



COUR DE JUSTICE
DE L'UNION EUROPÉENNE

LA COUR DE JUSTICE ET LES SOINS DE SANTÉ



INTRODUCTION

Depuis 1952, la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) veille au respect et à la bonne application du droit de l'Union dans les États membres. Au fil du temps, elle a rendu des arrêts qui ont renforcé l'intégration européenne tout en reconnaissant aux citoyens des droits de plus en plus étendus, notamment en matière de soins de santé. Les pages suivantes présentent quelques arrêts marquants de la Cour sur ce sujet.



LA SITUATION JURIDIQUE JUSQU'EN 1998

Dès 1971, la question des soins de santé transfrontaliers a été régie, au niveau de l'Union, par le « règlement n° 1408/71 sur l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ».

De manière générale, cette législation permet aux patients de se rendre dans un autre État membre pour se faire soigner après avoir obtenu une autorisation préalable de leur caisse de maladie (formulaire S2). Lorsque cette autorisation est accordée, les frais de traitement sont généralement pris en charge ou remboursés au patient selon les tarifs pratiqués dans le pays de traitement, et ce, même si ces tarifs sont plus élevés que dans le pays du patient.

Au début des années 90, l'Union européenne est devenue un espace sans frontières, ce qui a facilité la libre circulation des personnes. De plus en plus de patients ont alors souhaité se faire traiter par des médecins établis dans un autre État membre, la question centrale étant de savoir si elles avaient systématiquement besoin à cet effet d'une autorisation préalable de leur caisse de maladie. En 1998, la Cour de justice a jugé deux cas dans lesquels les patients n'avaient pas requis ou obtenu d'autorisation préalable, mais souhaitaient néanmoins se faire rembourser par leur caisse de maladie.



LES ARRÊTS KOHLL ET DECKER DE 1998

L'arrêt Kohll : pas d'autorisation préalable requise pour les soins ambulatoires programmés dans un autre État membre

En 1994, M. Kohll, ressortissant luxembourgeois, a voulu faire traiter sa fille mineure par un orthodontiste établi en Allemagne et a demandé l'autorisation à la caisse de maladie luxembourgeoise. Celle-ci lui a opposé un refus au motif que les soins n'étaient pas urgents et pouvaient être prodigués au Luxembourg. Invoquant la liberté de prestation des services (et non le règlement n° 1408/71), M. Kohll estimait avoir le droit de faire traiter sa fille en Allemagne sans autorisation préalable et de demander le remboursement des frais à sa caisse de maladie, non pas selon les tarifs du pays de traitement (Allemagne), mais selon les tarifs pratiqués pour ce genre de traitement dans son pays d'affiliation (Luxembourg).

La Cour de justice a jugé qu'un traitement pratiqué par un professionnel des soins de santé devait être considéré comme un service. Dans ces conditions, le fait de soumettre à autorisation préalable la prise en charge, aux tarifs pratiqués dans le pays du patient, d'un traitement ambulatoire programmé constitue une entrave à la libre prestation de services, dans la mesure où une telle autorisation décourage les assurés sociaux de s'adresser aux prestataires de santé établis dans un autre État membre. La Cour relève par ailleurs que cette réglementation n'est justifiée ni par un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale ni par des motifs de santé publique ([28 avril 1998, Kohll, C-158/96](#)).



LES ARRÊTS KOHLL ET DECKER DE 1998

L'arrêt Decker : pas d'autorisation préalable requise pour l'achat, dans un autre État membre, de produits ou dispositifs médicaux sur prescription médicale

Un patient peut se voir prescrire des médicaments ou des dispositifs médicaux par un médecin établi dans un État membre et décider d'acheter les produits dans une pharmacie située dans un autre État membre (que ce soit en s'y rendant physiquement ou en procédant à un achat par correspondance). Tel était le cas de M. Decker qui, en 1992, s'est acheté des lunettes en Belgique sur ordonnance d'un ophtalmologiste établi à Luxembourg. La caisse de maladie luxembourgeoise a refusé de rembourser les lunettes, au motif que cet achat avait eu lieu à l'étranger sans autorisation préalable.

La Cour de justice a jugé que le refus de rembourser des produits médicaux achetés, sans autorisation préalable, dans un autre État membre constitue une entrave injustifiée à la libre circulation des marchandises, dans la mesure où une telle exigence n'est pas justifiée par des motifs de santé publique afin de garantir la qualité des produits médicaux fournis dans d'autres États membres. Depuis, les patients peuvent acheter, sans autorisation préalable, leurs produits ou dispositifs médicaux dans un autre État membre et en demander le remboursement à leur caisse de maladie selon les tarifs pratiqués dans leur propre pays ([28 avril 1998, Decker, C-120/95](#)).



INFLUENCE DE LA JURISPRUDENCE DE LA COUR DE JUSTICE SUR LA LÉGISLATION DE L'UE EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

En prononçant les arrêts Kohll et Decker le 28 avril 1998, la Cour de justice a initié une longue série d'arrêts qui ont inspiré le législateur de l'Union à modifier de manière substantielle la législation de l'UE en matière de soins de santé.

Les arrêts Kohll et Decker ont en effet révélé que, à côté du système mis en place par le règlement n° 1408/71 et son règlement d'application (le règlement n° 574/72), qui prévoient un mécanisme d'autorisation préalable pour la prise en charge de soins de santé programmés dans un autre État membre selon les tarifs pratiqués par ce dernier, les libertés fondamentales consacrées par les traités (la liberté de prestation des services dans l'affaire Kohll et la liberté de circulation des marchandises dans l'affaire Decker) peuvent être invoquées pour obtenir la prise en charge, sans autorisation préalable de la caisse de maladie, de soins ambulatoires ou d'achats de produits médicaux dans un autre État membre selon les tarifs pratiqués par le pays du patient.

Par sa jurisprudence, la Cour de justice a ainsi progressivement contribué à la définition des critères à prendre en compte pour garantir les droits des citoyens en la matière. Cette jurisprudence a d'ailleurs été codifiée par le législateur de l'Union, via l'adoption des règlements n° 883/04 et 987/09 et de la directive 2011/24, qui offrent aujourd'hui aux citoyens des règles détaillées sur la prise en charge des soins et des achats médicaux dans un autre État membre.



JURISPRUDENCE DE LA COUR DE JUSTICE SUR LE RÈGLEMENT DE 1971 (CODIFIÉE DANS LES RÈGLEMENTS DE 2004 ET 2009)

Après les arrêts Kohll et Decker, la Cour de justice a eu l'occasion d'interpréter à plusieurs reprises le règlement de 1971, et ce, dans deux domaines principaux : les soins hospitaliers programmés et les soins hospitaliers non programmés.



**JURISPRUDENCE DE LA COUR
DE JUSTICE SUR LE RÈGLEMENT DE 1971
(CODIFIÉE DANS LES RÈGLEMENTS
DE 2004 ET 2009)**

Soins hospitaliers programmés

Lorsque l'autorisation nécessaire pour une hospitalisation programmée dans un autre État membre a été refusée à tort et qu'elle est, pour une quelconque raison, accordée postérieurement à cette hospitalisation, le patient a droit au remboursement des frais engagés de la même manière que si l'autorisation avait été délivrée à temps ([12 juillet 2001, Vanbraekel e.a., C-368/98](#)).

Pour pouvoir refuser à un patient l'autorisation de se faire hospitaliser à l'étranger au motif qu'il pourrait se faire traiter, à l'issue d'un certain délai, dans un hôpital de son pays, les autorités nationales doivent s'assurer que le délai fixé n'excède pas le délai médicalement acceptable compte tenu de l'état de santé et des besoins cliniques du patient ([16 mai 2006, Watts, C-372/04](#)). En outre, l'autorisation préalable ne peut pas être refusée lorsqu'un défaut de fournitures médicales de première nécessité empêche le patient de recevoir les soins hospitaliers en temps opportun dans son pays ([9 octobre 2014, Petru, C-268/13](#)).

En revanche, l'autorisation préalable peut être refusée si les prestations médicales fournies à l'étranger ne sont pas prises en charge par le système de sécurité sociale du patient. Toutefois, si la méthode de traitement appliquée à l'étranger correspond à des prestations prises en charge dans l'État membre du patient, l'autorisation préalable ne peut pas être refusée au motif que cette méthode n'est pas pratiquée dans cet État membre ([5 octobre 2010, Elchinov, C-173/09](#)).

Lorsqu'un patient a obtenu l'autorisation de se faire soigner dans un hôpital d'un autre État membre et qu'il supporte une partie des frais d'hospitalisation, il peut demander à sa caisse de maladie de lui rembourser tout ou partie de ces frais en fonction du coût du traitement équivalent dans son pays ([16 mai 2006, Watts, C-372/04](#)).



**JURISPRUDENCE DE LA COUR
DE JUSTICE SUR LE RÈGLEMENT DE 1971
(CODIFIÉE DANS LES RÈGLEMENTS
DE 2004 ET 2009)**

Soins hospitaliers non programmés

Le règlement de 1971, remplacé par le règlement n° 883/04, prévoit que le travailleur salarié ou non salarié dont l'état de santé vient à nécessiter immédiatement des soins de santé au cours d'un séjour dans un autre État membre (soins médicaux urgents) a droit à la prise en charge de ces soins par sa caisse de maladie, sans autorisation préalable de celle-ci, selon les tarifs pratiqués dans le pays du traitement.

Lorsqu'un retraité se rend en voyage dans un autre État membre et doit y être hospitalisé d'urgence, sa caisse de maladie ne peut pas subordonner la prise en charge des frais médicaux à une autorisation préalable ni à la condition que la maladie dont souffre cette personne se soit manifestée soudainement, alors même que cette condition est applicable aux travailleurs salariés et non salariés. La différence de traitement entre les retraités et les travailleurs s'explique par la volonté du législateur de l'Union de favoriser la mobilité effective des retraités en tenant compte de leur vulnérabilité et de leur dépendance plus grande en matière de santé ([25 février 2003, IKA, C-326/00](#)).

Par ailleurs, lorsqu'une personne munie d'une autorisation préalable est traitée dans un autre État membre et que les médecins de cet État décident de la transférer, pour des raisons d'urgence médicale, dans un hôpital situé dans un État qui ne fait pas partie de l'UE (Suisse par exemple), le patient peut continuer à bénéficier d'une prise en charge des frais médicaux. En effet, la caisse de maladie du patient doit faire confiance aux médecins de l'État membre de traitement, qui sont les mieux placés pour apprécier les soins requis par le patient ([12 avril 2005, Keller, C-145/03](#)).

Enfin, lorsque des soins hospitaliers d'urgence sont dispensés au cours d'un voyage dans un autre État membre, la caisse de maladie du patient peut refuser de rembourser les frais qui, dans l'État de traitement, sont laissés à la charge des patients (comme par exemple un ticket modérateur) ([15 juin 2010, Commission/Espagne, C-211/08](#)).



JURISPRUDENCE DE LA COUR DE JUSTICE AU TITRE DE LA LIBRE PRESTATION DES SERVICES (CODIFIÉE DANS LA DIRECTIVE DE 2011)

Suite à l'arrêt Kohll de 1998, la Cour de justice a précisé sa jurisprudence dans le cas où une personne décide de se faire traiter dans un autre État membre non pas sur la base du règlement de 1971, mais au titre de la libre prestation des services. Ces précisions concernent uniquement les soins médicaux (ambulatoires ou hospitaliers) programmés, et non les soins médicaux d'urgence (soins inopinés).



JURISPRUDENCE DE LA COUR DE JUSTICE AU TITRE DE LA LIBRE PRESTATION DES SERVICES (CODIFIÉE DANS LA DIRECTIVE DE 2011)

Soins ambulatoires programmés à caractère non hospitalier

Dans la lignée de l'arrêt Kohll, la Cour de justice a considéré qu'une autorisation préalable n'était pas requise pour les soins ambulatoires non hospitaliers dispensés dans un autre État membre par des prestataires non conventionnés ([13 mai 2003, Müller-Fauré et Van Riet, C-385/99](#)). Par ailleurs, les États membres ne peuvent pas subordonner la prise en charge des dépenses relatives à une cure thermale à l'étranger à la condition que les chances de succès de cette cure y soient beaucoup plus élevées ([18 mars 2004, Leichtle, C-8/02](#)).

Les États membres doivent en outre prévoir dans leur réglementation nationale la possibilité pour les assurés de se faire rembourser les frais des analyses et examens de laboratoire effectués dans un autre État membre ([27 janvier 2011, Commission/Luxembourg, C-490/09](#)). De plus, les États membres ne peuvent pas limiter la prise en charge des soins ambulatoires dispensés à l'étranger au seul cas exceptionnel où le système de santé national ne disposerait pas de solution de traitement pour le patient affilié ([27 octobre 2011, Commission/Portugal, C-255/09](#)).

La Cour de justice a cependant reconnu que les États membres peuvent subordonner à une autorisation préalable le remboursement des soins ambulatoires prodigues dans un autre État membre, lorsque ces soins nécessitent le recours à des équipements lourds (IRM, TEP-SCAN, par exemple). En effet, compte tenu de leur caractère particulièrement onéreux, de tels équipements doivent pouvoir faire l'objet, à l'instar des services hospitaliers, d'une politique de planification afin de garantir, sur l'ensemble du territoire national, une offre de soins rationalisée, stable, équilibrée et accessible ainsi que d'éviter tout gaspillage de moyens financiers, techniques et humains. L'exigence d'une autorisation préalable pour ce type de soins constitue donc une restriction justifiée à la libre prestation des services ([5 octobre 2010, Commission/France, C-512/08](#)).



JURISPRUDENCE DE LA COUR DE JUSTICE AU TITRE DE LA LIBRE PRESTATION DES SERVICES (CODIFIÉE DANS LA DIRECTIVE DE 2011)

Soins hospitaliers programmés

La Cour de justice a jugé que, contrairement aux soins ambulatoires non hospitaliers (voir page précédente), l'exigence d'une autorisation préalable pour les soins hospitaliers peut se justifier par la nécessité de garantir une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité dans l'État membre en question, d'assurer la maîtrise des coûts et d'éviter un gaspillage des ressources financières, techniques et humaines. En même temps, la Cour a indiqué que les conditions pour obtenir une telle autorisation préalable doivent être justifiées, non discriminatoires et proportionnées ([12 juillet 2001, Smits et Peerboms, C-157/99](#)). Il s'ensuit que, pour des soins hospitaliers programmés, une autorisation préalable est toujours requise, qu'il s'agisse d'obtenir leur prise en charge selon les tarifs pratiqués dans le pays du traitement (règlements de 2004 et 2009) ou selon les tarifs pratiqués dans le pays du patient (directive de 2011).

L'autorisation préalable peut être refusée si il existe, dans le pays du patient, un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité que celui prévu à l'étranger et si ce traitement peut être dispensé en temps opportun dans le pays du patient. À cet égard, les autorités nationales doivent prendre en compte la situation médicale du patient, ses antécédents, l'évolution probable de la maladie ainsi que le degré de la douleur et la nature du handicap ([13 mai 2003, Müller-Fauré et Van Riet, C-385/99](#)).

Un État membre ne peut pas limiter le remboursement des frais d'hospitalisation à certaines catégories de personnes (enfants par exemple) ni en fonction du caractère public ou privé de l'hôpital qui dispense les soins. En effet, une exclusion aussi large du remboursement des frais d'hospitalisation serait contraire au droit de l'Union, dans la mesure où elle découragerait voire empêcherait les patients de se faire hospitaliser dans d'autres États membres ([19 avril 2007, Stamatelaki, C-444/05](#)).

Enfin, si les tarifs en vigueur dans le pays du traitement sont inférieurs, pour le traitement hospitalier en cause, à ceux qui sont en vigueur dans le pays du patient, ce dernier a droit à un remboursement complémentaire correspondant à la différence entre ces deux tarifs («complément différentiel») ([12 juillet 2001, Vanbraekel e.a., C-368/98](#)).



REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT ET D'HEBERGEMENT

Lorsqu'un patient se rend dans un autre État membre pour y recevoir des soins, il s'expose nécessairement à des frais de déplacement voire à des frais d'hébergement. La question s'est donc posée de savoir si la caisse de maladie du patient doit également rembourser ces frais.

Un patient qui est autorisé par sa caisse de maladie à se rendre dans un autre État membre pour y recevoir des soins dans le cadre du règlement de 1971 (ou des règlements de 2004 et 2009) ne peut pas réclamer le remboursement de ses frais de déplacement ni, en cas de soins ambulatoires, de ses frais d'hébergement. En cas de soins hospitaliers programmés, les frais de séjour et de repas seront en revanche remboursés. En effet, l'obligation de remboursement porte exclusivement sur les dépenses liées aux soins de santé obtenus par le patient dans l'État membre de traitement ([15 juin 2006, Herrera, C-466/04](#)).

Il en va de même lorsque l'autorisation est accordée au titre de la libre prestation des services (directive de 2011). Toutefois, si les frais de déplacement et d'hébergement sont pris en charge par la caisse de maladie du patient pour des traitements prodigués sur le territoire national, ces frais doivent alors être remboursés lorsque le patient va se faire traiter dans un autre État membre ([16 mai 2006, Watts, C-372/04](#)).

Dans tous les cas de figure (que ce soit au titre des règlements ou de la directive), les États membres sont libres de rembourser les frais de déplacement et d'hébergement s'ils le souhaitent.



ACHAT PAR CORRESPONDANCE DE PRODUITS OU DISPOSITIFS MÉDICAUX

Suite à l'arrêt Decker de 1998, la Cour de justice a eu l'occasion de préciser sa jurisprudence, notamment dans le domaine des achats de produits et dispositifs médicaux effectués par correspondance.

Un État membre ne peut pas interdire la vente par correspondance de médicaments autorisés sur son marché et non soumis à prescription médicale. En revanche, une interdiction nationale de vente par correspondance de médicaments soumis à prescription médicale peut être justifiée. En effet, le fait de permettre la délivrance de ces médicaments par correspondance et sans contrôle pourrait augmenter le risque que des prescriptions médicales fassent l'objet d'un usage abusif et incorrect. Par ailleurs, la possibilité que l'étiquetage du médicament se présente dans une autre langue peut avoir des conséquences plus néfastes lorsqu'il s'agit de médicaments soumis à prescription médicale ([11 décembre 2003, Deutscher Apothekerverband, C-322/01](#)).

Enfin, un État membre ne peut pas fixer des prix uniformes pour les médicaments soumis à prescription médicale, du fait que la fixation de tels prix pourrait gêner l'accès au marché des pharmacies étrangères et des pharmacies par correspondance ([19 octobre 2016, Deutsche Parkinson Vereinigung, C-148/15](#)).



POUR ALLER PLUS LOIN

Dans chaque État membre, des « points de contact nationaux » rompus à la réglementation de l'Union en matière de soins de santé transfrontaliers ont été mis en place pour répondre aux questions pratiques des personnes qui souhaitent se faire traiter dans un autre État membre que le leur. La liste actualisée de ces points de contact nationaux peut être consultée sur Internet sous le lien suivant : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/cbhc_ncp_en.pdf





COUR DE JUSTICE
DE L'UNION EUROPÉENNE

—
Direction de la communication
Unité publications et médias électroniques

Septembre 2018

