

Affaire C-243/19

Demande de décision préjudicielle

Date de dépôt :

20 mars 2019

Juridiction de renvoi :

Augstākā tiesa (Senāts), (Latvija) (Cour suprême, Lettonie)

Date de la décision de renvoi :

8 mars 2019

Partie demanderesse :

A

Partie défenderesse :

Veselības ministrija (ministère de la Santé)

[omissis]

Administratīvo lietu departaments (département des affaires Administratives)

Latvijas Republikas Senāts (Cour suprême)

ORDONNANCE

Riga, le 8 mars 2019

La Cour suprême (ci-après la « juridiction de renvoi ») [omissis] [composition de la juridiction]

a examiné selon la procédure écrite, dans le cadre du pourvoi en cassation formé par A contre la décision de l'Administratīvā apgabaltiesa (Cour administrative régionale, Lettonie) du 10 février 2017, l'affaire qui trouve son origine dans le recours de A tendant à ce que soit adopté un acte administratif en sa faveur.

Antécédents

Exposé des faits

- 1 Le fils (B) de la partie requérante (A) est né avec une maladie cardio-vasculaire nécessitant qu'il subisse une intervention médicale – [*informations sur la santé de la personne*]. La partie requérante est témoin de Jéhovah et, pour ce motif, s'oppose à une transfusion sanguine au moment de l'intervention. Étant donné qu'en Lettonie cette intervention n'est pas possible sans impliquer une transfusion sanguine, la partie requérante a demandé au Nacionālais veselības dienests (Service national de santé, Lettonie, ci-après le « service de santé ») de délivrer à son fils un formulaire S 2, « Attestation du droit aux soins », qui donne à une personne le droit de bénéficier de certains soins de santé programmés dans un autre État membre de l'Union, dans un État de l'Espace économique européen (ci-après l'« EEE ») ou en Suisse. Par décision du 29 mars 2016, le service de santé a refusé de délivrer ce formulaire. Ce refus a été confirmé par une décision du ministère de la Santé du 15 juillet 2016 [omissis].
- 2 La partie requérante a formé un recours en justice, tendant à la délivrance, au bénéfice de son fils, d'un acte administratif favorable en ce qui concerne le droit de bénéficier de certains soins de santé programmés.
- 3 Par décision du 9 novembre 2016, l'Administratīvā rajona tiesa (tribunal administratif de district, Lettonie) a rejeté le recours.
- 4 Saisie en appel, l'Administratīvā apgabaltiesa (cour administrative régionale, Lettonie) a aussi rejeté le recours par arrêt du 10 février 2017. L'arrêt de cette juridiction, qui a confirmé la motivation de la décision rendue en première instance, est fondé sur les considérations suivantes.

4.1 Il y a lieu de constater que l'ensemble des conditions cumulatives énoncées au point 310 du décret du conseil des ministres n° 1529, du 17 décembre 2013, « Modalités d'organisation et de financement des soins de santé » (ci-après le « décret n° 1529 »), doivent être remplies [**Or. 2**] pour que le service de santé ait l'obligation de délivrer le formulaire S 2 à la partie requérante.

4.2 La prestation qui est nécessaire au fils de la partie requérante est un soin de santé financé par le budget de l'État et il n'est pas contesté que cette prestation est nécessaire pour éviter la dégradation irréversible des fonctions vitales et de l'état de santé. Au moment de l'examen de la demande, l'hôpital a confirmé que la prestation en cause pouvait être effectuée en Lettonie. Le fait qu'en Lettonie les hôpitaux utilisent un mode de traitement comportant la transfusion de produits sanguins et que la partie requérante refuse un tel traitement ne signifie pas que ces hôpitaux ne peuvent pas dispenser le soin de santé précisément en cause. Par conséquent, en l'espèce, l'une des conditions requises de la délivrance du formulaire S 2 n'est pas remplie.

4.3 La partie requérante estime qu'elle a subi une discrimination, car la majorité des personnes dans la société ont la possibilité de bénéficier des services de santé nécessaires sans renoncer à leurs convictions religieuses ou morales. Cependant, en l'espèce, l'État n'a pas refusé de dispenser des soins de santé au fils de la partie

requérante. Selon la décision rendue par le conseil médical, [l'intervention en cause] à un âge avancé, sans transfusion sanguine, est dépourvue de justification médicale directe. Par conséquent, il n'existe pas de circonstances particulières permettant de conclure qu'il est nécessaire que le budget de l'État couvre le coût de [l'intervention] sans transfusion sanguine. Il n'y a pas lieu de constater une violation des articles 91 et 111 de la constitution de la République de Lettonie.

4.4 Le principe de la dignité humaine constitue le fondement des droits du patient. En conséquence, avant qu'un traitement ne commence, le consentement éclairé du patient est obligatoirement recueilli, à moins que la loi n'en dispose autrement. Le professionnel de santé doit justifier la décision concernant la méthode médicale sur la base de critères médicaux et il est responsable de l'usage des techniques médicales choisies et des conséquences qui en découlent. En l'espèce, la partie requérante s'est vu proposer des soins impliquant une transfusion de produits sanguins. De même, l'hôpital a indiqué qu'il n'est pas en mesure, sans transfusion sanguine, d'effectuer des opérations impliquant une circulation extracorporelle du sang. Pour diverses raisons, un patient peut ne pas consentir à des actes précis, par exemple par conviction religieuse, et les professionnels de santé doivent respecter ces raisons. Le service de santé n'a pas restreint le droit de la partie requérante de faire un choix en matière de soins de santé. Si le patient ne consent pas à un mode de traitement dont le coût est couvert par l'État, il a le droit de bénéficier d'un autre traitement en payant par ses propres moyens. Le refus de faire peser le coût des soins obtenus à l'étranger sur le budget de l'État n'est pas lié à la conviction religieuse de la partie requérante.

4.5 La partie requérante ne saurait soutenir à bon droit que le refus de l'État d'aménager le système de soins de santé en fonction des besoins des membres d'une communauté religieuse bien connue dont une majorité de la population n'est pas membre signifie en substance que l'autorité publique refuse par principe de tenter, dans la mesure du possible, de rendre les soins de santé acceptables. Le caractère acceptable des soins de santé signifie que tous les établissements qui dispensent des soins médicaux, les services fournis par ces établissements et les produits disponibles sont conformes aux règles de déontologie médicale et sont culturellement acceptables aux yeux d'individus appartenant à divers groupes sociaux ou culturels. Ce qui précède doit être apprécié à la lumière du droit du patient de consentir à un traitement ou de le refuser. S'il refuse de bénéficier d'un soin, le patient a le droit de choisir librement un autre établissement proposant un traitement qui lui est acceptable. Toutefois, ce droit ne signifie pas que l'État a l'obligation de couvrir sur son budget le coût de ce traitement du patient.

4.6 Selon le point 323 des noteikumi Nr. 1529 (décret n° 1529), pour que les frais d'une personne soient couverts sur la base des tarifs des soins de santé en vigueur en Lettonie, une autorisation préalable délivrée par le service de santé est nécessaire. La partie requérante n'a pas demandé cette autorisation et, partant, la question concernant le droit du patient de demander le paiement des frais, après que celui-ci a bénéficié des soins dans un établissement de santé, n'a pas été examinée. Par conséquent, c'est à tort que la requérante fait valoir à l'appui de son

recours qu'elle n'a pas la possibilité de bénéficier [Or. 3] d'un remboursement au titre de soins reçus dans un établissement de santé polonais, car elle n'a pas saisi l'autorité publique d'une telle demande d'autorisation selon la procédure prévue.

4.7 Le service de santé ne peut établir les coûts exacts de la prestation qu'après que celle-ci a été fournie, lorsqu'une facture finale a été émise à l'attention de l'autorité publique. Étant donné que le fils de la partie requérante peut bénéficier des soins nécessaires en Lettonie, payés sur le budget de l'État, cette autorité n'avait pas de raison de calculer les coûts éventuels des soins en question dispensés dans l'établissement de santé polonais. De même, en l'espèce, le conseil médical indique aussi dans sa décision que l'invitation d'un spécialiste étranger ne résoudrait pas la question de l'usage de produits sanguins, car l'hôpital letton n'a pas à sa disposition d'équipement permettant la circulation extracorporelle du sang. L'importation d'une technologie précédemment inutilisée implique des moyens financiers supplémentaires. Dans une situation où ces moyens sont limités, cette exigence est disproportionnée et n'est pas justifiée par des intérêts publics.

4.8 La partie requérante doit tenir compte du fait que la liberté de religion n'est pas non plus absolue et que, dans certaines circonstances, il est possible de la restreindre. En l'espèce, les soins de santé sont nécessaires non à la partie requérante elle-même, mais à son fils. Compte tenu de l'âge du patient et du fait que les parents refusent de consentir à une transfusion sanguine en raison de leur conviction religieuse, ce refus ne saurait être considéré comme la volonté réelle du fils de la partie requérante, mais bien comme la volonté des parents de celui-ci. Le refus des parents a pour conséquence une situation dans laquelle leur conviction religieuse à cet égard est imposée au fils de la partie requérante. Cela pourrait éventuellement être contraire au droit du fils de la partie requérante d'avoir une religion ou une conviction de son choix. Bien que les parents aient le droit d'élever leurs enfants conformément à leur conviction religieuse et à leurs opinions philosophiques, cela ne signifie pas que l'autorité parentale soit absolue et illimitée. La liberté des parents de prendre des décisions importantes concernant l'enfant peut être limitée dans des circonstances exceptionnelles afin de préserver l'intérêt supérieur de l'enfant. Les parents ne consentant pas à une opération nécessaire qui comporte une transfusion sanguine, au motif que cela est contraire à leur conviction religieuse, le fils de la partie requérante est soumis à un risque supplémentaire qui n'est ni médicalement justifié ni nécessaire. Le droit de l'enfant à la vie prime la liberté religieuse des parents.

5 La partie requérante a formé un pourvoi en cassation en présentant les arguments suivants.

5.1 La cour régionale considère à tort que, lorsqu'une personne demande que les soins de santé soient adaptés à sa situation de fait, elle perd le droit au paiement de ces soins sur le budget de l'État. Celui-ci doit établir un système de santé qui est adapté à la situation de fait du patient, y compris la conviction religieuse des parents ou des représentants du patient mineur.

5.2 La cour régionale n'a pas appliqué les règles du droit de l'Union relatives au régime d'autorisation préalable ni la jurisprudence de la Cour qui les a interprétées. Il convient de déterminer s'il est nécessaire de saisir la Cour à titre préjudiciel.

5.3 Les règles applicables exigent de garantir un traitement qui respecte le patient dans sa globalité, notamment son bien-être social, sa dignité humaine, ses valeurs morales et ses croyances religieuses.

5.4 L'interdiction de la discrimination a été méconnue, car, d'une part, l'État n'a pas traité la partie requérante différemment alors que celle-ci se trouve dans une situation nettement différente par rapport aux autres patients et, d'autre part, il ne l'a pas traitée de manière égale par rapport aux patients dont la situation de fait limite le choix des modes de traitement possibles.

5.5 La cour régionale analyse la signification des croyances religieuses uniquement dans le cadre de la question du droit des parents de choisir un traitement pour l'enfant. Elle n'examine pas la question de savoir si les autorités n'obligent pas ainsi indirectement les parents à nier leurs croyances religieuses, qui sont suffisamment fortes, sérieuses, impératives et importantes et qui forment l'essence de leur conviction religieuse. **[Or. 4]**

5.6 En l'espèce, ni le ministère ni aucune autre autorité n'a soutenu que les droits du fils de la partie requérante ont été méconnus. C'est précisément la partie requérante, en tant que représentant légal de l'enfant, qui a introduit le recours en justice dans le but de protéger les intérêts de l'enfant. Par conséquent, c'est à tort que la cour régionale a appliqué l'article 3 de la convention relative aux droits de l'enfant, l'article 6, paragraphe 1, et l'article 24, paragraphe 5, du Bērnu tiesību aizsardzības likums (loi sur la protection des droits des enfants) et l'article 14, paragraphe 1, du Pacientu tiesību likums (loi sur les droits des patients).

6 Dans ses observations dans le cadre du pourvoi en cassation, le ministère soutient que le pourvoi est infondé et formule les arguments ci-dessous.

6.1 La règle énoncée au point 310 du décret n° 1529 est impérative et ne prévoit pas que l'autorité dispose d'un pouvoir discrétionnaire lorsqu'elle adopte un acte administratif. Elle doit être lue conjointement avec le point 312.2, dont il ressort que ce sont les justifications médicales directes qui sont décisives. La partie requérante demande en substance que soient pris en compte des critères que le législateur n'a pas prévus.

6.2 Les moyens du pourvoi en cassation portent sur le fait que, dans le système de santé letton, l'aménagement des soins en fonction du patient n'est pas garanti. Toutefois, la réglementation prévoit des restrictions raisonnables, qui assurent autant que possible une distribution rationnelle des ressources financières et protègent l'ensemble des intérêts publics liés à l'accès à une médecine de qualité en Lettonie.

6.3 L'acte de pourvoi se réfère à tort à la jurisprudence de la Cour dans des affaires relatives à des soins de santé transfrontaliers. Les enseignements tirés de cette jurisprudence ont été pris en compte lors de l'élaboration 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 (ci-après la « directive 2011/24 »). Cette directive a été transposée dans la réglementation lettone. Après la mise en application de la directive, une personne a le droit de bénéficier du remboursement des frais non pas selon les tarifs de l'État où les soins ont été dispensés (qui sont appliqués lorsque des soins de santé sont dispensés sur la base du formulaire S 2), mais selon les tarifs applicables aux soins en Lettonie.

- 7 Dans une lettre, la partie requérante a indiqué que son fils a subi en Pologne une opération du cœur nécessaire le 22 avril 2017, afin de prévenir la dégradation de son état de santé.
- 8 Selon les observations déposées par le ministère, le refus de couvrir le coût des soins de santé dispensés au fils de la partie requérante en Pologne ne constituait pas une violation de l'interdiction de discrimination. De même, il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions de la directive 2011/24/UE, car la partie requérante n'a pas demandé d'autorisation préalable conformément à celles-ci.

En revanche, selon les observations déposées par la partie requérante, il serait bénéfique non seulement à la partie requérante, mais aussi à toute la société, que l'on respecte le principe d'aménagement raisonnable.

Motifs

Droit applicable

Les dispositions de droit de l'Union

- 9 L'article 56 TFUE dispose :
- « Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union sont interdites à l'égard des ressortissants des États membres établis dans un État membre autre que celui du destinataire de la prestation. **[Or. 5]**

Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, peuvent étendre le bénéfice des dispositions du présent chapitre aux prestataires de services ressortissants d'un État tiers et établis à l'intérieur de l'Union. »

L'article 57 TFUE prévoit :

« Au sens des traités, sont considérées comme services les prestations fournies normalement contre rémunération, dans la mesure où elles ne sont pas régies par

les dispositions relatives à la libre circulation des marchandises, des capitaux et des personnes.

Les services comprennent notamment :

- a) des activités de caractère industriel,
- b) des activités de caractère commercial,
- c) des activités artisanales,
- d) les activités des professions libérales.

Sans préjudice des dispositions du chapitre relatif au droit d'établissement, le prestataire peut, pour l'exécution de sa prestation, exercer, à titre temporaire, son activité dans l'État membre où la prestation est fournie, dans les mêmes conditions que celles que cet État impose à ses propres ressortissants. »

- 10 L'article 20 du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après le « règlement n° 883/2004 ») dispose :

« 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.

[...] »

- 11 Selon l'article 7 de la directive 2011/24 :

« Principes généraux applicables au remboursement des coûts

1. Sans préjudice du règlement (CE) 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. **[Or. 6]**

Lorsque l'intégralité du coût des soins de santé transfrontaliers est supérieure au montant qui aurait été pris en charge si les soins avaient été dispensés sur son territoire, l'État membre d'affiliation peut décider néanmoins de rembourser l'intégralité du coût.

L'État membre d'affiliation peut décider de rembourser d'autres frais connexes, tels que les frais d'hébergement et de déplacement, ou les frais supplémentaires que les personnes handicapées peuvent être amenées à exposer, en raison d'un ou de plusieurs handicaps, lorsqu'elles bénéficient de soins de santé transfrontaliers, conformément à la législation nationale et sous réserve de la présentation de documents suffisants précisant ces frais.

[...]

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. »

Aux termes de l'article 8 de la directive 2011/24 :

« Soins de santé susceptibles d'être soumis à autorisation préalable

1. L'État membre d'affiliation peut mettre en place un régime d'autorisation préalable pour le remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers, conformément au présent article et à l'article 9. Le régime d'autorisation préalable, y compris les critères, l'application de ceux-ci et les décisions individuelles de refus d'autorisation préalable, se limite à ce qui est nécessaire et

proportionné à l'objectif poursuivi et ne peut constituer un moyen de discrimination arbitraire ni une entrave injustifiée à la libre circulation des patients.

2. Les soins de santé susceptibles d'être soumis à autorisation préalable sont limités aux soins de santé qui :

a) sont soumis à des impératifs de planification liés à l'objectif de garantir sur le territoire de l'État membre concerné un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de soins de qualité élevée ou à la volonté d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter autant que possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines et : i) — impliquent le séjour du patient concerné à l'hôpital pour au moins une nuit ; ou ii) — nécessitent un recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux ;

[...]

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. » **[Or. 7]**

12 L'article 10, paragraphe 1, de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après la « Charte ») dispose :

« 1. Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion. Ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction, ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction individuellement ou collectivement, en public ou en privé, par le culte, l'enseignement, les pratiques et l'accomplissement des rites. »

L'article 21, paragraphe 1, de la Charte prévoit :

« 1. Est interdite toute discrimination fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, les origines ethniques ou sociales, les caractéristiques génétiques, la

langue, la religion ou les convictions, les opinions politiques ou toute autre opinion, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle. »

Les dispositions de droit letton

- 13 Au moment où la partie requérante a cherché à obtenir le formulaire S 2, le décret n° 1529 était en vigueur. C'est précisément ce décret qui est encore applicable en l'espèce, même s'il n'est plus en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2018, car la question à trancher dans la présente affaire est celle de savoir si la partie requérante avait le droit d'obtenir le formulaire S 2 lorsqu'elle en a fait la demande. L'on peut ajouter, même si cela est dépourvu de pertinence en l'espèce, que la nouvelle réglementation relative à la délivrance du formulaire S 2 et au remboursement des frais payés au moyen de fonds personnels est, en substance, identique à la précédente.

Conformément au point 293.2 du décret n° 1529, lorsqu'il applique le règlement n° 883/2994 et le règlement n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 16 septembre 2009, fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après le « règlement n° 987/2009 »), le service de santé délivre le formulaire S 2 « Attestation du droit à un traitement programmé », qui garantit le droit de bénéficier des soins programmés (avec remboursement sur le budget de l'État) indiqués dans le formulaire, dans l'État (un autre État membre de l'Union ou de l'EEE ou la Suisse) et dans le délai également indiqués dans celui-ci.

Selon le point 310 du décret n° 1529 :

« 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. » **[Or. 8]**

Le point 323.2 du décret n° 1529 disposait qu'il appartenait au service de santé de décider de délivrer une autorisation préalable pour un traitement programmé de

chirurgie cardiaque à l'hôpital dans un État membre de l'Union, un État membre de l'EEE ou en Suisse.

En revanche, le point 324.2 du décret n° 1529 prévoyait que le service de santé refusait de délivrer l'autorisation préalable dans les conditions suivantes :

« 324.2. lorsque les soins de santé peuvent être dispensés en Lettonie dans le délai suivant (sauf dans une situation où il n'est pas permis d'attendre du fait de l'état de santé de la personne et de l'évolution prévisible de la maladie et où cela est indiqué dans le document médical mentionné au point 325.2 ou 325.3 du présent décret) :

[...]

324.2.2. dans le cas des soins hospitaliers mentionnés aux points 323.2 et 323.3 : douze mois ;

[...] »

Le point 328 du décret n° 1529 disposait :

« 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 n° 987/2009, 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.

[...] »

Les raisons de douter de l'interprétation du droit de l'Union

- 14 Étant donné que le fils de la partie requérante a déjà reçu des soins de santé, à savoir un traitement chirurgical d'une maladie cardiaque (*informations sur la santé de la personne*), il pourrait demander le remboursement des frais de soins qui ont été couverts par des fonds personnels, s'il s'avère que l'autorité a refusé à tort de délivrer le formulaire S 2.

L'autorité aurait eu l'obligation de délivrer ce formulaire si les conditions énoncées à l'article 20 du règlement n° 883/2004 et celles prévues au point 310 du décret n° 1529 (*dans la version qui était en vigueur [Or. 9] à la date de la demande d'autorisation*) étaient remplies. De plus, le point 310 du décret n° 1529 doit être interprété conformément à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004. Par conséquent, en l'espèce, il y a lieu de préciser le contenu de cette dernière disposition et de vérifier si les conditions qui en découlent ont été remplies.

- 15 Selon l'article 20, paragraphe 2, seconde phrase, du règlement n° 883/2004, l'autorisation permettant à l'intéressé de se rendre dans un autre État membre aux fins d'y recevoir le traitement adapté à son état doit être 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.

En l'espèce, il n'est pas contesté que la prestation litigieuse est prévue par la législation lettone. En effet, l'article 17, paragraphe 1, point 2), de l'Ārstniecības likums (loi sur les soins médicaux) dispose que le montant au titre des soins médicaux couvert par le budget général de l'État et les fonds des bénéficiaires des soins est versé, selon les modalités prévues par le conseil des ministres, aux non-citoyens de Lettonie. Conformément au point 6.3 du décret n° 1529, l'intéressé se voit garantir un soin de santé hospitalier au moyen des ressources du budget de l'État et de ses propres paiements (paiement incombant au patient, franchise), dans la mesure et selon les modalités énoncées dans ce décret et les autres actes réglementaires relatifs aux soins de santé, et la prestation litigieuse n'est pas incluse dans la liste figurant au point 11 du décret n° 1529, qui énumère les prestations de santé pour lesquelles l'État ne paie pas. En outre, selon le point 23.1 du décret, les enfants sont exemptés du paiement incombant au patient.

Dans la présente affaire, le point litigieux est celui de savoir si le deuxième critère est rempli, c'est-à-dire le point de savoir si ces soins ne peuvent pas être dispensés en Lettonie dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état actuel de santé du fils de la partie requérante et de l'évolution probable de la maladie.

En l'espèce, il est établi que l'opération était nécessaire au fils de la partie requérante pour éviter la dégradation irréversible des fonctions vitales ou de l'état

de santé, compte tenu de cet état au moment de l'examen de la personne et de l'évolution prévisible de la maladie. De même, il est établi en l'espèce que l'intervention médicale nécessaire au fils de la partie requérante – [*informations sur la santé de la personne*] – peut être effectuée en Lettonie, à l'aide d'une transfusion de produits sanguins, et qu'il n'existait pas de motif médical justifiant de procéder sans transfusion sanguine à l'opération litigieuse sur le fils de la partie requérante. Cette dernière s'est opposée à la transfusion de produits sanguins, sur la seule base de sa conviction religieuse, et a souhaité que l'opération litigieuse ait lieu sans une telle transfusion, ce qui ne peut être garanti en Lettonie.

- 16 La Cour a interprété une condition très similaire figurant dans le règlement précédent, à savoir l'article 22, paragraphe 2, du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté. Cette disposition prévoyait que l'autorisation requise au titre du paragraphe 1 alinéa c) ne pouvait pas être refusée lorsque les soins dont il s'agissait ne pouvaient pas être dispensés à l'intéressé sur le territoire de l'État membre où il résidait. Selon la Cour, elle doit être interprétée en ce sens que l'autorisation à laquelle se réfère cette disposition ne peut être refusée lorsqu'il apparaît que la première condition énoncée par celle-ci 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 duquel réside l'intéressé (*arrêts du 5 octobre 2010, Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, point 65, et du 23 octobre 2003, Inizan, C-56/01, EU:C:2003:578, points 45, 59 et 60*). Il peut s'agir notamment d'une situation dans laquelle les soins hospitaliers en question ne peuvent pas être dispensés en temps opportun dans l'État membre de résidence de l'assuré social [Or. 10] en raison d'un défaut de médicaments et de fournitures médicales de première nécessité (*arrêt du 9 octobre 2014, Petru, C-268/13, EU:C:2014:2271*).

La Cour a aussi jugé que, aux fins d'apprécier si un traitement présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en temps utile dans l'État membre de résidence du patient, l'institution compétente est tenue de prendre en considération l'ensemble des circonstances caractérisant chaque cas concret et de tenir dûment compte non seulement de la situation médicale du patient au moment où celui-ci sollicite l'autorisation et, le cas échéant, du degré de douleur ou de la nature de son handicap, qui pourrait, par exemple, rendre impossible ou excessivement difficile l'exercice d'une activité professionnelle, mais également de ses antécédents (*arrêts du 5 octobre 2010, Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, point 66, et du 23 octobre 2003, Inizan, C-56/01, EU:C:2003:578, point 46*).

Il ressort des affaires examinées par la Cour que « l'ensemble des circonstances caractérisant chaque cas concret » qui doivent être prises en considération, afin de déterminer si un traitement présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu dans l'État membre sur le territoire duquel réside le patient, comprennent diverses circonstances liées à la santé du patient. Jusqu'à présent, la Cour n'a pas indiqué si, dans ce contexte, l'autorité compétente devrait aussi prendre en considération

d'autres circonstances qui ne sont pas directement liées à la santé du patient, notamment la conviction religieuse de la personne. Compte tenu de cela, la juridiction de renvoi nourrit des doutes quant à l'interprétation de l'article 20, paragraphe 2, seconde phrase, du règlement n° 883/2004.

- 17 L'article 20, paragraphe 2, seconde phrase, du règlement n° 883/2004 devrait être interprété en conformité avec la Charte. L'article 10 de celle-ci protège la liberté de religion ; quant à son article 21, paragraphe 1, il prévoit l'interdiction de la discrimination, notamment de celle fondée sur la religion ou les convictions.

La liberté de religion est une valeur fondamentale d'une société démocratique. Elle figure parmi les éléments les plus essentiels de l'identité des croyants et de leur conception du monde, mais elle est aussi importante pour les athées, les agnostiques et d'autres personnes (*Cour EDH, 1^{er} juillet 2014, S.A. S. c. France, CE:ECHR:2014:0701JUD 004383511, point 124, et 15 janvier 2013, Eweida et autres c. Royaume-Uni, CE:ECHR:2013:0115JUD 004842010, point 79*). La liberté de religion inclut 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 (*arrêts du 14 mars 2017, G 4S Secure Solutions, C-157/15, EU:C:2017:203, point 28, et Bougnaoui et ADDH, C-188/15, EU:C:2017:204, point 30*).

Que ce soit de la liberté de religion ou du droit à la vie privée, une personne tire le droit de choisir de recevoir un certain traitement ou de le refuser en raison d'une conviction religieuse, [ainsi que] le droit de choisir d'autres formes de traitement conformément à sa conviction religieuse. Dans la présente affaire, la partie requérante ne s'est pas vu priver du droit de refuser que son fils reçoive un traitement non conforme à la conviction religieuse de la partie requérante. Il n'a pas non plus été interdit à cette dernière de choisir une autre forme de traitement de son fils conforme à sa conviction religieuse. Toutefois, le résultat de son choix est que l'État ne couvre pas le coût de cet autre traitement, c'est-à-dire que les dépenses occasionnées par celui-ci doivent être prises en charge personnellement par la partie requérante.

La liberté de religion n'impose pas en elle-même à l'État l'obligation de garantir que toute personne ait accès dans tous les cas à un traitement payé par l'État et conforme à sa conviction religieuse. Toutefois, l'État a en même temps l'obligation de veiller à ce que les services en matière de santé soient appropriés sur le plan culturel, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus et des minorités [*Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint [Or. 11] (2000), point 12, sous c*]. En outre, dans sa résolution n° 2163 (2017) du 27 avril 2017, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe reconnaît que le respect des convictions des personnes appartenant à des minorités religieuses peut s'avérer particulièrement difficile dans le contexte des services sociaux et elle appelle les États à protéger les droits des parents et des enfants appartenant à ces minorités en promouvant un aménagement raisonnable des convictions

morales et religieuses profondes des personnes, compte tenu des limites définies par la législation et sans porter atteinte aux droits d'autrui.

De plus, lorsque le choix d'un traitement conforme à la conviction religieuse de l'intéressé peut aboutir à ce que les frais de traitement doivent être couverts par des fonds personnels, alors que l'État effectue un paiement au bénéfice d'autres personnes recevant des traitements similaires, l'intéressé subit des conséquences défavorables. Par conséquent, la question se pose de savoir s'il ne s'agit pas d'une discrimination fondée sur la religion lorsque, afin de déterminer si un traitement présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu dans l'État membre sur le territoire duquel réside le patient, la conviction religieuse de la personne n'est pas prise en compte en tant que l'une des circonstances propres au cas d'espèce.

- 18 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 réglementation en cause, et que cette différence est proportionnée au but poursuivi par le traitement concerné (*arrêt du 9 mars 2017, Milkova, C-406/15, EU:C:2017:198, point 55*).

L'interdiction de traiter des situations différentes de manière égale vise la discrimination indirecte. Il y a une telle discrimination si une disposition, un critère ou une pratique apparemment neutre désavantage particulièrement des personnes appartenant à un certain groupe par rapport à d'autres personnes. Cependant, un traitement identique de situations différentes ou l'application de dispositions, de critères ou d'une pratique apparemment neutres sont admis et ne seront pas considérés comme une discrimination indirecte si elles ont une justification appropriée, c'est-à-dire elles ont un but légitime et s'il existe un rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé (*Cour EDH, 1^{er} juillet 2014, S.A. S. c. France, CE:ECHR:2014:0701JUD 004383511, point 161, et arrêt du 3 octobre 2000, Ferlini, C-411/98, EU:C:2000:530, points 57 à 59*).

En l'espèce, il n'existe aucune raison médicale pour laquelle le fils de la partie requérante ne pourrait pas bénéficier des soins sur le territoire letton. Toutefois, à la différence des autres personnes qui ont elles-mêmes besoin, ou dont les enfants ont besoin, précisément d'une telle intervention, la conviction religieuse de la partie requérante affecte le choix de cette dernière. Pour les témoins de Jéhovah, l'interdiction des transfusions sanguines est un élément essentiel de leurs croyances religieuses et c'est pourquoi ils n'acceptent pas une intervention comportant une transfusion sanguine. En fait, le fils de la partie requérante n'est précisément pas dans la situation d'autres personnes pour lesquelles [*informations sur la santé de la personne*] est nécessaire. Si les croyances religieuses de la partie

requérante quant à l'interdiction des transfusions sanguines ne sont pas prises en compte, la partie requérante et son fils sont désavantagés en raison de leur conviction religieuse, car le fils de la partie requérante ne peut pas en l'espèce recevoir des soins payés par l'État, alors que d'autres personnes dans précisément la même situation peuvent les recevoir.

En conséquence, on peut observer qu'il existe un traitement identique de personnes dans des situations essentiellement différentes et un critère ou une pratique apparemment neutre (une disposition selon laquelle l'autorisation de se rendre dans un autre État afin de recevoir des soins adaptés à l'état du patient ne peut être obtenue qu'à condition que, dans l'État membre sur le territoire duquel réside le patient, celui-ci ne soit pas en mesure de bénéficier des soins disponibles uniquement pour des motifs médicaux ou directement liés à l'état de santé de la personne) qui produisent des effets particulièrement négatifs sur les témoins de Jéhovah. Partant, il y a lieu de vérifier si un tel traitement poursuit un but légitime et **[Or. 12]** s'il existe un rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé.

- 19 Dans la présente affaire, l'objectif visant un traitement identique ou une application d'un critère apparemment neutre pourrait être celui de protection de la santé publique et des droits d'autrui, c'est-à-dire la nécessité de maintenir sur le territoire national une offre suffisante, équilibrée et permanente de soins hospitaliers de qualité ainsi que de protéger la stabilité financière du système de sécurité sociale (*voir, par exemple, arrêt du 12 juillet 2001, Smits et Peerbooms, C-157/99, EU:C:2001:404, point 105*). Statuant sur une entrave à la libre prestation des services en matière de santé, la Cour a jugé que la prévention d'un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale peut être un objectif légitime d'une telle entrave. De plus, l'appréciation des conséquences de la libre prestation des services en matière de santé ne saurait se limiter à une seule situation concrète, qui ne pourrait à l'évidence avoir des conséquences financières importantes. Dans un tel contexte, il convient d'adopter une approche globale afin d'évaluer l'incidence financière de toutes les situations de ce type (*arrêt du 13 mai 2003, Müller-Fauré et van Riet, C-385/99, EU:C:2003:270, points 73 et 74*).

La juridiction de renvoi reconnaît qu'une charge supplémentaire importante pourrait peser sur le budget de l'État consacré à la santé si elle admettait que, lorsque le traitement hospitalier disponible dans cet État n'est pas conforme à la conviction religieuse de la personne, ce traitement n'est pas disponible dans ledit État au sens de l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004. En effet, même si l'État lui-même peut garantir à la personne concernée le traitement médical nécessaire il doit, en raison de la conviction religieuse de celle-ci, lui payer un traitement reçu dans un autre État, qui peut être plus onéreux. De même, la juridiction de renvoi reconnaît que l'État pourrait avoir des difficultés à faire des prévisions, car il pourrait être difficile de prévoir toutes les situations dans lesquelles la conviction religieuse d'une personne pourrait affecter le choix de celle-ci en matière de soins médicaux.

- 20 Afin de déterminer s'il existe un rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé, la juridiction de renvoi considère qu'il faut tenir compte du fait que les soins hospitaliers des patients engendrent des coûts considérables et doivent 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 (*arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, point 43*).

Par exemple, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que l'État dispose d'une large marge d'appréciation en matière de politique générale, sociale, économique et concernant les soins de santé. Cette marge d'appréciation est particulièrement large lorsqu'il s'agit d'établir des priorités dans le cadre de la répartition de ressources publiques limitées (*Cour EDH, 20 mai 2014, McDonald c. Royaume-Uni, CE:ECHR:2014:0520JUD 000424112, point 54, 16 mars 2010, Carson et autres c. Royaume-Uni, CE:ECHR:2010:0316JUD 004218405, point 61, décision sur la recevabilité, 4 janvier 2005, Pentiacova et autres c. Moldavie, CE:ECHR:2005:0104DEC001446203 ; voir arrêts du 12 novembre 1996, Royaume-Uni/Conseil, C-84/94, EU:C:1996:431, point 58, et du 13 juin 2017, Florescu e.a., C-258/14, EU:C:2017:448, point 57*). En outre, la Cour européenne des droits de l'homme a également considéré ce qui suit : afin de déterminer si l'État a rempli ses obligations relatives à la liberté de religion, positives ou négatives, il convient, dans les deux cas, de vérifier qu'un juste équilibre est atteint entre l'intérêt général et les intérêts de l'individu. De plus, cet équilibre doit être assuré même s'il génère un coût supplémentaire à la charge de l'État [*Cour EDH, 7 décembre 2010, [Or. 13] Jakóbski c. Pologne, CE:ECHR:2010:1207JUD 001842906, points 47 et 50, et 17 décembre 2013, Vartic c. Roumanie (n° 2), CE:ECHR:2013:1217JUD 001415008, points 45 et 48*].

Compte tenu des principes énoncés ci-dessus, la juridiction de renvoi estime qu'un rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé peut exister lorsqu'une personne se voit refuser l'autorisation de se rendre dans un autre État membre aux fins d'y recevoir le traitement adapté à son état, dans une situation dans laquelle un traitement hospitalier présentant le même degré d'efficacité, mais non conforme à la conviction religieuse de la personne, est disponible dans l'État membre de résidence et coûte davantage dans l'autre l'État membre. Dans une telle situation, accorder l'autorisation pourrait entraîner une charge supplémentaire importante pour le budget de l'État consacré à la santé.

Par conséquent, la juridiction de renvoi admet que, conformément à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, interprété à la lumière de l'article 21, paragraphe 1, de la Charte, un État membre puisse refuser l'autorisation mentionnée à l'article 20, paragraphe 1, de ce règlement lorsque, dans l'État membre de résidence de la personne, un mode de traitement hospitalier dont l'efficacité médicale ne soulève aucun doute est disponible, mais n'est pas conforme aux convictions religieuses de la personne.

- 21 La juridiction de renvoi nourrit également des doutes quant à la question de savoir si une proportionnalité raisonnable entre les moyens employés et le but visé est assurée lorsqu'aucun frais relatif aux soins de santé dispensés à une personne dans un autre État membre n'est couvert et que celle-ci, pour des motifs de conviction religieuse, ne peut pas recevoir le traitement hospitalier nécessaire dans l'État membre de résidence.

Il convient de tenir compte du fait que la libre prestation des services s'applique aux prestations médicales. Cette liberté peut faire l'objet d'une restriction, justifiée objectivement ; encore faut-il que celle-ci ne soit pas disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi (*arrêt du 19 avril 2007, Stamatelaki, C-444/05, EU:C:2007:231, point 34*). En outre, la justification de la restriction doit aussi être interprétée à la lumière des principes généraux du droit de l'Union et notamment des droits fondamentaux désormais garantis par la Charte (*arrêt du 11 juin 2015, Berlington Hungary e.a., C-98/14, EU:C:2015:386, point 34*).

S'agissant de l'interprétation du traité en ce qui concerne la libre prestation de services dans le domaine de la médecine, les enseignements tirés de la jurisprudence de la Cour sont résumés dans la directive 2011/24. L'article 7, paragraphe 1, de celle-ci dispose que, 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. L'article 7, paragraphe 4, 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 reçus. De plus, l'article 8 de la même directive dispose qu'un État membre peut soumettre les soins hospitaliers à un régime d'autorisation préalable. Selon l'article 8, paragraphe 5, l'autorisation concernant de tels soins, que la personne assurée a le droit de recevoir dans l'État membre d'affiliation, ne peut être refusée que si ces soins de santé peuvent être dispensés sur le territoire de cet État 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.

La Lettonie a mis en œuvre les dispositions des articles 7 et 8 de la directive 2011/24 par la voie du décret n° 1529 (*dans la version qui était en vigueur à la date de la demande d'autorisation*). Le point 328.2.1 de ce décret prévoyait ce qui suit : **[Or. 14]** 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, conformément aux tarifs des soins médicaux établis au moment où ceux-ci sont dispensés, à condition que la

personne ait reçu les soins médicaux programmés et que ces soins médicaux soient payés en République de Lettonie sur le budget de l'État. Par ailleurs, le point 323.2 du décret disposait que les soins de chirurgie cardiaque programmés à l'hôpital étaient soumis à un régime d'autorisation préalable et, conformément au point 324.2.2 du décret, le service de santé pouvait refuser de délivrer l'autorisation préalable lorsque les soins de santé pouvaient être dispensés en Lettonie dans un délai de douze mois, sauf dans une situation où il n'était pas permis d'attendre du fait de l'état de santé de la personne et de l'évolution prévisible de la maladie.

Dès lors, conformément à ces dispositions, pour se voir rembourser les frais d'un traitement hospitalier dans un autre État membre qu'elle a payés avec ses propres fonds, une personne doit obtenir une autorisation préalable. Celle-ci peut être refusée et, partant, les frais peuvent ne pas être remboursés si la personne peut recevoir un traitement présentant le même degré d'efficacité dans l'État d'affiliation. Il découle à première vue de l'article 8, paragraphe 5, de la directive 2011/24 que, afin de déterminer si un traitement présentant le même degré d'efficacité est disponible dans l'État d'affiliation, il convient de tenir compte principalement de considérations liées à la santé du patient. Ni le texte de la directive, ni la jurisprudence de la Cour n'indiquent clairement que, dans ce contexte, l'on pourrait aussi tenir compte de la conviction religieuse du patient.

Toutefois, selon l'article 7, paragraphe 4, de la directive 2011/24, et le point 328.2.1 du décret n° 1529, une personne ne peut demander le remboursement des frais payés sur ses propres fonds que sur la base des tarifs applicables aux soins de santé dans l'État membre d'affiliation. Cela signifie que, dans ce cas, les frais à la charge de l'État au titre d'un certain traitement hospitalier ne sont pas plus élevés que dans le cas où un tel traitement est dispensé dans l'État membre d'affiliation. Par conséquent, dans une telle situation, la couverture des frais de traitement ne saurait avoir d'incidence directe sur le budget de l'État consacré à la santé, même si la planification des soins et donc, indirectement, le budget de la santé pourraient être affectés. En outre, le considérant 29 de la directive 2011/24 indique expressément que cette prise en charge des coûts ne saurait avoir d'incidence considérable sur le financement des systèmes nationaux de soins de santé. En revanche, pour les patients qui ne se voient pas rembourser les frais de traitement, les conséquences négatives sont importantes. En conséquence, dans le cas d'un refus de couverture des frais de traitement hospitalier d'une personne dans un autre État membre, même pour le montant qui serait garanti dans l'État membre d'affiliation au titre de soins identiques, il n'est pas certain qu'une proportionnalité raisonnable soit assurée entre les moyens employés et le but visé.

Il en résulte que la juridiction de renvoi nourrit également des doutes quant à l'interprétation des 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. Ces doutes portent notamment sur le point de savoir si, conformément à ces dispositions, il y aurait lieu de considérer que la personne peut bénéficier du

traitement nécessaire sur territoire de l'État membre d'affiliation dans un délai acceptable sur le plan médical, même si le mode de traitement disponible dans cet État n'est pas conforme à sa conviction religieuse.

- 22 Compte tenu de ce qui précède, la juridiction de renvoi considère qu'il existe des doutes quant à l'interprétation de l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, de l'article 56 TFUE, et de l'article 8, paragraphe 5, de la directive 2011/24 et que, par conséquent, il y a lieu de poser une question préjudicielle à la Cour.

Il y a lieu de suspendre la procédure dans la présente affaire jusqu'à ce que la Cour statue sur la question préjudicielle. **[Or. 15]**

Dispositif

Sur le fondement de l'article 267 TFUE, [omissis] [règles de procédure nationales], l'Augstākā tiesa (Senāts), (Latvija) (Cour suprême)

décide

de poser à la Cour de justice de l'Union européenne les questions préjudicielles suivantes :

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 21, paragraphe 1, de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne 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 ?

Les dispositions combinées de l'article 56 TFUE, 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 transfrontaliers et de l'article 21, paragraphe 1, de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne 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 ?

[omissis] [sursis à statuer]

[omissis] [signatures]