



[Pagina iniziale](#) > [Formulario di ricerca](#) > [Elenco dei risultati](#) > **Documenti**



[Avvia la stampa](#)

Lingua del documento :

ECLI:EU:C:2020:872

ARRÊT DE LA COUR (deuxième chambre)

29 octobre 2020 (*)

« Renvoi préjudiciel – Sécurité sociale – Règlement (CE) n° 883/2004 – Article 20, paragraphe 2 – Directive 2011/24/UE – Article 8, paragraphes 1 et 5 ainsi que paragraphe 6, sous d) – Assurance maladie – Soins hospitaliers dispensés dans un autre État membre que l’État membre d’affiliation – Refus d’autorisation préalable – Traitement hospitalier pouvant être assuré efficacement dans l’État membre d’affiliation – Article 21 de la charte des droits fondamentaux de l’Union européenne – Différence de traitement fondée sur la religion »

Dans l’affaire C-243/19,

ayant pour objet une demande de décision préjudicielle au titre de l’article 267 TFUE, introduite par l’Augstākā tiesa (Senāts) (Cour suprême, Lettonie), par décision du 8 mars 2019, parvenue à la Cour le 20 mars 2019, dans la procédure

A

contre

Veselības ministrija,

LA COUR (deuxième chambre),

composée de M. A. Arabadjiev (rapporteur), président de chambre, M. K. Lenaerts, président de la Cour, faisant fonction de juge de la deuxième chambre, MM. A. Kumin, T. von Danwitz et P. G. Xuereb, juges,

avocat général : M. G. Hogan,

greffier : M. M. Aleksejev, chef d’unité,

vu la procédure écrite et à la suite de l’audience du 13 février 2020,

considérant les observations présentées :

– pour A, par M. S. Brady, barrister, M^e P. Muzny, avocat, et M^e E. Endzelis, advokāts,

- pour la Veselības ministrija, par M^{me} I. Viņķele et M. R. Osis,
- pour le gouvernement letton, initialement par M^{mes} I. Kucina et L. Juškeviča, puis par M^{mes} L. Juškeviča et V. Soņeca, en qualité d’agents,
- pour le gouvernement italien, par M^{me} G. Palmieri, en qualité d’agent, assistée de M^{me} M. Russo, avvocato dello Stato,
- pour le gouvernement polonais, par MM. B. Majczyna et M. Horoszko ainsi que par M^{me} M. Malczewska, en qualité d’agents,
- pour la Commission européenne, par M. B.-R. Killmann ainsi que par M^{mes} A. Szmytkowska et I. Rubene, en qualité d’agents,

ayant entendu l’avocat général en ses conclusions à l’audience du 30 avril 2020,

rend le présent

Arrêt

1 La demande de décision préjudicielle porte sur l’interprétation de l’article 20, paragraphe 2, du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (JO 2004, L 166, p. 1, et rectificatif JO 2004, L 200, p. 1), de l’article 8, paragraphe 5, de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil, du 9 mars 2011, relative à l’application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (JO 2011, L 88, p. 45), de l’article 56 TFUE ainsi que de l’article 21, paragraphe 1, de la charte des droits fondamentaux de l’Union européenne (ci-après la « Charte »).

2 Cette demande a été présentée dans le cadre d’un litige opposant A au Veselības ministrija (ministère de la Santé, Lettonie) au sujet du refus de délivrer une autorisation permettant au fils de A de bénéficier de soins de santé couverts par le budget de l’État letton dans un autre État membre.

Le cadre juridique

Le droit de l’Union

Le règlement n° 883/2004

3 Les considérants 4 et 45 du règlement n° 883/2004 énoncent :

« (4) Il convient de respecter les caractéristiques propres aux législations nationales de sécurité sociale et d’élaborer uniquement un système de coordination.

[...]

(45) Étant donné que l’objectif de l’action envisagée, à savoir l’adoption de mesures de coordination visant à garantir l’exercice effectif de la libre circulation des personnes, ne peut pas être réalisé de manière suffisante par les États membres et peut donc, en raison des dimensions et des effets de cette action, être mieux réalisé au niveau communautaire, la Communauté peut prendre des mesures conformément au principe de subsidiarité consacré à l’article 5 du traité.

Conformément au principe de proportionnalité tel qu'énoncé audit article, le présent règlement n'excède pas ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif ».

4 L'article 20, paragraphes 1 à 3, de ce règlement, intitulé « Déplacement aux fins de bénéficiaire de prestations en nature – Autorisation de recevoir un traitement adapté en dehors de l'État membre de résidence », est libellé comme suit :

« 1. À moins que le présent règlement n'en dispose autrement, une personne assurée se rendant dans un autre État membre aux fins de bénéficiaire de prestations en nature pendant son séjour demande une autorisation à l'institution compétente.

2. La personne assurée qui est autorisée par l'institution compétente à se rendre dans un autre État membre aux fins d'y recevoir le traitement adapté à son état bénéficie des prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si elle était assurée en vertu de cette législation. L'autorisation est accordée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie.

3. Les paragraphes 1 et 2 s'appliquent mutatis mutandis aux membres de la famille de la personne assurée. »

La directive 2011/24

5 Les considérants 1, 4, 6, 7, 8, 29 et 43 de la directive 2011/24 énoncent :

« (1) Conformément à l'article 168, paragraphe 1, du traité [FUE], un niveau élevé de protection de la santé humaine doit être assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union, ce qui suppose qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine doit également être assuré lorsque l'Union adopte des actes en vertu d'autres dispositions du traité.

[...]

(4) Nonobstant la possibilité offerte aux patients de bénéficier de soins de santé transfrontaliers au titre de la présente directive, les États membres demeurent responsables de la prestation de soins de santé sûrs, de qualité élevée, efficaces et quantitativement suffisants aux citoyens résidant sur leur territoire. En outre, la transposition de la présente directive dans les législations nationales et son application ne doivent pas avoir pour effet d'encourager les patients à se faire soigner en dehors de leur État membre d'affiliation.

[...]

(6) Comme l'a confirmé la Cour [...] à plusieurs reprises, tout en reconnaissant leur caractère particulier, tous les soins médicaux, quelle qu'en soit la nature, relèvent du champ d'application du traité [FUE].

(7) La présente directive respecte et ne porte pas préjudice à la faculté dont dispose chaque État membre de décider quel type de soins de santé est approprié. Aucune de ses dispositions ne devrait être interprétée d'une manière telle qu'elle porte atteinte aux choix éthiques fondamentaux opérés par les États membres.

(8) Certains aspects liés aux soins de santé transfrontaliers, en particulier le remboursement des soins dispensés dans un État membre autre que celui où réside le bénéficiaire, ont déjà été examinés par la Cour [...] La présente directive vise à parvenir à une application plus générale et aussi plus efficace des principes établis au cas par cas par la Cour [...]

[...]

(29) Il convient d'exiger que les patients qui cherchent à se faire soigner dans un autre État membre dans d'autres circonstances que celles prévues dans le règlement [n° 883/2004] soient également en mesure de bénéficier des principes de la libre circulation des patients, des services et des biens conformément au traité [FUE] et à la présente directive. Il y a lieu de garantir aux patients la prise en charge des coûts desdits soins de santé au minimum à hauteur de ce qui serait offert pour des soins identiques dispensés dans l'État membre d'affiliation. Cette garantie devrait pleinement respecter la responsabilité qu'ont les États membres de déterminer l'étendue de la couverture de leurs citoyens contre la maladie et empêcher toute incidence considérable sur le financement des systèmes nationaux de soins de santé.

[...]

(43) Les critères d'attribution de l'autorisation préalable devraient être justifiés par des raisons impérieuses d'intérêt général susceptibles de justifier les entraves à la libre circulation des soins de santé, comme des impératifs de planification liés à l'objectif de garantir un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de traitements de qualité élevée dans l'État membre concerné ou à la volonté de maîtriser les coûts et d'éviter, dans toute la mesure du possible, tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines. La Cour [...] a identifié plusieurs motifs susceptibles d'être pris en considération : le risque d'atteinte grave à l'équilibre financier d'un système de sécurité sociale, l'objectif de maintenir, pour des motifs de santé publique, un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous, et l'objectif de maintenir une capacité de soins ou une compétence médicale sur le territoire national, essentielles pour la santé publique, voire même pour la survie de la population [...] »

6 L'article 7 de la directive 2011/24, intitulé « Principes généraux applicables au remboursement des coûts », dispose :

« 1. Sans préjudice du règlement [n° 883/2004] et sous réserve des dispositions des articles 8 et 9, l'État membre d'affiliation veille à ce que les frais engagés par une personne assurée qui reçoit des soins de santé transfrontaliers soient remboursés, si les soins de santé en question font partie des prestations auxquelles la personne assurée a droit dans l'État membre d'affiliation.

[...]

3. C'est à l'État membre d'affiliation qu'il revient de déterminer, que ce soit à un niveau local, régional ou national, les soins de santé pour lesquels une personne assurée a droit à la prise en charge correspondante des coûts et le niveau de prise en charge desdits coûts, indépendamment du lieu où les soins de santé sont dispensés.

4. Les coûts des soins de santé transfrontaliers sont remboursés ou payés directement par l'État membre d'affiliation à hauteur des coûts qu'il aurait pris en charge si ces soins de santé avaient été dispensés sur son territoire, sans que le remboursement excède les coûts réels des soins de santé reçus.

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

[...]

8. L'État membre d'affiliation ne soumet pas le remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers à une autorisation préalable, à l'exception des cas visés à l'article 8.

9. L'État membre d'affiliation peut limiter l'application des règles relatives au remboursement des soins de santé transfrontaliers pour des raisons impérieuses d'intérêt général telles que des impératifs de planification liés à l'objectif de garantir sur le territoire de l'État membre concerné un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de soins de qualité élevée ou à la volonté d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter autant que possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines.

[...] »

7 Aux termes de l'article 8 de cette directive, intitulé « Soins de santé susceptibles d'être soumis à autorisation préalable » :

« 1. L'État membre d'affiliation peut mettre en place un régime d'autorisation préalable pour le remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers, conformément au présent article et à l'article 9. Le régime d'autorisation préalable, y compris les critères, l'application de ceux-ci et les décisions individuelles de refus d'autorisation préalable, se limite à ce qui est nécessaire et proportionné à l'objectif poursuivi et ne peut constituer un moyen de discrimination arbitraire ni une entrave injustifiée à la libre circulation des patients.

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

a) sont soumis à des impératifs de planification liés à l'objectif de garantir sur le territoire de l'État membre concerné un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de soins de qualité élevée ou à la volonté d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter autant que possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines et :

i) impliquent le séjour du patient concerné à l'hôpital pour au moins une nuit ; ou

ii) nécessitent un recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux ;

[...]

5. Sans préjudice du paragraphe 6, points a) à c), l'État membre d'affiliation ne peut refuser d'accorder une autorisation préalable si le patient a droit aux soins de santé concernés, conformément à l'article 7, et si ces soins de santé ne peuvent être dispensés sur son territoire dans un délai acceptable sur le plan médical, sur la base d'une évaluation médicale objective de l'état pathologique du patient, de ses antécédents, de l'évolution probable de sa maladie, du degré de sa douleur et/ou de la nature de son handicap au moment du dépôt ou du renouvellement de la demande d'autorisation.

6. L'État membre d'affiliation peut refuser d'accorder une autorisation préalable pour les raisons suivantes :

[...]

d) ces soins de santé peuvent être dispensés sur son territoire dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé du moment de chaque patient concerné et de l'évolution probable de sa maladie ».

Le droit letton

8 Le point 293 du Ministru kabineta noteikumi Nr. 1529 « Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība » (décret du Conseil des ministres n° 1529, concernant l'organisation et le financement des soins de santé), du 17 décembre 2013 (*Latvijas Vēstnesis*, 2013, n° 253), dans sa version applicable au litige au principal (ci-après le « décret n° 1529 »), disposait :

« En application du [règlement n° 883/2004] et du règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 16 septembre 2009, fixant les modalités d'application du [règlement n° 883/2004 (JO 2009, L 284, p. 1)], le [service de santé] délivre les documents suivants, attestant le droit d'une personne de bénéficier, dans un autre État membre de l'[Union européenne] ou de l'[Espace économique européen (EEE)] ou en Suisse, de soins de santé financés par le budget de l'État :

[...]

293.2. le formulaire S2, intitulé "Attestation du droit à un traitement programmé" (ci-après le « formulaire S2 »), qui permet de bénéficier des soins de santé programmés indiqués sur le formulaire, dans le pays et dans le délai qui y sont mentionnés [...] »

9 Aux termes du point 310 de ce décret :

« Le [service de santé] délivre le formulaire S2 à une personne qui a le droit de bénéficier de soins de santé couverts par le budget de l'État et qui souhaite bénéficier de soins de santé programmés dans un autre État membre de l'Union ou de l'EEE ou en Suisse, si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

310.1. les soins de santé sont couverts par le budget de l'État conformément à la réglementation applicable à de tels soins ;

310.2. à la date d'examen de la demande, aucun des établissements de santé mentionnés au point 7 du présent décret ne peut assurer les soins de santé et un avis justifié en ce sens par l'établissement en question a été obtenu ;

310.3. les soins en question sont nécessaires à la personne pour éviter une dégradation irréversible des fonctions vitales et de l'état de santé, compte tenu de l'état de santé de la personne au moment de l'examen de celle-ci et de l'évolution prévisible de la maladie. »

10 Le point 323.2 du décret n° 1529 disposait qu'il appartenait au service de santé compétent de décider de délivrer une autorisation préalable pour un traitement programmé de chirurgie cardiaque à l'hôpital dans un État membre de l'Union, dans un État membre de l'EEE ou en Suisse.

11 Le point 324.2 de ce décret prévoyait que le service de santé refusait de délivrer l'autorisation préalable dans les conditions suivantes :

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

[...]

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

[...] »

12 Le point 328 dudit décret disposait :

« Le [service de santé] rembourse à la personne qui a le droit de bénéficier en Lettonie de soins de santé payés sur le budget de l'État les frais qui ont été couverts par des fonds personnels pour des soins de santé reçus dans un autre État membre de l'Union ou de l'EEE ou en Suisse :

328.1. sur la base des dispositions du règlement n° 883/2004 et du règlement n° 987/2009, ainsi que conformément aux conditions tarifaires des soins médicaux de l'État dans lequel la personne a bénéficié de tels soins et conformément à l'information sur la somme à rembourser donnée par l'autorité compétente de l'État membre de l'Union ou de l'EEE ou de la Confédération suisse, à condition que :

[...]

328.1.2. le [service de santé] ait décidé de délivrer le formulaire S2, mais que la personne ait effectué le paiement des soins de santé reçus sur ses propres fonds ;

328.2 conformément aux tarifs des soins médicaux établis au moment où ceux-ci sont dispensés ou conformément au montant de remboursement indiqué dans la réglementation sur la procédure de remboursement des frais d'acquisition de médicaments et de dispositifs médicaux prévus pour un traitement ambulatoire, au moment de leur acquisition, à condition que :

328.2.1 la personne ait reçu les soins médicaux programmés (notamment avec autorisation préalable), sauf dans le cas prévu au point 328.1.2, et que ces soins médicaux soient payés en [Lettonie] sur le budget de l'État, selon la procédure prévue dans le présent décret.

[...] »

Le litige au principal et les questions préjudicielles

13 Le fils du requérant au principal, enfant mineur souffrant d'une malformation cardiaque congénitale, devait subir une opération à cœur ouvert.

14 Le requérant au principal, affiliée au système de santé letton, s'est opposé à ce qu'il soit procédé à une transfusion sanguine au moment de cette opération au motif qu'il était témoin de Jéhovah. Cette opération n'étant pas possible en Lettonie sans qu'il soit procédé à une transfusion sanguine, le requérant au principal a demandé au Nacionālais veselības dienests (service national de

santé, Lettonie) (ci-après le « service de santé ») de délivrer pour son fils un formulaire S2, qui autorise une personne à bénéficier de certains soins de santé programmés, notamment, dans un autre État membre de l'Union que son État d'affiliation, aux fins que son fils subisse ladite opération en Pologne. Par décision du 29 mars 2016, le service de santé a refusé de délivrer ce formulaire. Par décision du 15 juillet 2016, le ministère de la Santé a confirmé la décision du service de santé au motif que l'opération en cause pouvait être effectuée en Lettonie et que seules la situation médicale ainsi que les limitations physiques d'une personne doivent être prises en considération en vue de délivrer ledit formulaire.

15 Le requérant au principal a introduit un recours devant l'administratīvā rajona tiesa (tribunal administratif de district, Lettonie) en vue d'obtenir, au profit de son fils, un acte administratif favorable reconnaissant le droit de bénéficier des soins de santé programmés. Par jugement du 9 novembre 2016, cette juridiction a rejeté ce recours.

16 Saisie en appel, l'Administratīvā apgabaltiesa (Cour administrative régionale, Lettonie) a, par un arrêt du 10 février 2017, confirmé ledit jugement au motif que les conditions cumulatives énoncées au point 310 du décret n° 1529 devaient être remplies pour que le formulaire S2 soit délivré. Or, cette juridiction a relevé que la prestation médicale en cause au principal, qui est un soin de santé financé par le budget de l'État letton, était certes nécessaire pour éviter la dégradation irréversible des fonctions vitales ou de l'état de santé du fils du requérant au principal, mais que, au moment de l'examen de la demande de délivrance du formulaire S2, l'hôpital aurait confirmé que cette prestation pouvait être effectuée en Lettonie. En outre, ladite juridiction a estimé qu'il ne pouvait être déduit du fait que le requérant au principal ait refusé une telle transfusion l'impossibilité de l'hôpital en cause de dispenser ladite prestation médicale et a conclu que l'une des conditions requises pour la délivrance du formulaire S2 n'était pas remplie.

17 Le requérant au principal a formé un pourvoi en cassation devant la juridiction de renvoi en faisant valoir, notamment, qu'il est victime d'une discrimination puisque la grande majorité des affiliés auraient la possibilité de bénéficier des soins de santé en cause sans renoncer à leurs croyances religieuses. Le ministère de la Santé soutient, quant à lui, que ce pourvoi est non fondé au motif que la règle énoncée au point 310 du décret n° 1529 est impérative et ne prévoit pas que l'autorité compétente dispose d'un pouvoir discrétionnaire lorsqu'elle adopte un acte administratif. Cette règle devrait être lue conjointement avec le point 312.2 de ce décret, dont il ressort que seules les justifications médicales directes sont décisives. Le ministère de la Santé considère que le requérant au principal demande, en substance, de prendre en compte des critères que le législateur national n'a pas prévus. Il indique que la réglementation nationale prévoit des restrictions raisonnables, qui assurent autant que possible une affectation rationnelle des ressources financières et qui protègent l'ensemble des intérêts publics liés à l'accès à une médecine de qualité en Lettonie.

18 Le 22 avril 2017, le fils du requérant au principal a subi une opération du cœur en Pologne.

19 La juridiction de renvoi se demande si les services de santé lettons pouvaient refuser la délivrance du formulaire S2 permettant cette prise en charge sur le fondement de critères exclusivement médicaux ou s'ils étaient également tenus de prendre en compte à cet égard les croyances religieuses de A.

20 C'est dans ces conditions que l'Augstākā tiesa (Senāts) (Cour suprême, Lettonie) a décidé de surseoir à statuer et de poser à la Cour les questions préjudicielles suivantes :

« 1) Les dispositions combinées de l'article 20, paragraphe 2, du [règlement n° 883/2004] et de l'article 21, paragraphe 1, de la [Charte] doivent-elles être interprétées en ce sens qu'un État

membre peut refuser l'autorisation mentionnée à l'article 20, paragraphe 1, dudit règlement lorsque, dans l'État de résidence de la personne, un traitement hospitalier dont l'efficacité médicale ne soulève aucun doute est disponible, mais que le mode de traitement utilisé n'est pas conforme aux convictions religieuses de la personne ?

2) Les dispositions combinées de l'article 56 TFUE, de l'article 8, paragraphe 5, de la directive [2011/24] et de l'article 21, paragraphe 1, de la [Charte] doivent-elles être interprétées en ce sens qu'un État membre peut refuser l'autorisation mentionnée à l'article 8, paragraphe 1, de ladite directive lorsque, dans l'État d'affiliation de la personne, un traitement hospitalier dont l'efficacité médicale ne soulève aucun doute est disponible, mais que le mode de traitement utilisé n'est pas conforme aux convictions religieuses de la personne ? »

Sur les questions préjudicielles

Sur la première question

21 Par sa première question, la juridiction de renvoi demande, en substance, si l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, lu à la lumière de l'article 21, paragraphe 1, de la Charte, doit être interprété en ce sens qu'il s'oppose à ce que l'État membre de résidence de l'assuré refuse d'accorder à ce dernier l'autorisation prévue à l'article 20, paragraphe 1, de ce règlement lorsque, dans cet État membre, un traitement hospitalier, dont l'efficacité médicale ne soulève aucun doute, est disponible, mais que les croyances religieuses de cette personne réproouvent le mode de traitement utilisé.

22 Il convient de rappeler, tout d'abord, que, aux termes des considérants 4 et 45 du règlement n° 883/2004, ce dernier a pour objet de coordonner les systèmes de sécurité sociale en place dans les États membres afin de garantir l'exercice effectif de la libre circulation des personnes. Ledit règlement a procédé à la modernisation et à la simplification des règles contenues dans le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, dans sa version modifiée et mise à jour par le règlement (CE) n° 118/97 du Conseil, du 2 décembre 1996 (JO 1997, L 28, p. 1), tout en conservant le même objectif que ce dernier (arrêt du 6 juin 2019, V, C-33/18, EU:C:2019:470, point 41).

23 Conformément à l'article 20, paragraphe 1, du règlement n° 883/2004, une personne assurée se rendant dans un autre État membre aux fins de bénéficier d'un traitement médical doit, en principe, demander une autorisation à l'institution compétente.

24 Le paragraphe 2, première phrase, de l'article 20 du règlement n° 883/2004 a pour objet de conférer un droit aux prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation de l'État membre dans lequel les prestations sont servies, comme si l'intéressé relevait de cette dernière institution. Se trouvent ainsi conférés aux assurés sociaux des droits qu'ils ne posséderaient pas autrement puisque, en ce qu'ils impliquent une prise en charge par l'institution du lieu de séjour selon la législation qu'applique cette dernière, ces droits ne sauraient par hypothèse être garantis auxdits assurés sociaux en vertu de la seule législation de l'État membre compétent (voir, en ce sens, arrêt du 23 octobre 2003, Inizan, C-56/01, EU:C:2003:578, point 22). Dès lors, les assurés bénéficient, en vertu de ce règlement, de droits que ne leur confère pas la libre prestation des services, telle que consacrée à l'article 56 TFUE et concrétisée par la directive 2011/24 en matière de soins de santé.

25 Le paragraphe 2, seconde phrase, de l'article 20 du règlement n° 883/2004 a pour seul objet d'identifier les circonstances dans lesquelles il est exclu que l'institution compétente puisse refuser l'autorisation sollicitée sur le fondement du paragraphe 1 de cet article (voir, en ce sens, arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, point 39 et jurisprudence citée). Ce paragraphe 2, seconde phrase, énonce deux conditions dont la réunion rend obligatoire la délivrance, par l'institution compétente, de l'autorisation préalable sollicitée sur le fondement du paragraphe 1 du même article. La première condition exige que les soins en question figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'assuré social. La seconde condition requiert que les soins que ce dernier envisage de recevoir dans un État membre autre que celui sur le territoire duquel il réside ne puissent, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution de sa maladie, lui être dispensés dans le délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement dont il s'agit dans l'État membre de résidence (voir, en ce sens, arrêt du 9 octobre 2014, Petru, C-268/13, EU:C:2014:2271, point 30).

26 En l'occurrence, il n'est pas contesté que la prestation en cause au principal est prévue par la législation lettone et que la première condition qui figure à l'article 20, paragraphe 2, seconde phrase, du règlement n° 883/2004 est remplie dans l'affaire au principal.

27 La juridiction de renvoi indique, en revanche, que le point litigieux dans l'affaire au principal est celui de savoir si la seconde condition prévue à cette disposition est remplie.

28 À cet égard, la Cour a déjà jugé que l'autorisation requise ne peut être refusée lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité ne peut être obtenu en temps opportun dans l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé (arrêt du 9 octobre 2014, Petru, C-268/13, EU:C:2014:2271, point 31 et jurisprudence citée).

29 Aux fins d'apprécier s'il existe un tel traitement, la Cour a précisé que l'institution compétente est tenue de prendre en considération 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 et, le cas échéant, du degré de douleur ou de la nature du handicap de ce dernier, mais également de ses antécédents (voir, en ce sens, arrêts du 16 mai 2006, Watts, C-372/04, EU:C:2006:325, point 62 ; du 5 octobre 2010, Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, point 66, et du 9 octobre 2014, Petru, C-268/13, EU:C:2014:2271, point 32).

30 Il découle de cette jurisprudence que l'examen de l'ensemble des circonstances caractérisant chaque cas concret qui doivent être prises en considération au regard de l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, afin de déterminer si un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu dans l'État membre de résidence de l'assuré, constitue une évaluation médicale objective. Partant, il y a lieu de constater que le régime d'autorisation préalable prévu à l'article 20 du règlement n° 883/2004 prend exclusivement en compte la situation médicale du patient, et non pas ses choix personnels en matière de soins médicaux.

31 En l'occurrence, il est constant que l'opération en cause au principal était nécessaire afin d'éviter la dégradation irréversible des fonctions vitales ou de l'état de santé du fils du requérant au principal, compte tenu de l'examen de son état et de l'évolution prévisible de sa maladie. En outre, cette opération pouvait être effectuée en Lettonie au moyen d'une transfusion sanguine, et il n'existait pas de motif médical justifiant de recourir à un autre mode de traitement. Le requérant au principal s'est opposé à une telle transfusion au seul motif que ses croyances religieuses s'y opposaient et a souhaité que l'opération en cause au principal ait lieu sans transfusion, ce qui n'était pas possible en Lettonie.

32 Il ressort donc du dossier dont dispose la Cour qu'il n'existait aucun motif médical justifiant que le fils du requérant au principal ne puisse pas bénéficier du traitement disponible en Lettonie.

33 Ainsi, dans la mesure où la seconde condition figurant à l'article 20, paragraphe 2, seconde phrase, du règlement n° 883/2004 consiste exclusivement à examiner l'état pathologique du patient, ses antécédents, l'évolution probable de sa maladie, le degré de sa douleur et/ou la nature de son handicap et n'implique donc pas la prise en compte du choix personnel de celui-ci en matière de soins, la décision des autorités lettonnes de refuser de délivrer le formulaire S2 ne saurait être considérée comme incompatible au regard de cette disposition.

34 Cela étant, lorsque l'État membre de résidence de l'assuré refuse d'octroyer l'autorisation préalable prévue à l'article 20, paragraphe 1, du règlement n° 883/2004, cet État membre met en œuvre le droit de l'Union, au sens de l'article 51, paragraphe 1, de la Charte, de sorte qu'il est tenu de respecter les droits fondamentaux garantis par celle-ci, dont notamment ceux consacrés à son article 21 (arrêt du 11 juin 2020, Prokuratura Rejonowa w Słupsku, C-634/18, EU:C:2020:455, point 42 et jurisprudence citée).

35 Il convient, à cet égard, de rappeler que le principe d'égalité de traitement constitue un principe général du droit de l'Union, consacré à l'article 20 de la Charte, dont le principe de non-discrimination énoncé à l'article 21, paragraphe 1, de la Charte est une expression particulière (arrêts du 22 mai 2014, Glatzel, C-356/12, EU:C:2014:350, point 43, et du 5 juillet 2017, Fries, C-190/16, EU:C:2017:513, point 29).

36 En outre, l'interdiction de toute discrimination fondée sur la religion ou les convictions revêt un caractère impératif en tant que principe général de droit de l'Union. Consacrée à l'article 21, paragraphe 1, de la Charte, cette interdiction se suffit à elle-même pour conférer aux particuliers un droit invocable en tant que tel dans un litige qui les oppose dans un domaine couvert par le droit de l'Union (arrêts du 17 avril 2018, Egenberger, C-414/16, EU:C:2018:257, point 76, et du 22 janvier 2019, Cresco Investigation, C-193/17, EU:C:2019:43, point 76).

37 Selon la jurisprudence constante de la Cour, ledit principe général exige que des situations comparables ne soient pas traitées de manière différente et que des situations différentes ne soient pas traitées de manière égale, à moins qu'un tel traitement ne soit objectivement justifié. Une différence de traitement est justifiée dès lors qu'elle est fondée sur un critère objectif et raisonnable, c'est-à-dire lorsqu'elle est en rapport avec un but légalement admissible poursuivi par la réglementation en cause, et que cette différence est proportionnée au but poursuivi par le traitement concerné (arrêt du 9 mars 2017, Milkova, C-406/15, EU:C:2017:198, point 55).

38 Partant, il appartient à la juridiction de renvoi de vérifier, en premier lieu, si le refus d'accorder au requérant au principal l'autorisation préalable prévue à l'article 20, paragraphe 1, du règlement n° 883/2004 institue une différence de traitement fondée sur la religion. Si tel est le cas, il lui incombe alors d'examiner, en second lieu, si cette différence de traitement est fondée sur un critère objectif et raisonnable. Toutefois, la Cour, saisie d'une demande de décision préjudicielle, est compétente pour apporter, au vu des éléments figurant au dossier, des précisions visant à guider la juridiction de renvoi dans la solution du litige au principal (arrêt du 2 décembre 2009, Aventis Pasteur, C-358/08, EU:C:2009:744, point 50).

39 En l'occurrence, il apparaît que la réglementation nationale en cause au principal est formulée de façon neutre et ne donne pas lieu à une discrimination directe fondée sur la religion.

40 Il importe également d'examiner si, au vu des éléments figurant au dossier, ce refus introduit une différence de traitement qui est indirectement fondée sur la religion ou les croyances religieuses.

41 La juridiction de renvoi indique que, à la différence des personnes dont l'état, ou celui de leurs enfants, requiert une intervention médicale telle que celle en cause au principal mais qui ne sont pas témoins de Jéhovah, les croyances religieuses du requérant au principal affectent le choix de ce dernier en matière de soins. Pour les témoins de Jéhovah, l'interdiction des transfusions sanguines faisant partie intégrante de leurs croyances religieuses, ils ne pourraient accepter de subir une intervention médicale impliquant de telles transfusions. Étant donné que l'État membre de résidence ne couvre pas le coût d'un autre traitement, autorisé par leurs croyances religieuses, les dépenses occasionnées par celui-ci devraient être prises en charge personnellement par des personnes telles que le requérant au principal.

42 Dans une telle situation, il apparaît ainsi qu'une différence indirecte de traitement est susceptible de se produire entre, d'une part, les patients qui subissent une intervention médicale avec transfusion sanguine dont les coûts sont couverts par la sécurité sociale de l'État membre de résidence et, d'autre part, les patients qui, pour des raisons religieuses, décident de ne pas subir une telle intervention dans cet État membre et de recourir, dans un autre État membre, à un traitement auquel ne s'opposent pas leurs croyances religieuses, dont les coûts ne sont pas couverts par le premier État membre.

43 À la lumière de ce qui précède, il importe de noter que le refus d'accorder au requérant au principal l'autorisation préalable prévue à l'article 20, paragraphe 1, du règlement n° 883/2004 institue une différence de traitement indirectement fondée sur la religion. Il convient dès lors d'examiner si cette différence de traitement est fondée sur un critère objectif et raisonnable.

44 La juridiction de renvoi souligne que l'objectif de la réglementation nationale en cause au principal pourrait être de protéger la santé publique et les droits d'autrui, en maintenant sur le territoire national une offre suffisante, équilibrée et permanente de soins hospitaliers de qualité ainsi qu'en protégeant la stabilité financière du système de sécurité sociale.

45 Il convient de relever que, lorsqu'une mesure nationale relève du domaine de la santé publique, il doit être tenu compte du fait que la santé et la vie des personnes occupent le premier rang parmi les biens et les intérêts protégés par le traité FUE.

46 La Cour a, en particulier, considéré que le nombre des infrastructures hospitalières, leur répartition géographique, leur aménagement et les équipements dont elles sont pourvues, ou encore la nature des services médicaux qu'elles sont à même d'offrir, doivent pouvoir faire l'objet d'une planification, laquelle répond, en règle générale, à diverses préoccupations. D'une part, cette planification poursuit l'objectif de garantir sur le territoire de l'État membre concerné une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité. D'autre part, elle participe d'une volonté d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter, dans la mesure du possible, tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines. Un tel gaspillage s'avérerait en effet d'autant plus dommageable qu'il est constant que le secteur des soins hospitaliers engendre des coûts considérables et doit répondre à des besoins croissants, tandis que les ressources financières pouvant être consacrées aux soins de santé ne sont, quel que soit le mode de financement utilisé, pas illimitées (arrêts du 12 juillet 2001, Smits et Peerbooms, C-157/99, EU:C:2001:404, points 76 à 79 ; du 16 mai 2006, Watts, C-372/04, EU:C:2006:325, points 108 et 109, ainsi que du 5 octobre 2010, Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, point 43).

47 Partant, il ne saurait être exclu qu'un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale puisse constituer un objectif légitime susceptible de justifier une différence de traitement fondée sur la religion. L'objectif de maintenir un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous peut également relever des dérogations pour des raisons de santé publique, dans la mesure où un tel objectif contribue à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé (voir, par analogie, en matière de libre prestation des services, arrêt du 5 octobre 2010, Elchinov, C-173/09, EU:C:2010:581, point 42 et jurisprudence citée).

48 Ainsi qu'il a été rappelé au point 24 du présent arrêt, l'assuré qui a obtenu l'autorisation préalable prévue à l'article 20, paragraphe 1, du règlement n° 883/2004 doit en principe bénéficier, pendant la durée fixée par l'institution compétente, des prestations en nature servies, pour le compte de ladite institution, par l'institution de l'État membre de séjour, selon les dispositions de la législation appliquée par cette dernière, comme si l'assuré social y était affilié. La Cour a relevé, à cet égard, que le droit ainsi conféré à l'assuré social implique par conséquent que les soins prodigués soient d'abord pris en charge par l'institution de l'État membre de séjour, selon la législation que cette dernière applique, à charge pour l'institution compétente de rembourser ultérieurement l'institution de l'État membre de séjour dans les conditions prévues à l'article 35 du règlement n° 883/2004 (voir, en ce sens, arrêt du 12 avril 2005, Keller, C-145/03, EU:C:2005:211, points 65 et 66). Conformément à cette dernière disposition, les prestations en nature servies par l'institution d'un État membre pour le compte de l'institution d'un autre État membre, en vertu du chapitre dont relève ladite disposition, donnent lieu à un remboursement intégral.

49 Il s'ensuit que, dans l'hypothèse où des prestations en nature dispensées dans l'État membre de séjour donnent lieu à des coûts plus élevés que ceux liés aux prestations qui auraient été dispensées dans l'État membre de résidence de l'assuré, l'obligation d'un remboursement intégral peut engendrer des surcoûts à l'égard de ce dernier État membre.

50 Comme l'a reconnu à juste titre la juridiction de renvoi, de tels surcoûts seraient difficilement prévisibles si, afin d'éviter une différence de traitement fondée sur la religion, l'institution compétente était, lors de la mise en œuvre de l'article 20 du règlement n° 883/2004, obligée de prendre en compte les croyances religieuses de l'assuré, ces croyances relevant du « forum internum » de celui-ci et étant, par nature, subjectives (voir, en ce sens, arrêt du 22 janvier 2019, Cresco Investigation, C-193/17, EU:C:2019:43, point 58 et jurisprudence citée).

51 De plus, ainsi que l'a indiqué le gouvernement italien dans ses observations écrites, il est possible que les systèmes de santé nationaux puissent être exposés à un grand nombre de demandes d'autorisation de recevoir des soins de santé transfrontaliers fondées sur des motifs religieux plutôt que sur la situation médicale de l'assuré.

52 Si l'institution compétente était contrainte de tenir compte des croyances religieuses de l'assuré, de tels surcoûts seraient, au vu de leur imprévisibilité et de leur ampleur potentielle, susceptibles d'entraîner un risque pour la nécessité de protéger la stabilité financière du système de l'assurance maladie, laquelle constitue un objectif légitime reconnu par le droit de l'Union. Il s'ensuit qu'un régime d'autorisation préalable qui ne tient pas compte des croyances religieuses de l'assuré mais qui est axé sur des critères exclusivement médicaux peut réduire un tel risque et semble donc apte à assurer cet objectif.

53 Quant à la nécessité de la réglementation en cause au principal, il convient de rappeler qu'il appartient aux États membres de décider du niveau auquel ils entendent assurer la protection de la santé publique ainsi que de la manière dont ce niveau doit être atteint. Celui-ci pouvant varier d'un État membre à un autre, il convient de reconnaître aux États membres une marge d'appréciation

(arrêt du 12 novembre 2015, Visnapuu, C-198/14, EU:C:2015:751, point 118 et jurisprudence citée).

54 Partant, il convient de constater que l'État membre d'affiliation serait, en l'absence d'un régime d'autorisation préalable axé sur des critères exclusivement médicaux, exposé à une charge financière additionnelle qui serait difficilement prévisible et susceptible d'entraîner un risque pour la stabilité financière de son système d'assurance maladie.

55 Dans ces conditions, l'absence de prise en compte, dans le cadre de l'examen d'une demande d'autorisation préalable aux fins de la prise en charge financière par l'institution compétente de soins envisagés dans un autre État membre, des croyances religieuses de l'intéressé apparaît comme une mesure justifiée au regard de l'objectif mentionné au point 52 du présent arrêt, qui n'excède pas ce qui est objectivement nécessaire à cette fin et satisfait à l'exigence de proportionnalité rappelée au point 37 du présent arrêt.

56 Eu égard à ce qui précède, il convient de répondre à la première question que l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, lu à la lumière de l'article 21, paragraphe 1, de la Charte, doit être interprété en ce sens qu'il ne s'oppose pas à ce que l'État membre de résidence de l'assuré refuse d'accorder à ce dernier l'autorisation prévue à l'article 20, paragraphe 1, de ce règlement lorsque, dans cet État membre, un traitement hospitalier, dont l'efficacité médicale ne soulève aucun doute, est disponible, mais que les croyances religieuses de cet assuré réprouvent le mode de traitement utilisé.

Sur la seconde question

Sur la recevabilité

57 Le ministère de la Santé ainsi que les gouvernements letton et polonais soutiennent que la directive 2011/24 n'est pas pertinente dans le cadre de la procédure en cause au principal, A n'ayant pas demandé l'autorisation préalable aux fins de la prise en charge par l'institution compétente des soins de santé transfrontaliers destinés à son fils conformément à cette directive. En outre, il a été également soutenu lors de l'audience devant la Cour que A n'avait pas demandé le remboursement des soins de santé transfrontaliers reçus par son fils dans un délai d'un an, comme l'exigeait la législation lettone transposant la directive 2011/24.

58 À cet égard, il convient de rappeler que, les questions portant sur le droit de l'Union bénéficiant d'une présomption de pertinence, le rejet par la Cour d'une demande formée par une juridiction nationale n'est possible que lorsqu'il apparaît de manière manifeste que l'interprétation sollicitée du droit de l'Union n'a aucun rapport avec la réalité ou l'objet du litige au principal, lorsque le problème est de nature hypothétique ou encore lorsque la Cour ne dispose pas des éléments de fait et de droit nécessaires pour répondre de façon utile aux questions qui lui sont posées (voir, en ce sens, arrêts du 5 décembre 2006, Cipolla e.a., C-94/04 et C-202/04, EU:C:2006:758, point 25 ; du 19 juin 2012, Chartered Institute of Patent Attorneys, C-307/10, EU:C:2012:361, point 32, ainsi que du 9 octobre 2014, Petru, C-268/13, EU:C:2014:2271, point 23).

59 Tel n'est cependant pas le cas en l'occurrence.

60 S'agissant des raisons ayant conduit la juridiction de renvoi à s'interroger sur l'interprétation de l'article 8, paragraphe 5, de la directive 2011/24, il ressort de la décision de renvoi que, l'avis des parties au litige au principal divergeant sur l'interprétation de cette disposition, ladite juridiction

s'interroge sur la question de savoir si celle-ci s'applique en cas de refus, par les autorités de l'État membre de résidence, d'accorder l'autorisation mentionnée à l'article 8, paragraphe 1, de cette directive, dans des circonstances telles que celles en cause au principal. La juridiction de renvoi estime que la solution qui sera donnée au litige au principal dépend de la réponse à apporter à cette question.

61 L'interprétation demandée ainsi que l'examen de la nature et de la portée de l'exigence d'obtenir une telle autorisation préalable portent sur l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004 et l'article 8 de la directive 2011/24, en vue de permettre à la juridiction de renvoi de savoir si A a droit au remboursement dans l'État membre d'affiliation de tout ou partie des coûts des soins de santé hospitaliers transfrontaliers subis par son fils.

62 Ainsi, l'interprétation sollicitée n'est pas manifestement dépourvue de tout rapport avec la réalité ou l'objet du litige au principal et le problème soulevé n'est pas hypothétique, mais se rapporte aux faits discutés par les parties au principal qu'il appartient à la juridiction de renvoi de déterminer. En outre, la Cour dispose des éléments de fait et de droit nécessaires pour répondre utilement à la question posée.

63 C'est à la juridiction de renvoi qu'il incombera de déterminer si le requérant au principal pouvait avoir demandé l'autorisation préalable du traitement en cause au principal conformément aux dispositions nationales transposant l'article 8 de la directive 2011/24 et si une demande de remboursement ultérieure devrait être considérée comme ayant été introduite en dehors des délais prévus par le droit national. Dans ce contexte, il y a lieu de considérer qu'une telle demande visant un remboursement dans les limites prévues à l'article 7 de cette directive est, implicitement mais nécessairement, contenue dans une demande de remboursement intégral au titre du règlement n° 883/2004.

64 Il s'ensuit que la seconde question est recevable.

Sur le fond

65 Par sa seconde question, la juridiction de renvoi demande, en substance, si l'article 8, paragraphe 5 et paragraphe 6, sous d), de la directive 2011/24, lu à la lumière de l'article 21, paragraphe 1, de la Charte, doit être interprété en ce sens qu'il s'oppose à ce que l'État membre d'affiliation d'un patient refuse d'accorder à ce dernier l'autorisation mentionnée à l'article 8, paragraphe 1, de cette directive lorsque, dans cet État membre, un traitement hospitalier, dont l'efficacité médicale ne soulève aucun doute, est disponible mais que les croyances religieuses de ce patient réprouvent le mode de traitement utilisé.

66 Ainsi qu'il ressort du considérant 8 de la directive 2011/24, cette dernière a codifié la jurisprudence de la Cour relative à la liberté de prestation des services garantie par l'article 56 TFUE dans le domaine des soins de santé, tout en visant à parvenir à une application plus générale et aussi plus efficace des principes établis au cas par cas par cette jurisprudence.

67 Ainsi, l'article 7, paragraphe 1, de la directive 2011/24 dispose que, sans préjudice du règlement n° 883/2004 et sous réserve des dispositions des articles 8 et 9 de cette directive, 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 ces soins font partie des prestations auxquelles la personne assurée a droit dans cet État membre.

68 L'article 7, paragraphe 4, de la directive 2011/24 prévoit en outre que les coûts des soins de santé transfrontaliers sont remboursés ou payés directement par l'État membre d'affiliation à hauteur des coûts qu'il aurait pris en charge si ces soins de santé avaient été dispensés sur son territoire, sans que le remboursement excède les coûts réels des soins de santé reçus.

69 Par ailleurs, l'article 8 de cette directive dispose qu'un État membre peut soumettre les soins hospitaliers à un régime d'autorisation préalable. Toutefois, cet article précise qu'un tel régime, y compris les critères, l'application de ceux-ci et les décisions individuelles de refus d'autorisation préalable, doit se limiter à ce qui est nécessaire et proportionné à l'objectif poursuivi et ne peut constituer un moyen de discrimination arbitraire ni une entrave injustifiée à la libre circulation des patients.

70 Le considérant 43 de la directive 2011/24 énonce, quant à lui, que les critères d'attribution de l'autorisation préalable devraient être justifiés par des raisons impérieuses d'intérêt général susceptibles de justifier les entraves à la libre circulation des soins de santé, comme des impératifs de planification liés à l'objectif de garantir un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de traitements de qualité élevée dans l'État membre concerné ou à la volonté de maîtriser les coûts et d'éviter, dans toute la mesure possible, tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines.

71 À cet égard, le gouvernement letton fait valoir, dans ses observations écrites, que le régime d'autorisation préalable qui met en œuvre l'article 8, paragraphe 1, de la directive 2011/24 vise à assurer une maîtrise des coûts et à garantir un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de traitements de qualité. De tels objectifs étant légitimes, ainsi qu'il ressort des points 46 et 47 du présent arrêt, il incombe encore à la juridiction de renvoi de vérifier si ledit régime se limite à ce qui est nécessaire et proportionné pour les atteindre.

72 En ce qui concerne, d'une part, l'objectif relatif à la nécessité de protéger la stabilité financière du système de sécurité sociale, il importe de relever l'existence d'une différence systémique entre le système de remboursement mis en place par le règlement n° 883/2004 et celui prévu par la directive 2011/24.

73 Contrairement à l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, l'article 7, paragraphe 4, premier alinéa, de la directive 2011/24 prévoit, ainsi qu'il a été rappelé au point 68 du présent arrêt, que les coûts des soins de santé transfrontaliers sont remboursés ou payés directement par l'État membre d'affiliation à hauteur des coûts qu'il aurait pris en charge si ces soins de santé avaient été dispensés sur son territoire, et cela sans que le remboursement excède les coûts réels des soins de santé reçus.

74 Le remboursement prévu à l'article 7 de la directive 2011/24 peut donc être soumis à une double limite. D'une part, il est calculé sur la base des tarifs applicables aux soins de santé dans l'État membre d'affiliation. D'autre part, si le niveau des coûts des soins de santé dispensés dans l'État membre d'accueil est inférieur à celui des soins de santé dispensés dans l'État membre d'affiliation, ce remboursement n'excède pas les coûts réels des soins de santé reçus.

75 Dès lors que le remboursement de ces soins de santé au titre de la directive 2011/24 est soumis à cette double limite, le système de santé de l'État membre d'affiliation n'est pas susceptible d'être soumis à un risque de surcoûts lié à la prise en charge des soins transfrontaliers tel que celui constaté aux points 49 à 54 du présent arrêt.

76 Cette interprétation est d'ailleurs corroborée par le considérant 29 de la directive 2011/24 qui indique expressément que cette prise en charge des coûts ne saurait avoir d'incidence considérable sur le financement des systèmes nationaux de soins de santé.

77 Partant, dans le cadre de la directive 2011/24 et à la différence des situations régies par le règlement n° 883/2004, l'État membre d'affiliation ne sera, en principe, pas exposé à une charge financière additionnelle dans le cas d'un soin transfrontalier.

78 Dans de telles circonstances, un tel objectif n'est, en principe, pas susceptible d'être invoqué aux fins de justifier le refus d'accorder l'autorisation prévue à l'article 8, paragraphe 1, de la directive 2011/24 dans des circonstances telles que celles au principal.

79 S'agissant, d'autre part, de l'objectif tenant au maintien d'une capacité de soins de santé ou d'une compétence médicale, il appartient à la juridiction de renvoi d'apprécier si le régime letton d'autorisation préalable mettant en œuvre l'article 8, paragraphe 1, de la directive 2011/24 s'est limité à ce qui était nécessaire et proportionné pour assurer cet objectif, lorsque l'État membre d'affiliation a refusé de prendre en charge les coûts du traitement hospitalier transfrontalier subis par le fils du requérant au principal à hauteur de ce qui aurait été offert pour des soins identiques dispensés dans cet État membre.

80 Ainsi, si la juridiction de renvoi constate que tel n'est pas le cas, les autorités lettones ne sauraient subordonner le remboursement des coûts de ce traitement, à hauteur de ce qui serait offert pour un traitement identique dispensé dans l'État membre d'affiliation, à l'obtention d'une autorisation préalable délivrée conformément à l'article 8, paragraphe 5 et paragraphe 6, sous d), de ladite directive.

81 En revanche, si ladite juridiction estime que ce régime d'autorisation préalable s'est limité à ce qui était nécessaire et proportionné pour assurer ledit objectif, il importe de noter que l'article 8, paragraphe 5 et paragraphe 6, sous d), de la directive 2011/24 doit être interprété en ce sens que cette dernière disposition ne tient compte que de la situation médicale du patient.

82 En effet, aucun élément ne permet sérieusement de justifier des interprétations différentes dans le contexte de l'article 20, paragraphe 2, du règlement n° 883/2004, d'une part, et dans celui de l'article 8, paragraphe 5 et paragraphe 6, sous d), de la directive 2011/24, d'autre part, étant donné que, dans les deux cas, la question est de savoir si les soins hospitaliers requis par l'état de santé de l'intéressé peuvent être prodigués sur le territoire de l'État membre de sa résidence dans un délai acceptable qui préserve leur utilité et leur efficacité (voir, par analogie, arrêt du 16 mai 2006, Watts, C-372/04, EU:C:2006:325, point 60).

83 Cela étant, lorsque l'État membre d'affiliation refuse de délivrer l'autorisation préalable prévue à l'article 8, paragraphe 1, de la directive 2011/24, au motif que ne sont pas satisfaites les exigences figurant au paragraphe 5 de cet article, cet État membre met en œuvre le droit de l'Union, au sens de l'article 51, paragraphe 1, de la Charte, de sorte qu'il est tenu de respecter les droits fondamentaux garantis par celle-ci, dont notamment ceux consacrés à son article 21.

84 À l'instar des considérations figurant aux points 41 et 42 du présent arrêt, un tel refus introduit une différence de traitement indirectement fondée sur la religion. Cette différence de traitement poursuivant un objectif légitime tenant au maintien d'une capacité de soins de santé ou d'une compétence médicale, il incombe à la juridiction de renvoi d'apprécier si ladite différence est proportionnée. Elle doit notamment examiner si la prise en compte des croyances religieuses des patients, lors de la mise en œuvre de l'article 8, paragraphe 5 et paragraphe 6, sous d), de la

directive 2011/24, a pour effet d'entraîner un risque pour la planification des traitements hospitaliers dans l'État membre d'affiliation.

85 Eu égard aux considérations qui précèdent, il convient de répondre à la seconde question que l'article 8, paragraphe 5 et paragraphe 6, sous d), de la directive 2011/24, lu à la lumière de l'article 21, paragraphe 1, de la Charte, doit être interprété en ce sens qu'il s'oppose à ce que l'État membre d'affiliation d'un patient refuse d'accorder à ce dernier l'autorisation prévue à l'article 8, paragraphe 1, de cette directive lorsque, dans cet État membre, un traitement hospitalier, dont l'efficacité médicale ne soulève aucun doute, est disponible mais que les croyances religieuses de ce patient réprouvent le mode de traitement utilisé, à moins que ce refus ne soit objectivement justifié par un but légitime tenant au maintien d'une capacité de soins de santé ou d'une compétence médicale, et ne constitue un moyen approprié et nécessaire permettant d'atteindre ce but, ce qu'il appartient à la juridiction de renvoi de vérifier.

Sur les dépens

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

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

1) L'article 20, paragraphe 2, du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, lu à la lumière de l'article 21, paragraphe 1, de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, doit être interprété en ce sens qu'il ne s'oppose pas à ce que l'État membre de résidence de l'assuré refuse d'accorder à ce dernier l'autorisation prévue à l'article 20, paragraphe 1, de ce règlement lorsque, dans cet État membre, un traitement hospitalier, dont l'efficacité médicale ne soulève aucun doute, est disponible, mais que les croyances religieuses de cet assuré réprouvent le mode de traitement utilisé.

2) L'article 8, paragraphe 5 et paragraphe 6, sous d), de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil, du 9 mars 2011, relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, lu à la lumière de l'article 21, paragraphe 1, de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, doit être interprété en ce sens qu'il s'oppose à ce que l'État membre d'affiliation d'un patient refuse d'accorder à ce dernier l'autorisation prévue à l'article 8, paragraphe 1, de cette directive lorsque, dans cet État membre, un traitement hospitalier, dont l'efficacité médicale ne soulève aucun doute, est disponible mais que les croyances religieuses de ce patient réprouvent le mode de traitement utilisé, à moins que ce refus ne soit objectivement justifié par un but légitime tenant au maintien d'une capacité de soins de santé ou d'une compétence médicale, et ne constitue un moyen approprié et nécessaire permettant d'atteindre ce but, ce qu'il appartient à la juridiction de renvoi de vérifier.

Signatures

* Langue de procédure : le letton.