la personne assurée et de l'évolution probable de sa maladie ainsi que des traitements médicaux adaptés à son état, et, d'autre part, de la disponibilité de ces traitements dans le système de sécurité sociale de l'État membre de résidence de cette personne ainsi que des délais dans lesquels ceux-ci peuvent être prodigués dans cet État membre.
- 42 En outre, si l'évaluation des deux derniers aspects implique normalement une connaissance dont seul un médecin ou un autre professionnel de la santé relevant du régime public d'assurance maladie de l'État membre de résidence de la personne assurée disposent, il n'en va pas de même de l'évaluation des deux premiers aspects, visant le diagnostic de l'état de santé et les traitements médicaux adaptés à ce dernier.
- 43 Ce constat est confirmé par l'article 26 du règlement n° 987/2009, qui fixe les modalités d'application de l'article 20 du règlement n° 883/2004 et dont le paragraphe 4 énonce que, à tout moment au cours de la procédure d'autorisation, l'institution compétente conserve la faculté de faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix dans l'État membre de séjour ou de résidence de celle-ci. Cette disposition ne limite donc pas le choix de l'institution compétente aux médecins relevant du régime public d'assurance maladie de l'État membre de résidence de la personne assurée.
- 44 Il s'ensuit que l'article 20 du règlement n° 883/2004, lu en combinaison avec l'article 26, paragraphe 4, du règlement n° 987/2009, n'exige pas que l'avis médical étayant une demande d'autorisation préalable pour un traitement prodigué dans un État membre autre que celui de résidence de la personne assurée soit émis par un médecin relevant du régime public d'assurance maladie de l'État

membre de résidence de cette personne et n'empêche pas non plus la prise en compte, au cours de la procédure d'autorisation, d'un second avis médical émis par un médecin pratiquant dans l'État membre dans lequel ladite personne a l'intention de se déplacer pour bénéficier de ce traitement.

- 45 Par conséquent, une réglementation nationale qui exige qu'une demande d'autorisation en vue d'un traitement en dehors de l'État membre de résidence soit accompagnée d'un rapport médical établissant le diagnostic ainsi que le traitement à réaliser, émis par un médecin relevant du régime public d'assurance maladie national, impose une condition allant au-delà de celles prévues à l'article 20 du règlement n° 883/2004.
- 46 Qui plus est, une telle condition est susceptible de priver la personne assurée, qui dispose seulement d'un avis médical émis dans un État membre autre que l'État membre de résidence, prescrivant un traitement alternatif, de la possibilité d'obtenir une autorisation préalable pour la prise en charge, par l'institution compétente, de ce traitement. En effet, ainsi que l'a relevé la juridiction de renvoi, une telle procédure d'autorisation n'assure pas que cet avis soit effectivement pris en compte et, par suite, que l'institution compétente puisse déterminer si les conditions prévues à l'article 20, paragraphe 2, seconde phrase, du règlement n° 883/2004, rappelées au point 30 du présent arrêt, sont remplies.
- 47 Il y a lieu de relever, en deuxième lieu, que l'exigence à laquelle une disposition de droit national, telle que l'article 45, paragraphe 1, sous b), et paragraphe 4, de l'annexe de l'arrêté n° 592/2008, subordonne la délivrance d'une autorisation au titre de l'article 20, paragraphe 1, du règlement n° 883/2004 constitue un facteur dissuasif supplémentaire s'agissant du recours à des prestations de santé transfrontalières, par rapport à l'exigence d'une autorisation préalable, laquelle, conformément à la jurisprudence rappelée au point 35 du présent arrêt, est elle-même constitutive d'une restriction à la libre prestation des services.
- 48 En effet, si une réglementation comme celle en cause au principal n'empêche pas directement les personnes affiliées au régime public d'assurance maladie de s'adresser à un prestataire de services médicaux établi dans un autre État membre, l'absence de garantie de la prise en compte effective, au cours de la procédure d'autorisation, d'un second avis médical établi par un tel prestataire recommandant un traitement alternatif, à laquelle s'ajoute la perspective d'une perte financière en l'absence de prise en charge des frais médicaux afférents à ce traitement alternatif par le système national de santé, à la suite d'une décision de refus, a manifestement un effet dissuasif sur le recours à des prestations de santé transfrontalières (voir, par analogie, arrêt du 27 octobre 2011, Commission/Portugal, C-255/09, EU:C:2011:695, point 62 et jurisprudence citée).
- 49 En l'occurrence, s'agissant de la justification de la restriction à la libre prestation des services résultant de l'exigence de présentation d'un rapport médical établi par un médecin relevant du régime public d'assurance maladie de l'État membre de résidence de la personne assurée, le gouvernement roumain allègue, d'une part, que cette exigence vise à permettre de s'assurer de la satisfaction des conditions prévues à l'article 20, paragraphe 2, seconde phrase, du règlement n° 883/2004.
- 50 Toutefois, ainsi qu'il résulte du point 44 du présent arrêt, ni cette disposition ni l'article 26, paragraphe 4, du règlement n° 987/2009 n'empêchent l'institution compétente de prendre en compte, dans le cadre de la procédure d'autorisation, un second avis médical émis par un médecin pratiquant sur le territoire d'un État membre autre que celui de résidence de la personne assurée.
- 51 Ce gouvernement invoque, d'autre part, la nécessité de garantir l'équilibre financier du système national de soins de santé et un contrôle des coûts ainsi que d'éviter autant que possible tout gaspillage des ressources financières, techniques et humaines. Cependant, même en admettant que l'exigence prévue à l'article 45, paragraphe 1, sous b), et paragraphe 4, de l'annexe de l'arrêté n° 592/2008 puisse, dans le contexte de soins hospitaliers et de soins non hospitaliers qui nécessitent des équipements matériels onéreux, être propre à garantir ces objectifs d'intérêt général, elle n'apparaît pas, en tout état de cause, comme respectant le principe de proportionnalité rappelé au point 36 du présent arrêt.

- 52 En effet, l'objectif invoqué peut être atteint par la mise en place d'une procédure d'autorisation qui garantisse, aux fins de l'établissement d'un rapport médical par un médecin pratiquant dans le régime public d'assurance maladie de l'État membre de résidence de la personne assurée, comportant le diagnostic et le traitement recommandé pour celle-ci, la prise en compte effective d'un second avis médical établi dans un autre État membre, recommandant un traitement alternatif également adapté à l'état de santé de cette personne, mais sans les inconvénients du premier traitement.
- 53 Les considérations qui précèdent ne sont pas remises en cause par l'argument avancé par les défenderesses au principal et le gouvernement roumain, selon lequel le cas en cause au principal est couvert par l'article 46, paragraphe 2, de l'annexe de l'arrêté n° 592/2008, qui aurait permis à la personne assurée concernée d'obtenir une autorisation a posteriori, dont la délivrance n'est pas subordonnée au respect de l'exigence prévue à l'article 45, paragraphe 1, sous b), et paragraphe 4, de cette annexe.
- 54 À supposer que cet article 46 – aux termes duquel la délivrance de ladite autorisation est subordonnée, d'une part, à « des raisons de force majeure », en conséquence de « circonstances d'origine externe, extraordinaires, totalement imprévisibles et inévitables, y compris les circonstances de nature médicale », qui doivent être détaillées dans un memorandum établi par l'institution compétente, et, d'autre part, à la condition que le prix des services médicaux reçus dans ces circonstances n'ait pas été acquitté – soit applicable à un cas comme celui en cause au principal, où la personne assurée s'est rendue dans un État membre autre que celui de sa résidence à des fins thérapeutiques et de manière planifiée, ainsi que la juridiction de renvoi l'a constaté elle-même, cette circonstance n'altérerait en rien le constat selon lequel subordonner la délivrance d'une autorisation au titre de l'article 20 du règlement n° 883/2004 à la présentation d'un rapport médical établi par un médecin relevant du régime public d'assurance maladie de l'État de résidence de la personne assurée constitue une restriction disproportionnée à la libre prestation des services consacrée à l'article 56 TFUE qui, au surplus, revient en pratique à empêcher l'institution compétente de vérifier le respect des conditions pour la délivrance obligatoire de cette autorisation, ainsi qu'il a été constaté aux points 45 et 46 du présent arrêt.
- 55 Il ressort de l'ensemble des considérations qui précèdent que l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, lu en combinaison avec l'article 56 TFUE, doit être interprété en ce sens qu'il s'oppose à une réglementation nationale qui subordonne la délivrance d'une autorisation en vue d'un traitement dans un État membre autre que celui de résidence du demandeur à la présentation d'un rapport médical établissant le diagnostic ainsi que le traitement à réaliser, émis par un médecin relevant du régime public d'assurance maladie national, et qui ne garantit pas la prise en compte, par l'institution compétente, d'un second avis médical émis dans cet autre État membre prescrivant un traitement alternatif.
- 56 Dans ces conditions, il y a lieu de considérer, en troisième lieu, que la personne assurée qui n'a pas pu obtenir une autorisation au titre de l'article 20, paragraphe 1, du règlement n° 883/2004, en conséquence de l'application d'une réglementation comme celle identifiée au point précédent et qui, tout en disposant d'un rapport médical émis dans un État membre autre que celui de sa résidence, établissant le diagnostic et la nécessité de la mise en œuvre urgente d'un traitement qui, à la différence de celui qui lui avait été prescrit dans son État membre de résidence, n'engendre pas de handicap, a reçu ce traitement dans l'autre État membre, est couverte par l'une des hypothèses énoncées aux points 37 à 39 du présent arrêt.
- 57 Il s'ensuit, en l'occurrence, que si, ce qu'il appartient à la juridiction de renvoi de vérifier, les conditions pour la délivrance d'une autorisation au titre de l'article 20 du règlement n° 883/2004, telles que rappelées au point 30 du présent arrêt, étaient réunies dans le cas de ZY, de telle sorte que la non-obtention d'une telle autorisation n'a tenu qu'au fait que le rapport médical qui lui avait prescrit le traitement suivi avait été établi par un médecin d'un État membre autre que celui de sa résidence, les héritiers de ZY sont en droit d'obtenir le remboursement, par l'institution compétente roumaine, d'un montant équivalent à celui qui aurait normalement été pris en charge par cette institution si ZY avait disposé d'une telle autorisation.

- 58 Eu égard à ce qui précède, il convient de répondre aux questions posées que l'article 20 du règlement n° 883/2004, lu en combinaison avec l'article 56 TFUE, doit être interprété en ce sens que la personne assurée qui a reçu, dans un État membre autre que celui de sa résidence, un traitement figurant parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre de résidence, a droit au remboursement intégral des frais de ce traitement, dans les conditions prévues par ce règlement, lorsque cette personne n'a pas pu obtenir une autorisation de l'institution compétente, conformément à l'article 20, paragraphe 1, dudit règlement, au motif que, bien que le diagnostic et la nécessité de la mise en œuvre urgente d'un traitement aient été confirmés par un médecin relevant du régime d'assurance maladie de l'État membre de sa résidence, ce médecin lui avait prescrit un traitement différent de celui que ladite personne a choisi conformément à un second avis médical émis par un médecin d'un autre État membre, lequel traitement, à la différence du premier, n'engendrait pas de handicap.

### **Sur les dépens**

- 59 La procédure revêtant, à l'égard des parties au principal, le caractère d'un incident soulevé devant la juridiction de renvoi, il appartient à celle-ci de statuer sur les dépens. Les frais exposés pour soumettre des observations à la Cour, autres que ceux desdites parties, ne peuvent faire l'objet d'un remboursement.

Par ces motifs, la Cour (quatrième chambre) dit pour droit :

**L'article 20 du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, tel que modifié par le règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 16 septembre 2009, lu en combinaison avec l'article 56 TFUE, doit être interprété en ce sens que la personne assurée qui a reçu, dans un État membre autre que celui de sa résidence, un traitement figurant parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre de résidence, a droit au remboursement intégral des frais de ce traitement, dans les conditions prévues par ce règlement, lorsque cette personne n'a pas pu obtenir une autorisation de l'institution compétente, conformément à l'article 20, paragraphe 1, dudit règlement, au motif que, bien que le diagnostic et la nécessité de la mise en œuvre urgente d'un traitement aient été confirmés par un médecin relevant du régime d'assurance maladie de l'État membre de sa résidence, ce médecin lui avait prescrit un traitement différent de celui que ladite personne a choisi conformément à un second avis médical émis par un médecin d'un autre État membre, lequel traitement, à la différence du premier, n'engendrait pas de handicap.**

Signatures

---

\* Langue de procédure : le roumain.