

La mobilité du patient communautaire sous l'angle de la jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés européennes : avancées et incertitudes.

Nathalie De Grove- Valdeyron

Maître de conférences à l'Université de Toulouse I

IRDEIC¹

Résumé

La Cour de justice s'est livrée à un exercice délicat afin de concilier l'application des droits découlant du marché intérieur et la volonté naturelle des Etats d'assurer la viabilité de leurs systèmes de santé et de garantir une accessibilité suffisante et permanente à des soins de qualité. Les deux méthodes actuellement offertes au patient désireux d'obtenir le remboursement de soins reçus dans un autre Etat membre seront examinées en dégageant, à la lumière de la jurisprudence, les principes acquis et les incertitudes persistantes liées à l'application de chacun des systèmes.

Resumen

El Tribunal de justicia se entregó a un ejercicio delicado con el fin de conciliar la aplicación de los derechos que emanaban del mercado interior y la voluntad natural de los Estados de asegurar la viabilidad de sus sistemas de salud y de garantizar una accesibilidad suficiente y permanente a cuidados de calidad. Ambos métodos actualmente ofrecidos al paciente deseoso de obtener el reembolso de cuidados recibidos en un otro Estado miembro serán examinados sacando, a la luz de la jurisprudencia, los principios adquiridos y las incertidumbres persistentes atadas a la aplicación de cada uno del sistemas.

La protection de la santé et l'organisation et le financement des systèmes de soins font partie des domaines particulièrement sensibles de souveraineté. La santé a été consacrée, rappelons-le, comme politique à part entière par le Traité de Maastricht puis consolidée dans l'article 152 du Traité CE et renforcée dernièrement, dans le Traité de Lisbonne². L'adoption d'une « stratégie » en matière de santé publique s'est traduite par la mise en œuvre de différents programmes d'actions pluriannuels (actuellement le programme 2008-2013)³ mais l'action communautaire en matière de santé publique demeure cependant, à ce jour, une compétence d'appoint⁴ ; elle complète les politiques nationales concernant l'amélioration de la santé et la prévention des maladies tout en respectant les responsabilités des Etats membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux. Il en découle une grande variété de systèmes de soins de santé⁵ et d'assurance maladie qui coexistent au sein de l'Union⁶ ; certains sont entièrement publics, on parle de services nationaux de santé ou de systèmes « bysmarckien » et « beveridgien » - les soins sont alors prodigués gratuitement (NHS au Royaume-Uni)⁷-, d'autres sont hybrides tel le système de la Ziekenfondswet aux Pays-bas, d'autres sont des systèmes d'assurance privée où les soins sont payés par les patients et remboursés par la caisse de maladie. Par ailleurs, la mise en place d'un marché commun, objectif énoncé par le traité de Rome dès 1957, implique la suppression des frontières entre Etats membres et la possibilité de fournir et de recevoir des prestations partout dans la Communauté. La jurisprudence de la Cour de Justice a à cet égard joué un rôle considérable en condamnant non seulement toute discrimination en raison de la nationalité mais plus largement toute mesure susceptible de gêner ou de rendre moins attrayant l'exercice d'une liberté fondamentale garantie par le traité.

Ces différents éléments forment le cadre de la mobilité des patients. et permettent déjà de percevoir des tensions fondamentales : un patient, par application des règles relatives à la liberté de circulation (art 39-42, 43 et 49-50 Traité CE) doit avoir la possibilité d'accéder aux soins dans n'importe quel Etat membre mais pour que cette mobilité soit effective, selon les principes dégagés par la jurisprudence de la Cour, il est essentiel que ses frais puissent être pris en charge de la même façon que s'ils avaient été fournis sur le territoire national ce qui, compte tenu de la diversité des systèmes de soins de santé, est susceptible d'engendrer un certain nombre de difficultés. Les règles du marché intérieur sont en effet directement confrontées à la volonté des Etats de maintenir des structures sociales financièrement viables, accessibles à tous et susceptibles de garantir une offre de soins variés et de qualité. Il s'agit d'arbitrer entre les exigences de libre circulation des patients édictées par le traité et la fonction sociale fondamentale des systèmes nationaux de sécurité sociale dans l'intérêt supérieur de la protection de la santé en Europe. Bien que les Etats soient libres d'aménager leur système de sécurité sociale

ne peuvent-ils pas se voir imposer des contraintes de prise en charge au nom de la liberté de circulation garantie par le traité ? De façon plus générale se pose la question de savoir où la compétence communautaire s'arrête face à la compétence des Etats en matière sociale. Le droit communautaire a répondu de deux façons à cette question.

Une réponse partielle à la mobilité des patients a été apportée sous la forme d'une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale par le biais du Règlement (CEE) n° 1408/71 du 14 juin 1971 (modifié par le règlement (CE) 631/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté⁸ et remplacé par le règlement (CE) 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des régimes de sécurité sociale⁹). Le règlement 1408/71 devait établir un cadre simplifié pour appuyer la mobilité des patients mais s'est avéré très contraignant pour le patient « mobile » qui se voyait souvent refuser, sans justification réellement fondée, l'autorisation requise pour bénéficier de la prise en charge des soins. Ce système a donc été complété à la faveur de deux recours de citoyens luxembourgeois qui n'avaient pas obtenu de leur caisse, conformément à ce que prévoit la législation, l'autorisation préalable pour se faire soigner dans un autre Etat membre et qui se sont pour la première fois prévalus directement des règles du Traité relatives à la liberté de circulation (art.49 et suivants du Traité CE). La construction juridique prétorienne réalisée, à partir des arrêts « *Kohll*¹⁰ et *Decker*¹¹ » sur base du droit primaire coexiste avec le droit communautaire dérivé ce qui ne va pas sans susciter une certain malaise dans le chef du citoyen-patient quant à ses droits à la prise en charge de soins dans un autre Etat et la façon de les faire valoir. La proposition récemment adoptée par la Commission¹² devrait, en principe, mettre fin à certaines incertitudes¹³.

Notre propos consistera à faire le point, à la lumière de la jurisprudence de la Cour de Justice qui a joué un rôle essentiel en ce domaine, sur les deux méthodes actuellement offertes au patient désireux d'obtenir le remboursement de soins reçus dans un autre Etat, qu'il s'agisse de soins hospitaliers ou non, en dégagant les principes acquis et les incertitudes persistantes liées à l'application de chacun des systèmes.

I. Le recours au règlement portant sur la coordination des régimes de sécurité sociale

Un rappel des conditions d'application du règlement s'impose avant d'examiner l'interprétation donnée par la Cour à certaines dispositions essentielles de celui-ci.

A/ Les conditions d'application

Le règlement 1408/71 fixe dans sa version initiale en son article 22 le régime applicable aux soins de santé reçus lors d'un séjour dans un autre Etat membre que l'Etat d'affiliation. Selon cet article l'assuré social d'un Etat membre peut prétendre à la prise en charge des soins de santé transfrontaliers dans deux circonstances :

-lorsque les soins de santé sont prodigués au cours d'un séjour ; il s'agit alors de soins inopinés ou imprévus car le séjour dans l'Etat en question n'a pas été motivé par les soins (1).

-lorsque le séjour a été motivé par le désir du patient de recevoir des soins appropriés à son état dans un autre Etat que son Etat d'affiliation, il est alors question de soins programmés (2).

(1) Les soins inopinés.

L'assuré social dont l'état de santé vient à nécessiter des prestations médicales à l'occasion d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre est pris en charge conformément à la législation de l'Etat dans lequel les soins sont dispensés comme s'il était assuré dans cet Etat. Le patient mobile est traité comme les assurés de l'Etat membre dans lequel il est soigné et est soumis à la réglementation de cet Etat pour la détermination des soins remboursables, du taux de remboursement et toute autre règle prévue par l'assurance maladie locale. Pour des frais non couverts par l'assurance maladie locale, l'assuré peut n'avoir droit à aucun remboursement sur la base du règlement¹⁴. Inversement un assuré social pourrait bénéficier de la prise en charge de soins ou d'actes qui en revanche, ne sont pas couverts par son Etat d'affiliation si l'Etat où les soins sont prodigués prend ceux-ci en charge pour ses propres assurés sociaux ; il s'agit d'une application du principe d'égalité de traitement découlant de l'article 12 du Traité CE .

Pour bénéficier de la prise en charge le patient doit présenter sa carte européenne d'assurance maladie (CEAM)¹⁵ (fournie sur demande de l'assuré). La prise en charge ayant lieu que le séjour soit effectué à titre professionnel ou personnel¹⁶ Si le patient n'est pas en possession de sa CEAM il lui appartiendra de faire l'avance des frais et il sera ensuite remboursé par sa caisse (encore une fois sur base de la réglementation de l'Etat dans lequel il a reçu les soins) ; dans le cas de soins hospitaliers, dont les frais peuvent s'avérer particulièrement coûteux¹⁷ il est possible de demander l'envoi d'un « certificat provisoire de remplacement par fax ou par courrier électronique¹⁸. Si le patient est en revanche en possession de sa carte c'est son assurance maladie qui sera débitrice de l'Etat prestataire de soins.

2) Les soins programmés

L'article 22§1,c permet à l'assuré qui est autorisé par l'institution compétente à se rendre dans un autre Etat membre pour y recevoir des soins appropriés à son état, de bénéficier des prestations de maladie en nature « pour le compte de

l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'il y était affilié ». Si l'autorisation est délivrée, comme dans le cas des soins inopinés, l'intéressé est donc pris en charge conformément à la législation de l'Etat où il séjourne, comme s'il était assuré dans cet Etat. L'art 22 encadre cependant la prise en charge de tels soins et pose des conditions très strictes :

Pour obtenir l'autorisation (formulaire E 112), les soins doivent figurer parmi les *prestations prises en charge par l'Etat d'affiliation* et ces soins ne peuvent, compte tenu de l'état actuel de santé de l'intéressé et de l'évolution probable de la maladie, lui être dispensés dans le *délai normalement nécessaire* pour obtenir le traitement dont il s'agit dans l'Etat membre de résidence (article 22 §2). Le remboursement est donc subordonné à l'obtention de l'autorisation et il suffit que l'organisme saisi de la demande estime que le « traitement est possible » dans l'Etat d'affiliation pour refuser l'autorisation, ce pouvoir discrétionnaire étant une source potentielle d'abus¹⁹.

B/ L'interprétation donnée par la Cour de Justice au règlement de coordination.

Des précisions importantes ont été apportées par la Cour au sujet de l'interprétation à donner à l'art 22 du Règlement, plus précisément sur trois points ; la condition d'urgence et celle de délai normalement nécessaire, le niveau de remboursement et enfin, les conditions régissant l'autorisation préalable. Ces dernières précisions ont été apportées dans le cadre de l'application des articles 49 et 50 TCE mais trouvent à s'appliquer de façon générale à toute demande d'autorisation y compris dans le cadre du règlement (voir aussi partie II)²⁰.

1° La notion d'urgence (soins inopinés) et de traitement dispensé dans un délai normalement nécessaire (soins programmés)

Initialement, dans le cadre de l'ancienne version du règlement n°1408/71, il était exigé que les soins, pour être pris en charge dans le cadre du régime des soins inopinés, soient « *immédiatement nécessaires* »²¹. La Cour s'est prononcée dans l'arrêt IKA c/ Ioannidis²², à propos d'un retraité grec en voyage en Allemagne hospitalisé à la suite de problèmes cardiaques et dont la Caisse de maladie grecque refusait de rembourser la facture de l'hôpital allemand sur base du formulaire E 111 au motif qu'il s'agissait d'une maladie cardiaque chronique²³ et que le caractère urgent de la prestation n'était pas prouvé. La Cour a estimé que la notion de *soins nécessaires* couvre les maladies chroniques et que la prise en charge des frais du pensionné engagés dans un autre Etat où il est en visite ne peut être subordonnée ni à autorisation ni à une condition d'urgence²⁴. Ces soins ne pouvaient être refusés même s'ils pouvaient être différés jusqu'au retour dans l'Etat de résidence.

Cette condition d'urgence a ultérieurement été supprimée dans le règlement 631/2004²⁵ du 31 mars 2004 qui modifie le règlement 1408/71 et simplifie les procédures: à présent toute personne assurée ou couverte par un système légal de sécurité sociale d'un Etat membre a droit à la prise en charge des « prestations en nature qui s'avèrent médicalement nécessaires compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour » (art 22 modifié remplacé par l'article 19§1 du règlement 883/2004)²⁶. L'accès direct aux soins est la règle sans qu'il soit nécessaire de s'adresser à l'institution d'assurance maladie pour qu'elle donne les renseignements sur les professionnels de santé auxquels l'assuré pouvait en cas de besoin avoir recours durant son séjour temporaire²⁷. La nécessité ne fait plus l'objet d'une appréciation administrative, seule une appréciation purement médicale est effectuée.

S'agissant de la condition prévue à l'art 22§2, la Cour va considérer que les critères d'interprétation de cette condition sont identiques à ceux établis par la jurisprudence à propos du concept de « temps opportun » utilisé dans le cadre de l'article 49 (voir ci-dessous point 3), rien ne justifie selon la Cour une approche différente. On notera que le règlement 883/2004 utilise l'expression de « délai acceptable sur le plan médical », compte tenu de son [l']état actuel de santé [du patient] et l'évolution probable de sa maladie.

2° Niveau de remboursement lié à des soins hospitaliers.

Trois arrêts apportent à cet égard des précisions importantes : Dans l'affaire Vanbraekel²⁸, une assurée sociale belge (Madame Descamps) avait sollicité une autorisation pour subir une intervention chirurgicale en France. Devant le refus opposé par l'institution compétente elle a suivi le traitement à ses propres frais puis introduit un recours auprès de la juridiction nationale qui a déclaré le refus d'autorisation non fondé. La Cour de Justice a jugé que lorsqu'une autorisation sollicitée sur la base de l'article 22 est indûment refusée et si les soins sont moins bien remboursés dans l'Etat où ils ont été prodigués que dans l'état d'affiliation le remboursement devra se faire sur la base du tarif du pays où l'assuré est affilié grâce à un complément versé par l'Etat d'affiliation²⁹. La Cour décide que le « fait pour un assuré social de bénéficier d'un niveau de couverture moins avantageux quand il reçoit un traitement hospitalier dispensé dans un autre Etat membre que lorsqu'il subit le même traitement dans l'Etat membre d'affiliation constitue un obstacle à la libre prestation des services prohibé par l'article 49 du traité (point 45). La Cour opte donc pour une solution favorable aux assurés sociaux en favorisant leur mobilité par l'octroi d'un remboursement complémentaire Le patient peut s'adresser directement à l'Etat d'affiliation pour obtenir le remboursement de ses dépenses médicales³⁰. Cette solution jurisprudentielle est, ici aussi, consacrée dans le règlement d'application du règlement 883/2004 en cours d'adoption³¹.

La Cour a jugé par ailleurs dans l'arrêt Keller³² que l'institution compétente qui a consenti, en délivrant un formulaire E111/E112, à ce que l'un de ses affiliés reçoive des soins dans un autre Etat, s'en remet aux médecins agréés par cet Etat et est liée par leur diagnostic en ce compris quant à la nécessité de soins urgents à caractère vital³³. L'institution d'affiliation est donc liée par l'option thérapeutique arrêtée par les médecins de l'Etat d'accueil y compris quand il s'agit de prodiguer un traitement urgent dans un Etat tiers³⁴ (en l'espèce en Suisse). Dans la mesure où une personne affiliée en Allemagne, placée dans la même situation que Madame Keller aurait eu droit à la prise en charge intégrale des soins reçus en Suisse, Madame Keller a droit de la même façon au remboursement des dépenses médicales.

La Cour précise de plus dans cet arrêt qu'il incombe à l'institution compétente de rembourser directement à ladite personne ou à ses ayants-droits le coût de ces soins de manière à garantir un niveau de prise en charge équivalent à celui dont cette personne aurait bénéficié si les dispositions de l'article 22 du règlement avaient été appliquées.³⁵ La Cour en jugeant ainsi introduit indirectement une procédure de rattrapage qui n'est pas prévue dans le cas où un patient a omis de solliciter un formulaire E 112 avant de se faire soigner à l'étranger (alors qu'une telle procédure existe en cas de non présentation de la CEAM).

Enfin, dans l'arrêt Manuel Acereda Herrera du 15 juin 2006³⁶, la Cour se prononce sur la prise en charge des frais accessoires en précisant que l'assuré autorisé par l'institution compétente à se rendre dans un autre Etat pour y recevoir des soins hospitaliers appropriés à son état de santé n'a pas droit au remboursement des frais de déplacement, de séjour et de repas encourus sur le territoire de cet Etat membre par lui-même et la personne l'ayant accompagné à l'exception des frais de séjour et de repas de l'affilié dans l'établissement hospitalier. En d'autres termes la couverture doit porter uniquement sur les coûts des prestations médicales proprement dites ainsi que les dépenses, indissociablement liées, afférentes au séjour et aux repas dans l'établissement hospitalier. En revanche, si la réglementation nationale prévoit la prise en charge des frais accessoires lorsqu'un traitement est prodigué dans un établissement relevant du territoire national, les frais accessoires encourus par un patient autorisé à se faire soigner dans un autre Etat devraient également être pris en charge³⁷ sous peine de constituer une entrave à la libre prestation de services dont il faudrait s'interroger sur la justification possible³⁸.

3° Encadrement du pouvoir d'appréciation des caisses d'assurance maladie

La Cour de Justice a également strictement encadré le pouvoir d'appréciation des caisses dans le cas de soins programmés. Ainsi, selon l'interprétation de l'art 22 du règlement de coordination, l'autorisation ne peut être refusée du chef d'une absence de nécessité médicale que lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en *temps opportun* dans cet Etat membre »³⁹. Cette dernière condition a été précisée dans les arrêts Geraets

Smits et Peerbooms⁴⁰ et Müller Fauré⁴¹ arrêts rendus dans le cadre du système néerlandais de sécurité sociale, sur base non pas du règlement mais des règles relatives à la libre prestation de services. Selon la Cour, l'institution compétente est tenue de prendre en considération, avant de refuser une autorisation « l'ensemble des circonstances caractérisant chaque cas concret en tenant dûment compte non seulement de la situation médicale du patient au moment où l'autorisation est sollicitée » (précision qui figure dans l'arrêt Geraets-Smits, point 104) mais aussi et le cas échéant « du degré de la douleur ou de la nature du handicap de ce dernier qui pourrait, par exemple, rendre impossible ou excessivement difficile l'exercice d'une activité professionnelle, mais également de ses antécédents » (Müller-Fauré point 46). A cet égard, le recours aux listes d'attente parfois très longues prévu dans le cadre du NHS britannique, a fait l'objet de précisions dans l'arrêt Watts⁴² du 16 mai 2006⁴³. Pour la Cour « la fixation de délai d'attente doit être conçue d'une manière souple et dynamique, qui permette de reconsidérer le délai initialement notifié à l'intéressé en fonction d'une dégradation éventuelle de son état de santé qui surviendrait postérieurement à une demande d'autorisation » (point 69). Un délai d'attente excessif est donc une cause d'attribution de l'autorisation préalable, peu importe qu'il s'agisse de systèmes nationaux de santé.

La Cour ajoute dans ses arrêts que le régime d'autorisation préalable doit reposer sur un système procédural aisément accessible et propre à garantir aux intéressés que leur demande sera traitée dans un délai raisonnable ainsi qu'avec objectivité et impartialité. De plus, les refus d'autorisation doivent pouvoir faire l'objet d'un recours juridictionnel et doivent viser « les dispositions spécifiques sur lesquelles ils reposent et être dûment motivés au regard de ces dernières ». Les juridictions saisies d'un recours contre une décision de refus doivent pouvoir s'entourer de l'avis d'experts offrant toutes garanties d'indépendance et d'impartialité.

A côté du recours au règlement de coordination, une deuxième voie, d'origine prétorienne découlant de la mise en œuvre des règles sur la libre prestation de services offre également des possibilités de prise en charge dont les modalités ont été également précisées par la Cour de Justice.

II Le recours à la voie prétorienne.

La Cour en réaction aux pratiques nationales jugées trop restrictives a contourné le dispositif d'autorisation figurant dans le règlement 1408/71 dans deux affaires⁴⁴ bien connues mettant en jeu la prise en charge de frais de soins ambulatoires (des soins d'orthodontie dans l'affaire Kohll) et de dépenses pour l'achat d'une paire de lunettes dans l'affaire Decker). Après avoir rappelé le principe fondamental selon lequel « le droit communautaire ne porte pas atteinte à la compétence des Etats membres pour aménager leurs systèmes de sécurité

sociale »⁴⁵, elle précise que « les Etats membres doivent néanmoins dans l'exercice de cette compétence respecter le droit communautaire » et estime que « le fait que la réglementation en cause au principal relève du domaine de la sécurité sociale n'est pas de nature à exclure l'application des articles 49 et 50 du Traité⁴⁶ ». La Cour conclut que l'autorisation préalable nécessaire pour la prise en charge des soins par la caisse d'affiliation est contraire aux règles communautaires du traité CE instituant la libre prestation de services (pour les soins ambulatoires) et la libre circulation des marchandises (pour l'achat de lunettes). En revanche, contrairement au règlement de coordination, le remboursement doit se faire conformément aux tarifs fixés par l'Etat d'affiliation et non conformément à ceux de l'Etat de séjour.

Désormais tous les patients qui choisissent de se faire soigner à l'étranger, sans même solliciter d'autorisation, ont droit au remboursement de leurs soins, sur la base du tarif de l'Etat d'affiliation⁴⁷. La question de l'autorisation préalable dans le cadre des soins hospitaliers (et non pas ambulatoires) et donc de la prise en charge des frais liés à une hospitalisation dans un autre Etat s'est cependant avérée un peu plus délicate et a donné lieu à une jurisprudence nuancée de la Cour.

A/La condamnation de l'obligation d'autorisation préalable sur base des articles 49 et 50 TCE pour les soins ambulatoires.

Rappelons brièvement le raisonnement de la Cour dans l'arrêt Kohll : il revient en substance à dire que le traitement dispensé par un orthodontiste établi dans un autre Etat membre (Allemagne) relève de la libre prestation de services et qu'exiger une autorisation préalable pour bénéficier de la prise en charge de soins ambulatoires dispensés dans un autre Etat constitue une entrave à cette liberté compte tenu de l'effet dissuasif d'une telle réglementation. La raison impérieuse d'intérêt général tirée de la nécessité de maintenir l'équilibre financier du système de sécurité sociale et donc de contrôler les dépenses de santé n'a pas été retenue par la Cour s'agissant de soins dentaires⁴⁸ (point 41 et suiv).

En ce qui concerne la qualification des soins médicaux au regard de la notion communautaire de services, la Cour estime que ceux-ci, qu'ils soient dispensés dans un cadre hospitalier ou non, relèvent de la qualification de libre prestation de services instituée par les articles 59 et suiv (devenus 49 et suiv.)⁴⁹ dans la mesure où il s'agit de prestations fournies contre rémunération. En revanche, la question est plus délicate dans le cas où le service est fourni gratuitement. La Cour a été confrontée à cette question dans les arrêts Geraets- Smits et Peerbooms⁵⁰ du 12 juillet 2001 et Müller-Fauré et Van Riet du 13 mai 2003⁵¹ à propos du système néerlandais d'assurance maladie. Ce dernier prend en effet directement en charge les soins qui, de ce fait, sont dispensés gratuitement au patient. L'avocat général Colomer dans ses conclusions sous l'arrêt Geraets-Smits⁵² s'était prononcé contre la qualification de service au sens du traité, faute justement de rémunération. La Cour ne l'a pas entendu ainsi ; après avoir rappelé que l'article 50 du Traité n'exige pas que le

service soit payé par le bénéficiaire elle a estimé que les paiements effectués par les caisses de maladie « fussent-ils forfaitaires, constituent bien la contrepartie économique des prestations hospitalières et présentent indubitablement un caractère rémunérateur dans le chef de l'établissement qui en bénéficie et qui est engagé dans une activité économique (point 58). Les autorités néerlandaises insistaient sur le fait que leur système de conventionnement sur lequel repose leur système d'intervention en nature pourrait être menacé si l'exigence d'autorisation préalable était supprimée ce qui les obligerait à prévoir des mécanismes de remboursement pour les assurés qui choisiraient, plutôt que de bénéficier des prestations de soins gratuites sur le territoire national, d'avancer les sommes nécessaires au paiement de prestations servies à l'étranger. Ces arguments sont balayés par la Cour qui rappelle que les Etats dans le cadre du Règlement de coordination doivent prévoir des mécanismes de remboursement a posteriori des soins dispensés dans un autre Etat ; le remboursement est limité à ce qui est couvert par l'Etat d'affiliation et enfin rien n'interdit un Etat à fixer les montants du remboursement auxquels ont droit les patients qui se font soigner dans un autre Etat membre pour autant que ces montants reposent sur des critères objectifs, non discriminatoires et transparents. La Cour ajoute, dans l'arrêt Muller-Fauré, que « la réalisation des libertés fondamentales garanties par le traité oblige inévitablement les Etats membres à apporter quelques adaptations à leur système national de sécurité sociale (point 102) ». Cette solution est confirmée dans les arrêts Watts du 16 mai 2006⁵³ à propos du NHS britannique et plus récemment dans l'arrêt Stamatelaki; du 19 avril 2007⁵⁴ : les règles sur la libre prestation de services ont vocation à s'appliquer quelle que soit la nature du régime d'assurance maladie appelé à rembourser les dépenses médicales⁵⁵. L'exigence d'une autorisation préalable pour la prise en charge de soins non hospitaliers constitue donc une entrave non justifiée à la libre prestation de services.

La question de l'autorisation préalable s'avère en revanche beaucoup plus délicate pour les soins hospitaliers dans la mesure où entre en jeu la nécessité de contrôle des dépenses de santé afin de répondre notamment aux exigences de la solidarité nationale envers les plus vulnérables.

B/ Les conditions de l'admission de l'autorisation préalable pour les soins hospitaliers.

Selon les principes dégagés par une jurisprudence classique, les Etats ont la possibilité d'apporter des restrictions imposées par la préservation d'impératifs d'intérêt général à la libre prestation de services. Ces raisons impérieuses d'intérêt général ont été esquissées dans l'arrêt Kohll : les Etats peuvent se prémunir contre « toute atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale » et sont en droit de veiller au maintien d'un « service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous » et d'une suffisante « capacité de soins.. »...c'est en somme le problème des moyens de contrôle des dépenses de soins de santé qui est posé plus particulièrement dans le cadre de soins hospitaliers.

L'arrêt Geraets –Smits est le premier arrêt où la question du remboursement de soins hospitaliers s'est posée. La Cour va estimer que l'obstacle posé par le régime d'autorisation peut être justifié par deux raisons d'intérêt général: le besoin de planification de l'offre de soins à l'ensemble de la population sur l'ensemble du territoire et la viabilité financière des systèmes de sécurité sociale et de santé. La planification est nécessaire afin de garantir une accessibilité suffisante et permanente à une gamme variée et équilibrée de soins de qualité et d'assurer une maîtrise des coûts en évitant les gaspillages (points 79 à 81) mais cette raison ne peut jouer que pour les soins hospitaliers entendus de façon assez stricte par la Cour ; les soins susceptibles d'être effectués par un praticien à son cabinet ou dans un centre médical n'étant pas concernés⁵⁶.

La Cour encadre par ailleurs strictement les conditions liées à la délivrance de l'autorisation (voir supra I) en relevant 3 contraintes : 1° le régime d'autorisation doit répondre à des critères objectifs, non discriminatoires et connus à l'avance ; 2° la condition, en tant que critère de prise en charge, du *caractère usuel du traitement* hospitalier prévu par la législation nationale doit être interprétée non pas en tant que traitements habituellement pratiqués sur le territoire néerlandais (ce qui aurait pour effet de privilégier les prestataires de soins néerlandais) mais en tant que traitement suffisamment éprouvé et validé par la science médicale internationale (points 96 et 97) ; 3° Enfin, la Cour insiste, pour apprécier le **caractère nécessaire** du traitement envisagé, sur la prise en compte de la situation médicale du patient au moment où l'autorisation est sollicitée mais aussi de ses antécédents. Cette interprétation de la situation médicale du patient est encore plus large, nous l'avons vu, dans l'arrêt Muller Fauré (voir supra).⁵⁷

Les avancées jurisprudentielles, réalisées au fil des questions préjudicielles n'ont pas mis fin à toutes les incertitudes liées à la prise en charge des frais de soins transfrontaliers.

III Les ambiguïtés persistantes dans l'attente d'une directive sectorielle ;

Deux types d'incertitudes dues en partie au caractère fragmentaire et en évolution permanente de la jurisprudence de la Cour demeurent ; celles liées à la dualité des voies de prise en charge des frais et celles liées à l'imprécision de certaines notions.

A/ Les ambiguïtés liées à la dualité des voies.

Une clarification des conditions d'accès aux soins offerts tant par le règlement 1408/71 que par la libre prestation mettrait fin à un contexte d'incertitude. A l'heure actuelle deux procédures distinctes mais non hiérarchisées coexistent.

1° Des procédures distinctes.

Nous l'avons vu deux voies coexistent : celle de l'article 22 du règlement n°1408/71(19 du règlement 883/2004) et celle fondée sur le traité. Ces deux voies ont cependant déteint l'une sur l'autre au point de fusionner dans une certaine mesure. Il en est ainsi quand l'organisme d'affiliation statue sur l'octroi de l'autorisation exigée par l'article 22, son pouvoir d'appréciation est strictement encadré par les exigences de la libre prestation de services telles qu'elles découlent de la jurisprudence de la Cour⁵⁸ , ce qui a permis de lutter contre des refus d'autorisation arbitraire pris sur base de cet article.

Des deux voies possibles, la voie ouverte par la jurisprudence Kohll est sans doute moins confortable puisqu'elle implique que le patient fasse l'avance des frais avant de tenter d'obtenir le remboursement auprès de son organisme d'affiliation, sur la base du tarif de cet Etat. La législation de l'Etat membre d'affiliation doit garantir au patient relevant de ladite législation un niveau de remboursement équivalent à celui auquel il aurait eu droit s'il avait bénéficié des soins de santé dans l'Etat membre d'affiliation. Dans l'arrêt Müller Fauré la Cour précise clairement que « les conditions d'octroi des prestations, pour autant qu'elles ne sont ni discriminatoires ni constitutives d'une entrave à la libre circulation des personnes, demeurent opposables en cas de soins fournis dans un Etat membre autre que celui d'affiliation ». Un assuré qui se rend dans un Etat membre autre que celui où est établie la caisse dont il relève pour s'y faire soigner ne saurait prétendre à la prise en charge des soins que dans la limite de la couverture garantie par le régime d'assurance-maladie de l'Etat membre d'affiliation. Le patient doit dès lors respecter les conditions et formalités auxquelles l'Etat d'affiliation subordonne ce remboursement (par exemple l'exigence de consultation d'un généraliste avant de consulter un spécialiste) et ne pourra en aucun cas bénéficier des tarifs de remboursement éventuellement plus élevés prévus par l'Etat d'accueil.

En revanche le patient muni d'une autorisation est traité dans l'Etat d'accueil comme s'il y était affilié et voit ses frais directement pris en charge par l'Etat de séjour, selon ses propres tarifs.

Le recours à l'article 22 permet en outre, on l'a vu, d'accorder au patient un remboursement complémentaire dans le cadre du régime des soins programmés si ceux-ci sont moins bien pris en charge dans l'Etat de séjour mais la Cour ne s'est pas prononcée à ce jour ni à propos des *soins inopinés* ni des *soins ambulatoires programmés* à l'étranger. Une distorsion anormale se présenterait si un complément de remboursement n'était pas aussi accordé dans ce cas et si un alignement sur les soins hospitaliers n'était pas réalisé. Quel intérêt aurait un patient à s'adresser à son organisme d'affiliation pour obtenir l'autorisation (formulaire E 112) alors qu'en tout état de cause il obtiendrait un remboursement sur base de la jurisprudence Kohll au tarif de l'Etat d'affiliation sans avoir à accomplir aucune démarche. La jurisprudence

fragmentaire dans le domaine du remboursement apparaît comme source d'insécurité juridique⁵⁹. Cette ambiguïté est levée puisque la question est traitée dans le règlement d'application du règlement 883/2004 en cours d'adoption qui intègre ce droit à remboursement complémentaire⁶⁰

2°... mais des procédures non hiérarchisées.

La coexistence des deux voies a été reconnue par la Cour de Justice dans l'arrêt Inizan⁶¹. L'article 22 du règlement et l'article 49 du traité visent des hypothèses différentes « et leur application conduisant à des résultats distincts, il est difficile d'admettre qu'elles sont incompatibles »⁶². La logique sous-tendant les deux voies de prise en charge est opposée puisque dans le cadre du Règlement de coordination le patient est assimilé à l'assuré social du pays alors que dans le cadre de l'article 49 l'acte est considéré comme ayant été accompli dans l'Etat d'affiliation⁶³. Le règlement n'apparaît pas comme la seule voie possible pour obtenir des soins à l'étranger mais comme la voie présentant une valeur ajoutée dans certaines circonstances pour le patient (quand les tarifs de l'Etat d'accueil sont plus élevés que ceux calculés selon les tarifs de l'Etat d'affiliation). On perçoit à travers cette décision l'intérêt de se doter d'un texte mettant fin à toute ambiguïté.

B/ L'imprécision des notions

Certaines notions figurant dans le règlement ou appliqués dans la jurisprudence de la Cour mériteraient d'être précisées. Il en est ainsi de la notion de « soins médicalement nécessaires » pour la prise en charge de soins inopinés dans le cadre du Règlement de coordination. Ce concept ne peut être laissé à l'appréciation des Etats membres et devrait recevoir une interprétation uniforme⁶⁴.

La notion de soins hospitaliers mériterait aussi d'être définie compte tenu de l'enjeu que représente cette notion quant à la nécessité ou non de l'autorisation préalable or elle n'est définie que très prudemment et indirectement par la Cour qui reconnaît elle-même que la distinction peut s'avérer difficile à établir. Selon la Cour des prestations qui sont susceptibles d'être effectuées également par un praticien à son cabinet ou dans un centre médical ne sont pas des prestations hospitalières. La Commission reconnaît pour sa part qu'il n'y a pas de critères absolus de distinction entre assistance hospitalière et ambulatoire⁶⁵. Le droit français étend quant à lui l'autorisation préalable aux soins qui requièrent l'utilisation d'équipements matériels lourds. La proposition de directive apporte à cet égard des précisions intéressantes en définissant en son article 8 les soins hospitaliers et spécialisés⁶⁶ et en précisant les conditions auxquelles un Etat peut prévoir un système d'autorisation préalable pour la prise en charge, par son système de sécurité sociale, du coût des soins hospitaliers reçus dans un autre Etat membre (art.8§3)⁶⁷. Ces termes sont directement tirés de la jurisprudence de la Cour, de même que le §4 qui rappelle que le système d'autorisation doit se limiter à ce qui est nécessaire et proportionné afin de ne pas constituer un moyen de discrimination arbitraire.

Un dernier « flottement » résulte des incertitudes liées au périmètre du panier de soins remboursables lorsque les soins sont dispensés hors de l'Etat d'affiliation⁶⁸. A cet égard une meilleure information des acteurs du système (caisses locales, praticiens médicaux, assurés) et une meilleure coopération entre autorités nationales s'avère indispensable. Là aussi la proposition de directive veille à la mise en place de points de contacts nationaux (art 12).⁶⁹

Sous l'impulsion de la jurisprudence de la Cour de Justice qui a, on l'a vu, tenté un ajustement entre des impératifs contradictoires, la mobilité des patients s'est trouvée renforcée mais quels sont les citoyens au courant aujourd'hui des possibilités offertes quant à la prise en charge des soins fournis dans un autre Etat?

La proposition de directive sur les soins de santé en cours d'examen devrait apporter à cet égard un certain nombre de réponses en mettant en place un « cadre clair et transparent pour la fourniture de soins de santé transfrontaliers » ; les patients devraient ainsi pouvoir bénéficier « d'informations claires » leur permettant d'opérer des choix concernant leur santé en connaissance de cause et avoir accès à des procédures de remboursement transparentes, c'est du moins l'objectif affiché de la directive...

BIBLIOGRAPHIE

¹ IRDEIC : Institut de recherche en droit européen international et comparé

² Le texte de l'article 152 modifié prévoit que la Commission peut prendre des initiatives en vue d'établir des orientations et des indicateurs, d'organiser l'échange des meilleures pratiques et de préparer les éléments nécessaires à la surveillance et à l'évaluation périodiques». L'Union pourrait encourager en particulier la coopération entre les Etats membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services dans les régions frontalières

³ Le livre blanc « Ensemble pour la santé » définissant l'approche stratégique de la santé pour l'UE 2008-2013 du 23 octobre 2007 a accru l'importance de la santé, COM (2007)630 final.

⁴ Sous réserve bien sûr du renforcement des compétences prévu par le Traité de Lisbonne. Sur la notion de compétences en matière de santé publique voir : V. Michel, la compétence de la Communauté en matière de santé publique in Etudes : l'Europe de la santé; Revue des affaires européennes 2003-2004/2 p. 157 et H. Lewalle, La compétence et l'action de la Communauté européenne dans le domaine de la santé publique, in P. Nihoul et A-C Simon, l'Europe et les soins de santé, LGDJ 2005, p.13 et suiv.

⁵ Ch. André, Les typologies des systèmes de santé en Europe : Quelles évolutions, Economie appliquée, n°1 mars 2007 p.37 et suiv et Fr. Leclerc (et autres), Reformes et régulations des systèmes de santé en Europe, Revue française des affaires sociales, avril-septembre 2006, p 171 et p.265 et suiv.

⁶ H. Lewalle, Systèmes de santé et intégration européenne in P.Nihoul et A-C Simon préc. note 3 ; p.27 et suiv.

⁷ Le patient ne doit rien déboursier sauf d'éventuels forfaits mais il est contraint de se faire soigner par les prestataires de soins du système public et/ou avec lesquels ce système a conclu une convention. Le système est centralisé au R-U et décentralisé en Espagne.

⁸ JOUE L 100 du 6 avril 2004, p. 1

⁹ JOUE L 166 du 30 avril 2004 p.1. Une proposition de Règlement fixant les modalités d'application du règlement est en cours d'adoption (voir COM (2006), 16 final et rapport du 11 juin 2008 doc ; A6-0251/2008. Le règlement 883/2004 ne sera applicable qu'une fois adopté le règlement d'exécution.

¹⁰ CJCE, 28 avril 1998, Kohll, C-158/96, Rec. I, p.1931.

¹¹ CJCE, 28 avril 1998, Decker, C-120/95, Rec. I, 1831.

¹² Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à l'application du droit des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, COM (2008)414 du 2 juillet 2008.

¹³ Cette question sera examinée de façon plus approfondie dans la communication du Professeur Marc Blanquet.

¹⁴ Mais une prise en charge est à présent possible par application des règles sur la LPS (voir infra).

¹⁵ La carte remplace le formulaire E111 (mais aussi d'autres formulaires tel que le E 128 pour les étudiants et les travailleurs détachés, le E 119 pour le chômeur qui transfère sa résidence dans un autre Etat pour y chercher un emploi ou le E 110 pour les salariés des entreprises de transport internationaux) et simplifie les procédures administratives en alignant les droits de tous les assurés sociaux.

¹⁶ CJCE, 19 mars 1964, Unger, aff. C- 75/63 Rec. I, p. 349.

¹⁷ Les conditions de prise en charge des soins au profit des assurés français dans les pays européens sont précisées sur le site <http://www.cleiss.fr/infos/ceam.html>.

¹⁸ Art.21 du règlement (CEE) n°574/72 du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 depuis lors plusieurs fois modifié.

¹⁹ D. Martin et P.Mavridis, observations sous Watts, RJS 8-9/2006 p.664.

²⁰ En ce sens, CJCE 16 mai 2006, Watts,aff C-372/04,Rec. I, p. 4325.

²¹ Pour une appréciation de la notion de soins nécessaires d'un point de vue médical voir, en France, la circulaire DSS/DACI n° 2004/220 du 12 mai 2004. La circulaire précise les traitements considérés comme vitaux au sens du droit français.

²² CJCE, 25 février 2003, aff. C-326/00 Rec. I 1703. Commenté par J .Ph Lhernould, RJS 2006 n°3 p. 471.

²³ Les autorités grecques refusaient de délivrer ce formulaire E112 car elles estimaient que l'intéressé n'en remplissait pas les conditions d'octroi. Il était d'ailleurs permis de s'interroger sur l'honnêteté de la démarche : ne s'agissait-il pas d'une dissimulation des soins en réalité programmés sous l'apparence de soins inopinés (y compris pour des soins liés à une maladie chronique) pour contourner l'exigence de l'autorisation préalable ?

²⁴ On notera que dans la version initiale du règlement les retraités bénéficient quant à la prise en charge de soins **inopinés** de conditions plus favorables que les autres assurés sociaux puisque l'article 31 qui leur est applicable ne nécessite pas la condition d'urgence (point 21).

²⁵ JOUE n° L 100, 6 avril 2004, p.1

²⁶ A contrario la notion ne recouvre pas les prestations qui peuvent attendre la date prévue du retour ; l'idée étant d'éviter une interruption d'un séjour pour des raisons de santé)

²⁷ J-Ph Lhernould soulignait, dans son commentaire sous l'arrêt *Inizan* du 23 octobre 2003, la difficulté liée au fait que les pathologies soignées selon des méthodes différentes n'étaient pas reconnues par l'ensemble des systèmes nationaux de santé. L'auteur préconisait une politique commune d'harmonisation des soins pris en charge (Revue de Jurisprudence sociale 1/2004 p.22 et suiv.).

²⁸ CJCE, 12 juillet 2001, Vanbraekel ea, aff C-368/98, Rec. I 5363. (Vanbraekel est l'ayant droit de Mme Descamps décédée en cours d'instance)

²⁹ Sur le caractère réservé à l'égard de la position adoptée par la Cour voir. L.Dubouis, RDSS 37 (4) octobre-décembre 2001 p.721

³⁰ Cette solution est consacrée dans le règlement d'application du règlement 883/2004 en cours d'adoption (art 26 point B §5)

³¹ Voir communication du Professeur Marc Blanquet.

³² CJCE 12 avril 2005, Keller, aff. C-145/03, Rec. p.2529.

³³ Points 50 à 53.

³⁴ Points 54 à 58. Ici aussi la formulation de la Cour est reprise dans le règlement d'application en cours d'adoption du Règlement 883/2004(art 26 point A§3)

³⁵ Point 69 de l'arrêt Keller précité.

³⁶ CJCE, 15 juin 2006, M. Acereda Herrera, aff C- 466/04, Rec. p. I-5341.

³⁷ Voir ici encore la consécration de la jurisprudence de la Cour art 26 point C §6 du règlement d'application du règlement 883/2004 «les frais de voyage et de séjour indissociables du traitement de la personne assurée, et si nécessaire pour une personne qui doit l'accompagner sont pris en charge par cette institution, lorsqu'une autorisation est accordée en cas de traitement dans un autre Etat membre. Si la personne assurée est une personne handicapée, le voyage et le séjour d'un accompagnateur sont réputés nécessaires »

³⁸ Voir en ce sens l'arrêt Watts ; si les frais de voyage et de logement (non couverts par l'article 22 du règlement 1408/71) sont couverts dans le système national de l'Etat d'affiliation, ils doivent être pris en charge pour le patient autorisé à se faire soigner dans un autre Etat sur base de l'article 49 TCE.

³⁹ Formule issue de l'arrêt du 12 juillet 2001, aff. C- 157/99, Geraets-Smits et Peerbooms (point 103), Rec I. p.5423 reprise dans l'arrêt Müller Fauré et van Riet, 13 mai 2003, aff. C- 385/99 (point 89), Rec. I p.4509 et CJCE 23 octobre 2003, P. Inizan et CPAM Hauts de Seine, aff. C-56/01, Rec. I p. 12403 commenté par J. Ph. Lhernould RJS 1/2004 p.22.

⁴⁰ Madame Smits ressortissante néerlandaise, souffrant de la maladie de Parkinson s'était heurtée au refus de sa caisse de prendre en charge les frais liés à des soins particuliers (traitement clinique « catégoriel et multidisciplinaire ») reçus dans une clinique allemande, le traitement n'étant pas « usuel » ni « nécessaire » au sens de la législation néerlandaise. Monsieur Peerbooms, victime d'un accident, après une hospitalisation aux Pays-Bas avait été transféré dans le comas dans une clinique autrichienne qui lui a dispensé des soins selon une thérapie intensive spéciale et s'est vu aussi refuser, pour les mêmes raisons la prise en charge de ses soins.

⁴¹ CJCE, 13 mai 2003, Müller-Fauré et Van Riet, précité note 38. L'affaire Müller –Fauré concernait une demande de prise en charge par un assuré social néerlandais d'une

arthroscopie subie dans un hôpital belge ; l'affaire Van Riet concernait quant à elle des soins dentaires délivrés là aussi à un assuré social néerlandais par un praticien libéral établi en Allemagne.

⁴² CJCE, 16 mai 2006, aff 372/04, Y. Watts c/ bedfordPrimary Care trust, secretary of State for health. Commenté par D. Martin et P. Mavridis, RJS 8-9 2006 p. 664; S. Van Raepenbusch, L'état de la jurisprudence relative au libre accès aux soins de santé à l'intérieur de l'Union européenne après l'arrêt du 16 mai 2006, Watts,C-372/04.

⁴³ Voir aussi J-PH Lhernould, La prise en charge de soins transfrontaliers dispensés dans un hôpital privé britannique, (note sous CJCE 19 avril 2007, A. Stamatelaki c/ NPDD, aff C-444/05.) RDSS juillet-août 2007 n°4.

⁴⁴ M-D Furet, Les conséquences en termes de santé publique des arrêts Kohll et Decker sur la construction de l'Europe de la santé, Revue du marché commun et de l'Union européenne, n°487, avril 2005 p.25.

⁴⁵ CJCE 7 février 1984, Duphar, aff. C- 238/82, Rec .p.523.

⁴⁶ Point 21 ; précisons qu'il est fait état de l'ancienne numérotation et donc des articles 59 et 60 dans l'arrêt.

⁴⁷ Anne-Claire Simon, L'accès aux soins de santé transfrontaliers dans l'Union européenne, JTDE, janvier 2005.

⁴⁸ Le remboursement de soins dentaires prodigués dans d'autres Etats membres selon les tarifs de l'Etat d'affiliation n'aurait pas selon la Cour d'incidence significative sur le financement de la sécurité sociale.

⁴⁹ CJCE, 4 octobre 1991, Society for the protection of Unborn Children Ireland, aff. C- 159/90, Rec. I, p 4685

⁵⁰ CJCE, 12 juillet 2001, aff. C- 157/99, Rec. I , p.4509 (point 53)

⁵¹ CJCE 13 mai 2003 aff. C-385/99 RJS 8-9/3003 p.50.

⁵² Arrêt précité

⁵³ CJCE, 16 mai 2006, Watts, aff. C-372/04, Rec. I, p. 4325. Arrêt rendu à propos d'une patiente britannique souffrant d'arthrite des hanches inscrite dans l'attente d'une intervention chirurgicale sur une liste d'attente dans la catégorie cas de routine puis après un réexamen, dans une catégorie intermédiaire et qui, faute de se voir accorder le formulaire E 112, décide finalement de se faire opérer en France.

⁵⁴ CJCE 19 avril 2007, aff. C- 444/05, Rec. I. p 3185

⁵⁵ Voir les développements très intéressants de S. Van Raepenbusch, « L'état de la jurisprudence de la CJCE relative au libre accès aux soins de santé à l'intérieur de l'Union européenne après l'arrêt du 16 mai 2006, Watts,C-372/04 in Gazette du Palais, 9 décembre 2006 n°343 p.8.

⁵⁶ La Cour souligne dans l'arrêt Müller –Fauré (préc.) que « la distinction entre prestations hospitalières et non hospitalières peut parfois s'avérer difficile à établir. En particulier, certaines prestations dispensées en milieu hospitalier, mais susceptibles d'être effectuées également par un praticien à son cabinet ou dans un centre médical pourraient à ce titre être assimilées à des prestations non hospitalières ». Voir infra III sur l'imprécision de la notion.

⁵⁷ La Cour prend en compte le critère de réintégration professionnelle en tenant compte du degré de la douleur ou de la nature du handicap du patient rendant plus difficile l'exercice d'une activité professionnelle.

⁵⁸ Voir les apports en ce sens des arrêts Geraets-Smits et Peerbooms et Muller-Fauré préc.

⁵⁹ Dans la proposition de directive Bolkestein du 13 janvier 2004 sur les services dans le marché intérieur, il était précisé que la prise en charge financière se limite aux coûts réels des soins de santé reçus et le remboursement complémentaire était élargi aux soins ambulatoires programmés et inopinés sur lesquels la jurisprudence ne s'était pas prononcée.

⁶⁰ Doc du Conseil du 22 mai 2007, n°9752/07, SOC 215 CODEC 546 et rapport du Parlement européen du 10 juin 2008, doc A6-0251/2008.

⁶¹ CJCE 23 octobre 2003 précité

⁶² Conclusions de l'avocat général Colomber sous l'affaire C-56/01 Inizan présentées le 23 janvier 2003. Selon le règlement d'application en discussion, il s'agit de prestations « qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical afin que la personne assurée ne soit pas contrainte de rejoindre, avant la fin de la durée prévue de son séjour, l'Etat membre compétent pour y recevoir le traitement dont elle a besoin » (art 25 §3)

⁶³ J-PH Lhernould, La libre circulation du patient en Europe, LPA, 16 juin 2008 n°120 p5.

⁶⁴ Voir P. Mavridis, La libre circulation des patients : la boucle est-elle bouclée ; Les petites affiches, 13 juin 2008 n°119 p. 4 note 48

⁶⁵ Conclusions sous Müller Fauré point 61.

⁶⁶ Il s'agit « a) des soins de santé qui nécessitent le séjour du patient concerné à l'hôpital pour au moins une nuit

« b) des soins de santé, énumérés dans une liste expresse, qui en nécessitent pas le séjour du patient concerné pour au moins une nuit. Cette liste est limitée

-aux soins de santé pour lesquels un recours à des infrastructures ou à des équipements hautement spécialisés et coûteux est nécessaire ou

Aux soins de santé associés à des traitements exposant le patient ou la population à un risque particulier.

⁶⁷ La proposition de directive intègre la jurisprudence de la Cour en acceptant l'autorisation préalable pour les traitements qui auraient été pris en charge par le système de sécurité sociale de l'Etat d'affiliation (si le traitement avait été dispensé sur son territoire) **et** pour lesquels une prise en charge « porte ou [est] susceptible de porter une atteinte grave i) à l'équilibre financier du système de sécurité sociale » (de l'Etat d'affiliation) « ii)et/ou à la planification et à la rationalisation mises en place dans le secteur hospitalier dans le but d'éviter toute surcapacité

hospitalière, tout déséquilibre dans l'offre de soins hospitaliers et tout gaspillage logistique et financier, au maintien d'un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous ou au maintien de la capacité de traitement ou des compétences médicales sur son territoire ». Voir la communication du Professeur Marc Blanquet.

⁶⁸ J-PH Lhernould, la libre circulation du patient en Europe LPA, 16 juin 2008, précité.

⁶⁹ Ce point ne sera pas abordé dans notre communication. Voir à ce propos la communication du Professeur Marc Blanquet.