

CJUE, 28 octobre 2021, Y contre Centraal Administratie Kantoor, aff. C-636/19, ECLI:EU:C:2021:885

Florence Lanson
*Master 2 Juriste européen,
Université Toulouse 1 Capitole*

Interrogée à titre préjudiciel par le *Centrale Raad van Beroep* (la Cour d'appel néerlandaise en matière de sécurité sociale et de fonction publique), la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a été amenée à préciser la notion de « *personne assurée* » dans le cadre de soins de santé transfrontaliers.

En l'espèce, une ressortissante néerlandaise, Y, perçoit une pension de vieillesse qui lui est versée par les Pays-Bas. Résidant en Belgique, elle ne relève pas du régime d'assurance obligatoire néerlandais et est exemptée des cotisations afférentes. Cependant, elle a droit, au titre de l'article 24 du règlement n°883/2004, aux prestations de soins de santé prévues par la législation de son Etat de résidence, la Belgique, pour le compte de l'Etat chargé de sa pension, les Pays-Bas. En mars 2015, elle a reçu en Allemagne plusieurs soins de santé¹ pour traiter un cancer du sein dont les coûts s'élèvent à hauteur de 16 853,13 euros et que le bureau de l'administration centrale des Pays-Bas (ci-après le « CAK ») refuse de lui rembourser. Ce refus est motivé par le fait que la ressortissante néerlandaise a bénéficié de « *soins programmés* » dans un Etat membre autre que celui de sa résidence et que celui qui est débiteur de sa pension de vieillesse, et pour lesquels elle n'avait pas demandé une autorisation préalable. La ressortissante néerlandaise a introduit un recours contre la décision de refus du CAK.

En première instance, le tribunal d'Amsterdam a jugé que les soins reçus en Allemagne pouvaient effectivement être qualifiés comme des « *soins programmés* » par le CAK, constatant l'absence d'une « *situation d'urgence extrême relative à l'état de santé de Y* » (point 29 de l'arrêt). Aucune autorisation n'ayant été accordée au préalable, le tribunal se fonde sur l'article 20 du règlement n°883/2004 du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale² et donne raison au CAK dans son refus de rembourser les soins de santé. La ressortissante néerlandaise a interjeté appel devant le *Centrale Raad van Beroep* qui s'engage dans la même direction que le tribunal : le CAK ne serait pas tenu de rembourser les soins dans la mesure où l'autorisation préalable n'a pas été demandée, et quand bien même elle aurait été demandée à temps, elle aurait pu être refusée à la ressortissante néerlandaise, dans la mesure où le même traitement était possible dans son Etat de résidence dans le même délai.

¹ Elle y a subi une opération le 20 mars 2015, puis des traitements postopératoires (dont une radiothérapie) entre le 14 avril et le 24 juin 2015.

² Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, *JOUE* L 166/1 du 30/04/2004.

Toutefois, le juge néerlandais se demande si la requérante peut invoquer les dispositions de la directive 2011/24 sur les soins de santé transfrontaliers³ pour la prise en charge de soins, reçus en dehors de l'État de résidence ou de pension, qui ne seraient pas soumis à une autorisation préalable. Il s'agirait, selon la juridiction de renvoi, des soins postopératoires reçus par la ressortissante néerlandaise, lesquels ne seraient pas soumis à une autorisation préalable conformément à l'article 8 §2 sous a) ii) de la directive. Pour s'en prévaloir, la ressortissante néerlandaise doit relever du champ d'application personnel de la directive et donc être considérée comme une personne assurée. La juridiction de renvoi pose alors à la Cour de justice la question de savoir si peuvent être qualifiées de « *personnes assurées* » – au sens de l'article 3 de la directive 2011/24 – les personnes qui bénéficient dans leur État de résidence, en vertu de l'article 24 du règlement n°883/2004, de prestations en nature qui sont à la charge de l'État débiteur de leur pension, mais qui ne sont pas assurées, dans ce dernier État, au titre de l'assurance maladie obligatoire. Le juge national demande également, en cas de réponse négative à la première question, s'il faut interpréter le refus du remboursement de soins transfrontaliers – tels que ceux reçus par la ressortissante néerlandaise en Allemagne – comme une entrave injustifiée à la libre circulation des services, une telle entrave étant prohibée par l'article 56 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE).

Suivant les conclusions de l'avocat général Athanasios Rantos⁴, la Cour de justice répond par l'affirmative à la première question : le titulaire d'une pension en vertu de la législation d'un État membre, qui n'est pas affilié au régime d'assurance maladie obligatoire de l'État débiteur mais qui a droit aux prestations en nature servies par l'État membre de sa résidence pour le compte de l'État membre débiteur de sa pension, relève de la catégorie des « *personnes assurées* » au sens de la directive 2011/24 et, à ce titre, peut obtenir le remboursement des coûts des soins de santé qu'il a reçus dans un troisième État membre. Nul besoin ensuite de répondre à la seconde question préjudicielle, conditionnée par la réponse à la première.

La Cour interprète dans cette affaire la notion de « *personne assurée* » de manière large, suivant un raisonnement logique et détaillé (I). Cet arrêt s'inscrit dans la continuité de sa jurisprudence antérieure et des évolutions législatives qui ont suivi (II), œuvrant dans le sens d'une « Europe de la santé » en faveur des patients, tout en recherchant un équilibre avec les intérêts financiers des États membres qui restent compétents en matière de santé.

I – L'interprétation large de la notion de « personne assurée »

La directive 2011/24 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers prévoit, à son article 7 paragraphe 1, que « *l'État membre d'affiliation veille à ce que les frais engagés par une personne assurée qui reçoit des soins de santé transfrontaliers soient remboursés, si les soins de santé en question font partie des prestations*

³ 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, JOUE L 88/45 du 04/04/2011.

⁴ Conclusions de l'avocat général M. Athanasios Rantos, présentées le 22 avril 2021, dans l'affaire C-636/19, *Y contre CAK*, ECLI:EU:C:2021:325.

auxquelles la personne assurée a droit dans l'État membre d'affiliation ». Pour se prévaloir de ce droit, la requérante doit ainsi relever de la catégorie des « *personnes assurées* », ce que va démontrer la Cour de justice dans ses développements. Cette notion, visée à l'article 3 sous b) i), est définie comme les « *personnes [...] couvertes par l'article 2 du règlement n° 883/2004 et qui sont des personnes assurées au sens de l'article 1er, sous c), dudit règlement* ». La directive opère un renvoi vers le règlement, notamment pour assurer une certaine cohérence entre ces différents textes législatifs en matière de remboursement de soins de santé transfrontaliers. Les sources dans ce domaine et leur articulation sont en effet complexes⁵. Par ailleurs, selon Stéphane de la Rosa, « *outre la cohérence qu'elle assure entre les champs ratione personae de la directive et des règlements, la définition par renvoi permet surtout d'élargir le nombre des patients susceptibles de bénéficier des garanties de la directive* »⁶.

La Cour va, en conséquence, examiner les conditions prévues par le règlement pour déterminer si elles sont remplies en l'espèce et si la ressortissante néerlandaise peut alors être qualifiée de « *personne assurée* » au sens de la directive. En premier lieu, elle vérifie le champ d'application personnel du règlement, défini à son article 2 selon lequel le règlement s'applique aux ressortissants d'un État membre qui sont ou ont été soumis à la législation d'un ou plusieurs États membres. La Cour de justice, tout comme l'avocat général dans ses conclusions, a considéré, de façon assez évidente et sans s'y attarder, qu'une personne percevant une pension de vieillesse d'un État membre dans lequel elle ne réside pas, tout en ayant droit aux prestations en nature servies par son État membre de résidence pour le compte de l'État membre débiteur de sa pension (en vertu de l'article 24 §1 du règlement n°883/2004), comme en l'espèce, relève bien de la législation de ce dernier État. En second lieu, elle se penche sur la définition des personnes assurées, telle que donnée par l'article 1^{er} sous c) du règlement n°883/2004 : cette notion englobe « *toute personne qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'État membre compétent en vertu du titre II pour avoir droit aux prestations [de maladie, maternité, paternité et décès]* ». Or, la Cour constate que les conditions requises par la législation néerlandaise pour ouvrir droit aux prestations en nature correspondent, en substance, à celles fixées à l'article 24 §1 du règlement. Il s'agit de percevoir une pension en vertu de la législation d'un État membre, de ne pas bénéficier des prestations en nature selon la législation de l'État de résidence et d'avoir droit à de telles prestations selon la législation de l'État débiteur de la pension en cas de résidence de l'intéressé dans cet État. Lorsque ces conditions sont remplies – et en l'absence de toute autre condition posée par la législation nationale –, le titulaire de pension (au sens de l'article 24 § 2 du règlement) fait partie de la catégorie des personnes assurées (au sens de l'article 1^{er} sous c) du règlement) et, en tant que tel, il peut obtenir le remboursement des coûts de soins de santé transfrontaliers reçus dans un État membre autre que son État de résidence ou que l'État débiteur de sa pension.

Ainsi, la notion de « *personne assurée* », telle qu'interprétée par la Cour, « *couvre également un titulaire de pension en vertu de la législation d'un État membre qui a droit, au*

⁵ Jean-Philippe LHERNOULD, « L'accès des inactifs aux prestations sociales depuis le règlement 883/2004 », *RDSS*, 2006, p. 653.

⁶ Stéphane DE LA ROSA, « Quels droits pour les patients en mobilité ? À propos de la directive sur les droits des patients en matière de soins transfrontaliers », *RFAS*, 2012, n°1, p. 108-129.

titre de l'article 24 [du] règlement, aux prestations en nature services par son État membre de résidence, pour le compte de l'État membre débiteur de sa pension, même s'il ne dispose pas d'une assurance maladie obligatoire auprès de ce dernier État membre » (point 48 de l'arrêt). En outre, bien que l'article 7 §1 de la directive 2011/24 se réfère à l'« État membre d'affiliation » (lequel doit veiller à ce que les frais engagés par une personne assurée recevant des soins transfrontaliers soient remboursés), la Cour affirme que « *cette notion ne requiert pas, ainsi que la juridiction de renvoi l'a relevé à juste titre, une « affiliation » au régime d'assurance maladie obligatoire d'un État membre* » (point 57 de l'arrêt). La Cour rejette ici l'argument du gouvernement néerlandais qui soutenait qu'une personne titulaire de pension mais ne disposant pas d'une assurance maladie obligatoire dans l'État membre débiteur de la pension ne relève pas de la catégorie des personnes assurées. Au contraire, cette interprétation est perçue comme trop restrictive par la Cour de justice⁷.

Si le règlement, dans son titre III, chapitre 1, consacre une première section aux « *personnes assurées et [aux] membres de leur famille, à l'exception des titulaires de pension et des membres de leur famille* » et une deuxième section aux « *titulaires de pension et [aux] membres de leur famille* », la Cour refuse de considérer ces deux catégories de personnes comme « *distinctes et mutuellement exclusives* » (point 53 de l'arrêt). La Cour explique ainsi que les dispositions de la première section constituent la *lex generalis* tandis que celles de la deuxième section sont une *lex specialis*, la distinction entre les deux catégories susmentionnées – plus complémentaires qu'exclusives⁸ – n'étant faite que pour prévoir des règles spécifiques, plus adaptées à la situation particulière des titulaires de pension. L'interprétation retenue par la Cour est large car elle prend en compte la finalité du règlement, en faisant référence à la volonté de simplification du législateur⁹. Selon l'avocat général, il faut en effet analyser cette distinction à la lumière de l'évolution du champ d'application personnel du règlement n°883/2004, dont l'article 2 « *renvoie de manière générale et exhaustive à tous “[les] ressortissants de l'un des États membres [...] qui sont ou ont été soumis à la législation d'un ou de plusieurs États membres, ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants”* », et ce, « *afin d'aboutir à une simplification radicale des dispositions [de l'ancien règlement]* »¹⁰. La Cour de justice s'appuie également sur la directive 2011/24 pour affirmer que la notion de personne assurée inclut les titulaires de pension.

⁷ V. Laetitia DRIGUEZ, « Soins de santé transfrontaliers. Note sous CJUE, 28 oct. 2021, aff. C-636/19, CAK », *Europe*, décembre 2021, n°12, comm.444.

⁸ *Ibid.*

⁹ V. considérant 3 du règlement n°883/2004, *op. cit.* : « *Le règlement (CEE) n° 1408/71 [...] a été modifié et mis à jour à de nombreuses reprises afin de tenir compte non seulement des développements intervenus au niveau communautaire, y compris des arrêts de la Cour de justice, mais également des modifications apportées aux législations nationales. Ces facteurs ont contribué à rendre les règles communautaires de coordination complexes et lourdes. Remplacer ces règles en les modernisant et en les simplifiant est dès lors essentiel à la réalisation de l'objectif de la libre circulation des personnes.* »

¹⁰ Conclusions de l'avocat général M. Athanasios Rantos, présentées le 22 avril 2021, dans l'affaire C-636/19, *Y contre CAK*, *op. cit.*, pt 56.

L'adoption de cette directive – aboutissement d'un processus qui aura duré 13 ans – a été sujette à critiques et a suscité de nombreux débats¹¹. Un de ses objectifs a été de simplifier les règles afin de faciliter l'accès à des soins de santé transfrontaliers. En effet, « *elle s'inscrit en cohérence avec le nouveau visage que l'Union cherche à offrir à ses citoyens depuis l'entrée en vigueur du traité de Lisbonne, dans la mesure où elle traduit un rééquilibrage de son action dans un sens plus social* »¹².

II – Une interprétation large en adéquation avec le développement d'un statut du patient européen

L'accès aux soins transfrontaliers repose historiquement sur le règlement n°1408/71¹³ (puis le règlement n°883/2004) et leurs règlements d'application. Ces textes prévoient une autorisation préalable exigée pour les soins de santé dits « *programmés* », à la différence des soins « *inopinés* ». Pour les premiers, en vertu de l'article 20 du règlement n°883/2004, l'État membre d'affiliation va prendre en charge les coûts des soins reçus s'il a délivré au préalable une autorisation, ce qui explique que celle-ci soit octroyée au compte-gouttes puisque, en effet, « *l'institution d'affiliation dispose d'un large pouvoir d'appréciation dans l'octroi de l'autorisation et délivre souvent celle-ci avec parcimonie* »¹⁴. Pour les soins inopinés, visés à l'article 19 du règlement n°883/2004, il n'y a pas besoin d'obtenir une autorisation préalable de remboursement des soins : au vu de l'état de santé de la personne, ce sont des soins qui s'avèrent « *nécessaires du point de vue médical* » lors de son séjour dans un autre État membre. Qu'il s'agisse de soins programmés ou de soins inopinés, le patient est « *fondé dans le système national de soin* »¹⁵, c'est-à-dire qu'il est considéré comme un assuré du système de l'État membre dans lequel il reçoit le soin. Les règles relatives à l'exigence d'autorisation préalable ont été contestées devant la Cour qui a rendu de célèbres arrêts ouvrant une « *deuxième voie* » d'accès au remboursement des soins transfrontaliers.

Sous l'influence de la jurisprudence, va être reconnu un droit au remboursement des soins reçus dans un autre État membre sans avoir à solliciter une autorisation préalable. Pour ce faire, la Cour de justice va, notamment dans les arrêts *Kohll*¹⁶ et *Decker*¹⁷, se fonder sur le

¹¹ V. Prodromos MAVRIDIS, « Libre circulation des patients : la protection des personnes et des systèmes de sécurité sociale », *Revue du droit du travail*, 2015, p. 377 : « *Les rédacteurs de la directive ont été confrontés à un certain nombre d'arbitrages [...]. Étant donné les déficits de la sécurité sociale, le spectre d'une déstabilisation des systèmes nationaux due à l'ouverture des frontières a souvent pollué les négociations. La surabondance de la motivation de la directive (64 considérants) et la complexité de certaines dispositions est parfaitement illustrative des équilibres qui ont dû être pris en compte par les institutions européennes et des compromis nécessaires à son adoption* ».

¹² Stéphane DE LA ROSA, « Quels droits pour les patients en mobilité ? À propos de la directive sur les droits des patients en matière de soins transfrontaliers », *op. cit.*

¹³ 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, *JOCE* L 149 du 05/07/1971.

¹⁴ Nathalie DE GROVE-VALDEYRON, « Santé publique », *Répertoire de droit européen*, Dalloz, Octobre 2020, pt 67.

¹⁵ Stéphane DE LA ROSA, « Quels droits pour les patients en mobilité ? À propos de la directive sur les droits des patients en matière de soins transfrontaliers », *op. cit.*

¹⁶ CJCE, 28 avril 1998, *Kohll*, aff. C-158/96, ECLI:EU:C:1998:171.

¹⁷ CJCE, 28 avril 1998, *Decker*, aff. C-120/95, ECLI:EU:C:1998:167.

principe de la libre circulation. En effet, le raisonnement est le suivant : la fourniture de soins médicaux ou de « services médicaux », quel que soit l'État dans lequel elle a lieu, correspond à un « service » et doit donc être soumise au principe de libre circulation des services garanti par l'article 56 du TFUE. La Cour de justice, « *qui a toujours admis que l'organisation de la sécurité sociale et des soins de santé sur le territoire national relève exclusivement des autorités nationales, n'entend pas pour autant les dispenser de leurs obligations de respecter le droit communautaire* », en particulier ses principes fondamentaux¹⁸. En dissuadant les patients de se faire soigner dans un autre État membre, l'exigence d'une autorisation préalable, qui n'est pas demandée pour les ressortissants recevant des soins dans leur propre État, constitue à cet égard une restriction à cette liberté de circulation. La Cour de justice a considéré, dans l'arrêt *Kohll*, que l'exigence d'autorisation préalable constituait une entrave à la libre prestation de services et, dans l'arrêt *Decker*, une entrave à la libre circulation des marchandises (par exemple pour l'achat de produits médicaux à l'étranger et, en l'espèce, de lunettes). Dans une logique de marché intérieur, cette entrave peut toutefois être justifiée par certains motifs tels que la sauvegarde de l'équilibre financier de la sécurité sociale de l'État¹⁹. Cette mesure doit cependant passer le contrôle de proportionnalité²⁰ : il faut en effet vérifier que la mesure soit apte à atteindre l'objectif poursuivi, qu'elle n'aille pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif et qu'elle soit la moins contraignante des mesures appropriées.

Ainsi, « *à la voie du règlement s'est juxtaposée celle du traité, sur la base de laquelle la libre circulation du patient est directement fondée sur le régime de la libre prestation de services* »²¹. Avec ces arrêts, la Cour de justice a participé à étendre le champ d'application du droit de l'Union en matière de sécurité sociale²².

Les grands principes de ces jurisprudences ont été codifiés dans la directive 2011/24 qui relie les deux régimes existants de remboursement des soins transfrontaliers, celui du règlement n°883/2004 (qui organise une procédure d'autorisation préalable) et celui basé sur la jurisprudence et la libre prestation de services (sans autorisation préalable), pour donner davantage de cohérence et simplifier la législation européenne²³. Dans l'affaire *Y contre CAK*, bien que la Cour ne cite pas, à une exception près (au point 60 de l'arrêt), sa jurisprudence antérieure et qu'elle fonde son raisonnement uniquement sur les textes législatifs, elle semble suivre sa jurisprudence favorable aux patients recevant des soins de santé transfrontaliers en retenant une interprétation large de la notion de « *personne assurée* ».

¹⁸ Jean-Louis CLERGERIE, « La mobilité des patients et le remboursement des dépenses médicales dans l'Union européenne », *RDSS*, 2009, p. 463.

¹⁹ CJCE, 12 juillet 2001, *Smits et Peerbooms*, aff. C-157/99, ECLI:EU:C:2001:404.

²⁰ V. par exemple CJCE, 16 mai 2006, *Watts*, aff. C-372/04, ECLI:EU:C:2006:325.

²¹ Stéphane DE LA ROSA, « Quels droits pour les patients en mobilité ? À propos de la directive sur les droits des patients en matière de soins transfrontaliers », *op. cit.*

²² V. Dorte Sindbjerg MARTINSEN, « Conflict and conflict management in the cross-border provision of healthcare services », *West European Politics*, 2009, n°4, p. 792-809 : « *The line of case law that the ECJ has produced since 1998 is a remarkable example of the Court's ability to progress European integration into the core of the welfare state – and thus redistributive politics. In this way, judicial interpretations of the scope and purpose of the Treaty prepare the terrain for further regulatory action* ».

²³ Estelle BROSSET, « Les « coordonnées » de l'influence du droit de l'Union européenne en matière de soins de santé », *RDSS*, 2013, p. 1050.

Le principe de la directive est celui d'un accès aux soins dans un autre État membre sans avoir à obtenir une autorisation préalable pour être remboursé (article 7 § 8). Mais il est toujours possible pour les États membres de prévoir une autorisation préalable pour le remboursement du coût de soins hospitaliers, sous certaines conditions. Toutefois, dans la présente affaire, « *le Royaume des Pays-Bas n'a pas fait usage de la faculté, prévue à l'article 8 de la directive 2011/24, d'établir un régime d'autorisation préalable pour le remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers* » (point 59 de l'arrêt). Dès lors, dans la mesure où la ressortissante néerlandaise relève, comme vu précédemment, de la catégorie des « *personnes assurées* » au sens de la directive 2011/24, la Cour considère que, sous réserve de vérification de la part de la juridiction de renvoi, celle-ci « *ne saurait être privée d'un remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers [...] reçus en Allemagne, conformément aux dispositions de la directive [...], au motif qu'elle n'avait pas obtenu une autorisation préalable pour ces soins* » (point 59 de l'arrêt).

Finalement, la directive tente de trouver un équilibre entre la reconnaissance des droits des patients et le respect de la compétence des États. Le législateur devait prendre en compte à la fois la diversité des modèles de santé des États membres, la protection des équilibres financiers des systèmes et les craintes des caisses de sécurité sociale par rapport aux coûts engendrés par la mobilité, ainsi que la libre circulation des patients et les droits de ces derniers. On le remarque aussi dans sa double base juridique, puisque la directive se fonde à la fois sur l'article 114 TFUE, la base « marché intérieur », et sur l'article 168 TFUE relatif à la santé publique, domaine dans lequel l'Union dispose d'une compétence d'appui²⁴. Selon Estelle Brosset, il ressort de cette directive une « *ébauche d'un statut juridique du patient* » européen²⁵.

²⁴ Il convient de préciser que l'Union européenne dispose également d'une compétence partagée en ce qui concerne les enjeux communs de sécurité en matière de santé (article 4 et 168 §4 TFUE).

²⁵ Estelle BROSSET, « Préface », in Amanda DUBUIS, *Les droits du patient en droit de l'Union européenne*, Bruxelles, Bruylant, 2017.