EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS
COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME

QUATRIÈME SECTION

DÉCISION

Requête n° 56630/22
Nicolae ARJOCU
contre la Roumanie

La Cour européenne des droits de l'homme (quatrième section), siégeant les 14 janvier et 6 mai 2025 en une chambre composée de :

Lado Chanturia, *président*,
Jolien Schukking,
Faris Vehabović,
Ana Maria Guerra Martins,
Anne Louise Bormann,
Sebastian Răduleţu,
András Jakab*, juges*,

et de Simeon Petrovski, *greffier adjoint de section*,

Vu la requête susmentionnée introduite le 28 novembre 2022,

Vu les observations soumises par le gouvernement défendeur et celles présentées en réponse par le requérant,

Après en avoir délibéré, rend la décision suivante :

EN FAIT

1. Le requérant, M. Nicolae Arjocu, est un ressortissant roumain né en 1953 et résidant à Motru Sec. Il a été représenté devant la Cour par Me B.I. Radu, avocate à Timişoara.

2. Le Gouvernement a été représenté par son agente, Mme O.F. Ezer, du ministère des Affaires étrangères.

A. Les circonstances de l'espèce

3. Les faits de la cause, tels qu'ils ont été exposés par les parties, peuvent se résumer comme suit.

4. Le requérant est un retraité relevant, pour l'assurance maladie, de la sécurité sociale roumaine.

5. Il fut hospitalisé du 5 au 9 novembre 2018 à l'hôpital départemental de Târgu Jiu. Les examens auxquels il fut soumis menèrent à un diagnostic de

tumeur du larynx à évolution imprévisible et inconnue. Il lui fut recommandé de s'adresser au département d'oto-rhino-laryngologie (« ORL ») d'une clinique universitaire aux fins de confirmation du diagnostic et de détermination, dans le cadre de cette discipline de spécialité, de la conduite thérapeutique à tenir.

6. Du 12 au 16 novembre 2018, le requérant fut hospitalisé à l'Institut H. ORL de Bucarest (« l'Institut »). Fut posé le diagnostic de « tumeur maligne de la glotte – tumeur de la corde vocale gauche étendue à la commissure antérieure ». Aux dires du requérant, lorsqu'il se rendit à nouveau à l'Institut trois semaines plus tard pour un contrôle, il se vit indiquer que la seule façon de traiter la tumeur était une intervention chirurgicale au cours de laquelle les cordes vocales et une partie du larynx seraient extirpés, ce qui aurait pour conséquence qu'il ne pourrait plus parler ni se nourrir normalement. Même si le requérant obtint des documents médicaux attestant des examens réalisés, du diagnostic et des recommandations médicales, il n'était précisé dans aucun des écrits émanant d'une autorité médicale la méthode que les médecins entendaient utiliser lors de l'intervention chirurgicale.

7. Le requérant contacta la clinique privée C. de Vienne (Autriche). Il y fut examiné le 15 janvier 2019 et se vit proposer une intervention chirurgicale moins intrusive, consistant en la seule extirpation de la tumeur, ce qui devait lui permettre de continuer à parler et à se nourrir normalement. Il fut décidé d'hospitaliser le requérant le plus tôt possible.

8. Par une lettre du 18 janvier 2019, le requérant sollicita du ministre de la Santé (« le ministère ») une aide destinée à lui permettre de bénéficier d'un traitement à l'étranger (en l'occurrence en Autriche). Il expliquait que, compte tenu de la gravité de la maladie et de la nécessité où il se trouvait d'être soigné à l'étranger, il avait déjà donné son accord pour une hospitalisation à la clinique C. à partir du 22 janvier 2019. Il précisait qu'il lui avait été indiqué en Roumanie que le seul traitement possible consistait en une extirpation des cordes vocales et d'une partie du larynx. Il expliquait que s'il demandait de l'aide en vue de pouvoir bénéficier d'un traitement oncologique à l'étranger, c'était à cause de l'urgence médicale, et ajoutait qu'un retard dans l'intervention chirurgicale et dans le traitement entraînerait une aggravation de son état de santé. Il joignit à sa demande un devis établi par la clinique C. Le requérant ne mentionna pas expressément le droit européen.

9. Du 22 au 24 janvier 2019, le requérant fut hospitalisé à la clinique C. où il subit l'intervention chirurgicale prévue. Il dut avancer, pour être admis, le coût estimatif des soins, et dut en payer par la suite le prix total, qui s'élevait à 15 664 euros (EUR).

10. Le 25 janvier 2019, le ministère de la Santé répondit au requérant qu'en vertu des dispositions de l'arrêté n° 50/2004 relatif aux conditions d'envoi à l'étranger de certaines catégories de patients aux fins de traitement

(« l'arrêté nº 50/2004 »), le ministère approuvait l'envoi à l'étranger des patients aux fins de traitement de pathologies qui ne pouvaient pas être soignées en Roumanie et l'informa de la procédure à suivre (paragraphe 55 ci-dessous). Il informa l'intéressé que s'il s'était vu recommander un traitement à l'étranger, il devait s'adresser à la direction de la santé publique de Gorj en vue d'engager la procédure pertinente et qu'aucun remboursement rétroactif du coût des traitements reçus à l'étranger n'était autorisé en l'absence d'un accord préalable de la commission compétente (paragraphe 55 *in fine* ci-dessous).

11. Le 28 janvier 2019, le requérant compléta sa demande initiale (paragraphe 8 ci-dessus) en envoyant au ministère les documents médicaux fournis par la clinique C. Il expliquait qu'il n'avait eu ni le temps ni la possibilité de faire établir avant l'opération le formulaire E 112 portant accord préalable (paragraphe 56 ci-dessous), précisait qu'il prouvait l'urgence du traitement qu'il avait reçu et ajoutait que les dispositions légales prévoyaient qu'en cas de force majeure, le formulaire pouvait être délivré après la réalisation du traitement. Il sollicitait l'aide du ministère en vue d'obtenir le formulaire E 112 et le remboursement du coût des soins qu'il avait reçus à l'étranger.

12. Le 14 février 2019, le requérant demanda à la caisse départementale d'assurance maladie de Gorj (*Casa județeană de Asigurări de Sănătate Gorj* – « la CJAS ») le remboursement du coût des soins reçus à la clinique C. Il joignit à sa demande des documents médicaux et des justificatifs de paiement.

13. Par une décision du 26 février 2019, la CJAS répondit au requérant que le remboursement devait en l'espèce être calculé selon les modalités prévues à l'article 4 lettre b) de l'arrêté du Gouvernement nº 304/2014 portant approbation des normes méthodologiques relatives à l'assistance médicale transfrontalière (« l'arrêté nº 304/2014 » – paragraphe 54 ci-dessous), et qu'en application de cette disposition, lui était accordé un remboursement de 7 231,37 lei roumains (RON – environ 1 455 euros (EUR)), somme correspondant au montant maximal du remboursement auquel l'intéressé aurait eu droit si le traitement avait été effectué en Roumanie.

B. La procédure en contentieux administratif

1. L'acte introductif d'instance et le jugement avant dire droit du 17 septembre 2021

14. Le 2 décembre 2019, le requérant intenta devant le tribunal départemental de Gorj (« le tribunal départemental »), contre la CJAS, la Caisse nationale d'assurance maladie (*Casa Națională de Asigurări de Sănătate* – ci-après la « CNAS ») et le ministère de la Santé, une action en

imposition d'une obligation de remboursement de l'intégralité du coût des soins de santé qu'il avait reçus à l'étranger.

15. Il invoquait la directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (« la Directive 2011/24/UE » – paragraphe 58 ci-dessous) et le règlement n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (« le règlement n° 883/2004 » – paragraphe 57 ci-dessous), en précisant que les soins dont il avait bénéficié en Autriche faisaient partie de la liste de base des soins remboursés en Roumanie. Il arguait de la force majeure aux fins d'établissement rétroactif du formulaire (paragraphe 56 ci-dessous), et expliquait à cet égard qu'en raison de l'urgence et de la gravité de sa maladie, il n'avait eu ni le temps nécessaire ni la possibilité d'accomplir avant son opération les démarches utiles aux fins d'obtention du formulaire E 112.

16. Le requérant versa au dossier les écrits suivants : la preuve qu'il était assuré en Roumanie, un document attestant que la clinique C. avait sollicité le paiement à l'avance des frais et qu'il avait effectué le paiement en question, un exposé détaillé des soins médicaux qu'il avait payés, et enfin des copies de documents médicaux délivrés lors de ses hospitalisations en Roumanie, tels que des radiographies et des écrits médicaux établissant le diagnostic posé à cette occasion.

17. La CJAS répondit que le requérant avait bénéficié du remboursement du coût des soins dans le respect du droit roumain et du droit européen.

18. Le requérant répliqua que le ministère de la Santé n'avait pas évalué correctement sa situation, alors même qu'il avait pour sa part prouvé la nécessité de réaliser l'intervention chirurgicale en urgence et avait établi que la méthode chirurgicale proposée en Roumanie était handicapante. Il ajouta que dans la mesure où la CJAS contestait ses allégations, il appartenait à cette dernière de prouver que l'intéressé pouvait être traité correctement en Roumanie, dans des conditions similaires, sans mutilation. Il versa au dossier un article de journal et une copie de l'arrêt prononcé par la Cour de justice de l'Union européenne (« la CJUE ») dans l'affaire *Petru* (C-268/13, 9 octobre 2014, EU:C:2014:2271 – paragraphe 60 ci-dessous).

19. Par un jugement du 6 octobre 2020, le tribunal départemental rejeta l'action du requérant.

20. Sur recours du requérant, par un arrêt du 10 mars 2021, la cour d'appel de Craiova (« la cour d'appel ») cassa le jugement du 6 octobre 2020 (paragraphe 19 ci-dessus) et renvoya l'affaire en première instance pour un nouveau jugement. Elle invita la juridiction de renvoi à clarifier l'objet de la demande en justice et à examiner de manière complète les arguments des parties, les preuves figurant au dossier et les effets des principes établis dans le droit de l'Union européenne.

21. Le 15 avril 2021, l'affaire fut inscrite au rôle du tribunal départemental.

22. Le requérant précisa devant le tribunal départemental que son action tendait à la condamnation des parties défenderesses au remboursement intégral du coût des soins qu'il avait reçus à l'étranger. Il soutenait qu'elles avaient, indûment selon lui, refusé de lui délivrer le formulaire E 112.

23. Lors de l'audience du 28 mai 2021, le tribunal départemental décida que, après avoir examiné les preuves du dossier, il convenait de demander à l'Institut, et plus particulièrement au médecin qui avait soigné le requérant, certains renseignements. Ainsi, le 2 juin 2021, le tribunal départemental invita l'Institut à lui indiquer, avant le 25 juin 2001, si le requérant aurait pu recevoir un traitement adéquat à l'Institut ou dans un autre hôpital du pays dans un délai qui aurait permis à l'intéressé, compte tenu de son état de santé et de l'évolution probable de sa maladie, de bénéficier normalement d'un tel traitement. L'Institut fut également invité à préciser si l'intervention chirurgicale dont aurait pu bénéficier l'intéressé était de nature à entraîner une mutilation par l'extirpation des cordes vocales et d'une partie du larynx et si l'intervention avait un caractère d'urgence.

24. Faute de réponse de la part de l'Institut dans le délai imparti (paragraphe 23 ci-dessus), le 25 juin 2021, le tribunal départemental demanda à nouveau à l'Institut de lui fournir les renseignements sollicités.

25. Le 29 juin 2021, l'Institut informa le tribunal départemental que le requérant avait été hospitalisé du 12 au 16 novembre 2018 au service ORL et qu'un prélèvement biologique avait alors été pratiqué en vue d'un examen histopathologique. Il indiqua que le requérant pouvait recevoir « un traitement chirurgical adéquat » à l'Institut ou dans une autre clinique spécialisée du pays. L'Institut conclut que « l'intervention chirurgicale n'avait pas le caractère d'une urgence médico-chirurgicale dans l'immédiat et devait être réalisée après une évaluation préalable menée par la commission oncologique ». Cette réponse était signée par le directeur intérimaire de l'hôpital et par le directeur médical et non pas par le médecin qui avait examiné le requérant.

26. Cette réponse de l'Institut fut portée à la connaissance du requérant, qui soutint devant le tribunal départemental qu'elle était purement formelle et ne tenait pas compte de sa situation médicale. Il ne demanda pas au tribunal départemental de solliciter un complément de réponse de la part de l'Institut.

27. Le tribunal départemental, de son côté, ne sollicita pas d'office un complément de réponse de la part de l'Institut.

28. Par un jugement avant dire droit du 17 septembre 2021, à la demande du requérant, l'affaire fut mise en sursis dans l'attente d'un arrêt que la CJUE devait, sur renvoi préjudiciel adressé par un autre tribunal roumain, prononcer dans l'affaire *Casa Naţională de Asigurări de Sănătate et Casa de Asigurări de Sănătate Constanţa* (C-538/19, 6 octobre 2021, EU:C:2021:809 – paragraphe 61 ci-dessous). À une date non précisée postérieure au prononcé par la CJUE de son arrêt dans l'affaire susmentionnée, l'instance fut reprise par le tribunal départemental.

2. Le jugement du 4 mars 2022

29. Par un jugement du 4 mars 2022, le tribunal départemental rejeta l'action du requérant. À titre liminaire, le tribunal nota que, compte tenu de l'objet de l'action (paragraphe 22 ci-dessus) et des dispositions légales applicables (paragraphe 56 ci-dessous), ni le ministère de la Santé ni la CNAS n'étaient compétents pour délivrer le formulaire E 112. Il jugea que dans ces conditions, ils n'avaient pas qualité pour ester en justice en l'affaire et que l'action était irrecevable pour autant qu'elle les visait.

30. Examinant ensuite le bien-fondé de l'affaire, le tribunal départemental exposa les normes européennes qu'il jugeait applicables avant d'indiquer qu'en droit interne, les modalités de transfert d'un patient vers un autre État membre aux fins de traitement médical étaient régies par l'arrêté n° 592/2008 (paragraphe 56 ci-dessous). Il expliqua qu'il ressortait de la lecture des articles 39 à 42 dudit arrêté qu'afin de bénéficier du remboursement intégral du coût des soins qu'il avait reçus à l'étranger, le requérant aurait dû obtenir le formulaire E 112 avant son départ à l'étranger. Il ajouta que l'article 46 § 2 dudit arrêté prévoyait, à titre exceptionnel, la délivrance du formulaire E 112 après le départ à l'étranger de la personne concernée dans les cas où des raisons de force majeure empêchaient la délivrance anticipée du document. Il précisa que ledit formulaire ne pouvait plus créer d'effets juridiques si les frais avaient été déjà acquittés par l'intéressé.

31. Observant que le requérant avait demandé le formulaire E 112 après avoir payé le prix du traitement le 22 janvier 2019 (paragraphes 9 et 11 ci-dessus), le tribunal départemental jugea que le formulaire en question ne pouvait plus être délivré.

32. Le tribunal départemental estima en outre que le requérant n'avait pas prouvé la force majeure aux fins d'un éventuel remboursement *a posteriori*. Se référant à la réponse qu'il avait reçue de l'Institut (paragraphe 25 ci-dessus), il considéra que l'intéressé aurait pu recevoir un traitement chirurgical en Roumanie et que l'intervention nécessaire n'avait pas un caractère d'urgence immédiate.

33. Le tribunal départemental expliqua ensuite que l'arrêt de la CJUE dans l'affaire *Petru* (paragraphe 60 ci-dessous) n'était pas pertinent en l'espèce, le requérant n'ayant pas prouvé, de l'avis du tribunal, qu'il ne pouvait, faute de médicaments ou de matériaux médicaux de première nécessité, bénéficier en Roumanie d'un traitement adéquat en temps opportun.

34. Le tribunal départemental ajouta que les conclusions rendues par la CJUE en l'affaire *Elchinov* (C-173/09, 5 octobre 2010, EU:C:2010:581 – paragraphe 59 ci-dessous), invoquée par le requérant, n'étaient pas davantage pertinentes en l'espèce. Il nota à cet égard qu'il était envisageable, en application du droit et de la jurisprudence européens, de ne pas accorder dans tous les cas la prise en charge des soins hospitaliers dispensés sans autorisation préalable dans un autre État membre, et qu'il revenait aux

juridictions nationales d'établir, au cas par cas, si un remboursement pouvait avoir lieu même en l'absence d'une autorisation préalable.

35. Le tribunal nota également que l'affaire *Elchinov* susmentionnée concernait le cas où, d'une part, les prestations prévues par la législation nationale faisaient l'objet d'une liste qui ne mentionnait pas expressément et précisément la méthode de traitement appliquée mais définissait des types de traitement pris en charge par l'institution compétente et où, d'autre part, un traitement identique ou ayant la même efficacité que celui réalisé dans un autre État membre ne pouvait pas être prodigué dans l'État de résidence de l'assuré. Or, selon le tribunal, l'affaire en question était dépourvue de pertinence en l'espèce, étant donné, d'une part, que le requérant n'avait pas invoqué de telles circonstances et, d'autre part, qu'il était resté en défaut de prouver, comme le demandait l'article 249 du code de procédure civile (« le CPC » – paragraphe 52 ci-dessous), que « les prestations prévues par la législation nationale faisaient l'objet d'une liste qui ne mentionnait pas expressément et précisément la méthode de traitement appliquée et plus particulièrement qu'en Roumanie il n'aurait pas pu recevoir un traitement identique ou ayant la même efficacité qu'un traitement disponible dans un autre État ». Le tribunal jugea qu'au contraire, d'après la réponse de l'Institut (paragraphe 25 ci-dessus), le requérant aurait pu bénéficier en Roumanie d'un traitement consistant en une intervention chirurgicale. Il estima que dans ces conditions, l'affirmation du requérant selon laquelle l'intervention chirurgicale qui lui avait été proposée en Roumanie impliquait l'extirpation des cordes vocales et d'une partie du larynx et consistait en une mutilation ne constituait, en l'absence d'un document établi par les médecins roumains, qu'une simple allégation.

36. Le tribunal départemental déclara se trouver d'ailleurs dans l'impossibilité de répondre aux questions de savoir si la méthode thérapeutique proposée par les médecins roumains était expressément mentionnée dans la liste des prestations prévues par la législation nationale et si elle aurait été tout aussi efficace que le traitement proposé dans l'État membre étranger, faute pour le requérant d'avoir versé au dossier un document médical où fût mentionnée la méthode chirurgicale qui lui avait été proposée en Roumanie.

37. Le tribunal départemental considéra enfin que l'affaire *Casa Naţională de Asigurări de Sănătate et Casa de Asigurări de Sănătate Constanţa* précitée (paragraphe 61 ci-dessous) se référait exclusivement à l'hypothèse où le traitement prescrit par un médecin d'un État membre autre que l'État de résidence de la personne concernée, contrairement au traitement prescrit dans l'État de résidence, n'entraînait pas de handicap. Or, selon le tribunal, aucune pièce du dossier ne prouvait qu'en l'espèce le traitement proposé en Roumanie fût handicapant.

38. Le tribunal départemental rappela que selon la jurisprudence constante de la CJUE, les États bénéficiaient d'une marge d'appréciation en

matière d'organisation du système de sécurité sociale. Il conclut que la demande de l'intéressé était mal fondée en ce que celui-ci d'une part avait sollicité le formulaire E 112 après avoir acquitté les frais médicaux et d'autre part n'avait pas établi par des preuves l'existence d'une situation de force majeure – ni quant à l'urgence médico-chirurgicale, ni quant au caractère mutilant de l'opération proposée en Roumanie – qui l'aurait empêché de demander l'autorisation pertinente préalablement à l'opération.

C. La procédure de recours

1. Le recours du requérant

39. Se fondant de manière générale sur l'article 488 § 1 du CPC (paragraphe 52 ci-dessous), le requérant forma un recours contre la décision du tribunal départemental. Il alléguait que le tribunal départemental avait méconnu les indications que lui avait données la cour d'appel dans son arrêt du 10 mars 2021 (paragraphe 20 ci-dessus) en ce qu'il n'avait pas appliqué correctement les normes du droit européen et n'avait pas instruit toutes les preuves nécessaires.

40. Il exposait à cet égard que le tribunal départemental avait rejeté son action sans se prononcer sur sa demande tendant à ce que les parties défenderesses eussent à fournir la preuve qu'en Roumanie il pouvait être traité correctement, et notamment sans mutilation. Il reprochait aussi au tribunal départemental de n'avoir pas, avant de conclure que la force majeure n'était pas prouvée, sollicité l'Institut aux fins de clarification par le médecin traitant de la méthode chirurgicale proposée en Roumanie. Le requérant arguait qu'il se trouvait dans l'impossibilité de fournir un document médical à cet égard étant donné que c'était le médecin qui établissait la méthode thérapeutique à suivre, et non pas le patient. Il précisait qu'afin de prouver la force majeure, il avait versé au dossier des documents scientifiques (une thèse de doctorat et le résumé d'une autre thèse de doctorat) relatifs à la qualité de vie du patient ayant subi une laryngectomie totale, documents que le tribunal départemental aurait ignorés. Le requérant invoquait le droit à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union européenne et les conclusions de la CJUE dans son arrêt en l'affaire C-538/19 (paragraphe 61 ci-dessous).

41. Invité par la cour d'appel à qualifier juridiquement les arguments qu'il soulevait en recours, le 18 avril 2022, le requérant précisa qu'il fondait son recours sur l'article 488, alinéa 1, points 5 et 6 du CPC (paragraphe 52 ci-dessous).

2. L'arrêt du 28 juin 2022

42. Par un arrêt définitif du 28 juin 2022 rendu à la majorité (deux voix contre une), la cour d'appel rejeta le recours du requérant.

43. La cour d'appel nota que, pour autant que le requérant critiquait la manière dont le tribunal départemental avait suivi les indications de la juridiction de renvoi (paragraphes 39 ci-dessus), il ressortait des pièces du dossier que le tribunal départemental avait instruit d'office les preuves qu'il avait estimées nécessaires et s'était abstenu de prendre des mesures qui auraient affecté l'équilibre de la procédure. Elle rappela que l'interprétation des preuves instruites relevait de la compétence du juge du fond et ne constituait ni une cause de nullité ni un motif d'illégalité au regard de l'article 488, alinéa 1, point 5 du CPC (paragraphe 52 ci-dessous).

44. Pour autant que le requérant reprochait au tribunal départemental de ne pas avoir exercé son rôle actif dans l'instruction de l'affaire et l'administration des preuves, la cour d'appel rappela que le procès était gouverné par le principe de disponibilité des parties selon lequel celles-ci ont la responsabilité primordiale dans l'administration du procès, le rôle actif du juge en matière probatoire n'ayant qu'un caractère facultatif et subsidiaire. Se référant à la décision *Jahnke et Lenoble c. France* ((déc.), n° 40490/98, CEDH 2000-I) et à la jurisprudence de la Haute Cour de cassation et justice, la cour d'appel expliqua que les juges ne pouvaient pas compenser le manque d'intérêt des parties au litige pour le déroulement de la procédure et que les tribunaux devaient obtenir la coopération des parties, lesquelles étaient tenues d'exposer leurs prétentions de manière claire, non ambiguë et raisonnablement structurée, et de les prouver. En l'espèce, à partir du moment où le requérant n'avait pas demandé l'instruction de preuves supplémentaires et n'avait pas reproché au tribunal d'avoir indûment méconnu une demande de preuve qu'il aurait légalement formulée, il ne pouvait pas reporter sur le tribunal ses obligations procédurales pour critiquer ensuite un défaut de diligence de la part des autorités juridictionnelles.

45. La cour d'appel rejeta le grief tiré d'un défaut de motivation du jugement rendu en première instance. Elle observa notamment que les arguments tirés par le requérant de l'instruction des preuves et de leur interprétation ne relevaient pas de l'article 488, alinéa 1, point 6 du CPC (paragraphe 52 ci-dessous).

46. Rappelant enfin que l'intéressé avait précisé que ses motifs de recours étaient formulés sur le terrain de l'article 488, alinéa 1, points 5 et 6 du CPC (paragraphe 41 ci-dessus), la cour d'appel indiqua que même à tenir compte du rôle actif qui lui incombait et à rechercher des motifs d'ordre public susceptibles d'être mis en jeu, elle ne pouvait pas requalifier les arguments du requérant et les examiner sur le terrain de l'article 488, alinéa 1, point 8 du CPC, étant donné que l'intéressé, par lesdits arguments, remettait en cause le bien-fondé du jugement et non pas la légalité de celui-ci.

3. L'opinion séparée de la juge A.G.

47. Dans une opinion séparée, la juge A.G. exprima l'avis que le recours du requérant devait être admis et que la cour d'appel, accueillant l'action du

requérant, devait condamner la CJAS à verser à l'intéressé le montant du reste à charge des frais médicaux.

48. La juge A.G. nota que s'il était vrai qu'en l'espèce le requérant n'avait pas obtenu d'autorisation préalable avant de partir à l'étranger pour y bénéficier d'un traitement, il convenait de tenir compte de la demande qu'il avait faite auprès du ministère (paragraphe 8 ci-dessus). Or, d'après cette juge, la réponse tardive et pas pertinente du ministère (paragraphe 10 ci-dessus) exemplifiait la volonté de l'autorité publique de déformer la demande de l'intéressé de façon que l'administration n'eût pas, en fin de compte, à effectuer un remboursement. Une telle pratique administrative n'était pas un cas isolé dans l'histoire du droit européen, et il convenait que les juges y portassent remède.

49. Elle indiqua par ailleurs qu'au regard de la manière dont le tribunal départemental avait formulé ses questions (paragraphe 23 ci-dessus), la réponse de l'Institut (paragraphe 25 ci-dessus) était « incomplète, lapidaire et non concluante quant au traitement dont le requérant aurait pu bénéficier » en Roumanie. Elle jugea que dans une situation technique impliquant des connaissances médicales solides dont le requérant ne disposait pas, il paraissait disproportionné de demander à celui-ci de démontrer en détail quels protocoles médicaux il convenait de suivre.

50. Après avoir noté que le CPC permettait le recours, à titre de preuve, à des présomptions judiciaires (voir l'article 329 du CPC, cité au paragraphe 52 ci-dessous), la juge A.G. considéra que la rapidité avec laquelle les événements s'étaient déroulés démontrait l'urgence et le fait que le traitement proposé en Roumanie pouvait entraîner un handicap pour l'intéressé.

LE CADRE JURIDIQUE PERTINENT

A. Le droit interne

51. Le code civil dispose comme suit en sa partie pertinente en l'espèce :

Article 5 – Application prioritaire du droit de l'Union européenne

« Dans les matières réglementées par le présent code, les règles (*normele*) du droit de l'Union européenne sont appliquées par priorité, quels que soient la qualité ou le statut des parties. »

52. Les articles pertinents en l'espèce du CPC se lisent comme suit :

Article 9 – Droit de disposition des parties

« (...)

2. L'objet et les limites du procès sont fixés par les demandes et les défenses des parties.

(...) »

Article 22 – Rôle du juge dans la découverte de la vérité

« (...)

2. Le juge a le devoir de s'efforcer par tous les moyens légaux d'éviter toute erreur dans la découverte de la vérité dans l'affaire, en se fondant sur l'établissement des faits et en faisant une application correcte de la loi, afin de prononcer une décision motivée et légale. À cette fin, au regard de la situation de fait et du raisonnement juridique invoqués par les parties, le juge a le droit de demander à celles-ci de présenter des explications, oralement ou par écrit, de soumettre au débat toute circonstance de fait ou de droit, même si elle n'est pas mentionnée dans la demande ou dans la défense, d'ordonner l'instruction des preuves qu'il estime nécessaires ainsi que d'autres mesures prévues par la loi, même si les parties s'y opposent.

(...) »

Article 249 – Charge de la preuve

« Celui qui fait une affirmation lors du procès doit la prouver, sauf cas particuliers prévus par la loi. »

Article 329 – Présomptions judiciaires

« Dans le cas de présomptions laissées à la lumière et à la sagesse du juge, celui-ci ne peut s'appuyer sur elles que si elles ont assez de poids et de force pour rendre vraisemblable le fait allégué ; toutefois, elles ne peuvent être reçues que dans les cas où la loi admet les preuves avec témoins. »

Article 488 – Motifs de cassation

« (1) L'annulation de certaines décisions ne peut être demandée que pour les motifs d'illégalité suivants :

(...)

5. lorsque, par la décision rendue, le tribunal a violé les règles de procédure dont le non-respect entraîne la sanction de nullité ;

6. lorsque la décision ne comporte pas les motifs sur lesquels elle est fondée ou lorsqu'elle comporte des motifs contradictoires ou uniquement des motifs sans rapport avec la nature de l'affaire ;

(...)

8. lorsque la décision a été rendue en violation, ou par l'application erronée, des règles du droit matériel. »

53. Les dispositions pertinentes de la loi n° 95/2006 relative à la réforme du système de santé sont ainsi rédigées :

Article 912

« (1) Les frais des soins médicaux transfrontaliers sont remboursés par les caisses d'assurance maladie conformément aux dispositions du présent titre.

(...)

(3) Sans préjudice des dispositions du règlement (CE) n° 883/2004, les personnes affiliées au système d'assurance maladie obligatoire en Roumanie qui se rendent dans

un autre État membre de l'UE pour y recevoir des soins médicaux transfrontaliers supportent conformément à la législation de l'État membre dans lequel les soins médicaux sont fournis le coût des prestations médicales, des médicaments et des dispositifs médicaux ainsi que des technologies et des dispositifs de soin dont elles bénéficient.

(4) Le coût des prestations médicales, des médicaments et des dispositifs médicaux prévus à l'alinéa (1) sera remboursé par la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré :

a) si les prestations médicales, les médicaments et les dispositifs médicaux, les technologies et dispositifs de soin font partie des prestations auxquelles la personne assurée a droit selon la législation sur l'assurance sociale de santé et sont couverts par la caisse ;

b) si les critères d'éligibilité prévus dans les normes méthodologiques approuvées par décision du Gouvernement sont respectés ;

c) dans la limite des montants qui auraient été supportés par la Roumanie à travers le système social d'assurance maladie si les soins médicaux correspondants avaient été prodigués sur le territoire de la Roumanie, sans excéder le coût réel des soins reçus tel qu'attesté par les documents de paiement et à l'exclusion des prestations d'hébergement et frais de voyage supportés par les assurés ainsi que des frais supplémentaires supportés par les personnes handicapées à raison d'un ou plusieurs handicaps et recevant des soins médicaux transfrontaliers. »

54. L'article 1 de l'arrêté du Gouvernement n° 304/2014 portant approbation des normes méthodologiques relatives aux soins médicaux transfrontaliers indique le type de soins médicaux soumis à autorisation préalable et les critères à remplir aux fins d'obtention d'une telle autorisation. Les autres articles pertinents en l'espèce de cet arrêté se lisent ainsi :

Article 3

« (1) Sur demande écrite de l'assuré (...) accompagnée de pièces justificatives, la caisse d'assurance maladie rembourse le coût des soins médicaux prodigués à l'étranger sur le territoire d'un État membre de l'Union européenne et payés par l'intéressé, au niveau des tarifs prévus à l'article 4, si :

a) les prestations médicales, les médicaments et les dispositifs médicaux font partie des prestations auxquelles l'assuré a droit en vertu de la législation sur l'assurance sociale de santé et sont couverts par le Fonds national unique d'assurance sociale de santé (*Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate*), à l'exception :

(...)

(v) des types de soins médicaux prévus à l'article 1 délivrés dans un État membre de l'Union européenne pour lesquels il n'existe pas d'autorisation préalable de remboursement du coût des soins médicaux reçus à l'étranger ;

(...). »

Article 4

(1) Le niveau auquel est réalisée l'opération de remboursement du coût des soins de santé reçus à l'étranger prévue à l'article 3 (1) est déterminé comme suit :

(...)

b) pour les prestations médicales hospitalières fournies sous le régime de l'hospitalisation continue : ICM x TCP, où ICM est l'indice de complexité des cas le plus élevé parmi tous les ICM liés aux hôpitaux de Roumanie, et TCP le taux pondéré par cas de l'hôpital ayant la complexité la plus élevé des cas, ces valeurs étant déterminées conformément aux actes normatifs réglementant le système social d'assurance maladie en vigueur à la date de paiement de la prestation médicale ; les prestations hospitalières comprennent : les consultations, les examens, le diagnostic, le traitement médical et/ou chirurgical, les soins, la convalescence, les médicaments et matériels sanitaires, les dispositifs médicaux, l'hébergement et la restauration ; (...). »

55. Selon l'article 1 § 2 de l'arrêté (*ordin*) nº 50/2004 relatif aux conditions d'envoi à l'étranger de certaines catégories de patients aux fins de traitement (« l'arrêté nº 50/2004 »), l'envoi à l'étranger des patients aux fins de traitement était autorisé par le ministère de la Santé. Cet envoi n'était autorisé que pour les affections qui ne pouvaient être traitées dans le pays, sur la base d'un dossier médical établi par les services de santé publique. Conformément à l'article 10 de l'arrêté nº 50/2004, le remboursement rétroactif du coût des traitements reçus à l'étranger par des patients qui n'avaient pas obtenu l'accord préalable de la commission compétente du ministère de la Santé était interdit.

56. Les articles pertinents de l'arrêté (*ordin*) nº 592/2008 du 26 août 2008 du président de la CNAS portant approbation des normes méthodologiques relatives à l'utilisation, dans le cadre du régime d'assurance maladie roumain, des formulaires délivrés en application du règlement (CEE) nº 1408/71 du Conseil relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs indépendants et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, ainsi que du règlement (CEE) nº 574/72 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) nº 1408/71, sont ainsi rédigés :

Article 39

« (...)

2. Le formulaire E 112 est également utilisé lorsqu'il est nécessaire pour une personne de se rendre dans un autre État membre pour bénéficier d'un traitement médical adéquat. »

Article 40

« 1. Le formulaire E 112 est destiné :

(...)

b) aux travailleurs salariés ou non salariés et aux membres de leur famille autorisés par l'institution compétente à se rendre dans un autre État membre afin de recevoir des soins médicaux.

(...)

3. La délivrance du formulaire E 112 dans le cas prévu au paragraphe 1, lettre b), ne peut être refusée par l'institution compétente lorsque les soins en cause figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel la personne concernée réside et que ces soins ne peuvent, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie, lui être dispensés dans l'État membre de résidence dans le délai normalement nécessaire pour le traitement dont il s'agit. »

Article 42

« Les prestations délivrées sur la base du formulaire E 112 donnent lieu à remboursement sur présentation des factures correspondantes. »

Article 43

« (1) Aux fins d'obtention du formulaire E 112, l'intéressé présente une demande à la caisse (*casa*) d'assurance sur les registres de laquelle il est inscrit comme assuré.

(...)

(3) Le délai maximum pour instruire la demande de délivrance du formulaire E 112 est de 5 jours ouvrables.

(4) Le formulaire E 112 est rempli en deux exemplaires, dont l'un est conservé auprès de la caisse d'assurance et l'autre est remis au demandeur (...) »

Article 46

« (1) Le formulaire E 112 est délivré avant le départ du bénéficiaire.

(2) Le formulaire peut également être délivré après le départ du bénéficiaire si, pour une raison de force majeure, il n'a pas pu être délivré à l'avance. Le formulaire n'est délivré que si le coût des prestations médicales n'a pas été payé. À partir du moment du paiement, le formulaire ne produit plus les effets juridiques pour lesquels il est demandé.

(...) »

B. Le droit de l'Union Européenne

1. Les actes normatifs

a) Le règlement (CE) nº 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004, portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale[1]

57. La partie pertinente de ce règlement est ainsi libellée :

Article 20
Déplacement aux fins de bénéficier de prestations en nature
Autorisation de recevoir un traitement adapté
en dehors de l'État membre de résidence

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

[1] Règlement - 883/2004 - EN - EUR-Lex (europa.eu)

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.

(...) »

b) 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[2]

58. Cette directive est ainsi libellée en ses passages pertinents en l'espèce :

Dispositions générales
Article premier
Objet et champ d'application

« 1. La présente directive prévoit des règles visant à faciliter l'accès à des soins de santé transfrontaliers sûrs et de qualité élevée et encourage la coopération en matière de soins de santé entre les États membres, dans le plein respect des compétences nationales en matière d'organisation et de prestation des soins de santé. La présente directive vise également à clarifier ses liens avec le cadre existant relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale, le règlement (CE) nº 883/2004, en vue de l'application des droits des patients.

2. La présente directive s'applique à la prestation de soins de santé aux patients, indépendamment de leur mode d'organisation, de prestation ou de financement.

(...)

4. La présente directive ne porte pas atteinte aux dispositions législatives et réglementaires des États membres en matière d'organisation et de financement des soins de santé dans des situations sans rapport avec les soins de santé transfrontaliers. En particulier, rien dans la présente directive n'oblige un État membre à rembourser des coûts des soins de santé dispensés par des prestataires de soins de santé établis sur son propre territoire si ces prestataires ne font pas partie du système de sécurité sociale ou du système de santé publique dudit État membre.

(...) »

Chapitre III
Remboursement des coûts des soins de santé transfrontaliers
Article 7
Principes généraux applicables au remboursement des coûts

« 1. Sans préjudice du règlement (CE) nº 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

[2] Directive - 2011/24 - EN - EUR-Lex (europa.eu)

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.

(...) »

2. La jurisprudence de la CJUE

a) La décision préjudicielle dans l'affaire *Elchinov* (C-173/09, 5 octobre 2010, EU:C:2010:581)[3]

59. Dans cette décision la CJUE s'est exprimée ainsi :

« 44. (...) Si le droit de l'Union ne s'oppose pas en principe à un système d'autorisation préalable, il est néanmoins nécessaire que les conditions mises à l'octroi d'une telle autorisation soient justifiées au regard des impératifs susvisés, qu'elles n'excèdent pas ce qui est objectivement nécessaire à cette fin et que le même résultat ne puisse pas être obtenu par des règles moins contraignantes. Un tel système doit en outre être fondé sur des critères objectifs, non discriminatoires et connus à l'avance, de manière à encadrer l'exercice du pouvoir d'appréciation des autorités nationales afin que celui-ci ne soit pas exercé de manière arbitraire (voir, en ce sens, arrêts précités *Smits et Peerbooms*, points 82 et 90 ; *Müller-Fauré et van Riet*, points 83 à 85, ainsi que *Watts*, points 114 à 116).

(...)

59. (...), il revient à chaque État membre de prévoir les prestations médicales prises en charge par son propre système de sécurité sociale. À cette fin, l'État membre concerné a la faculté d'établir une liste énumérant précisément des traitements ou des méthodes de traitement ou visant plus généralement des catégories ou des types de traitements ou de méthodes de traitement.

60. Il incombe, dans ce contexte, aux seuls organes nationaux appelés à se prononcer sur une demande d'autorisation en vue de recevoir des soins dispensés dans un État membre autre que celui sur le territoire duquel réside l'assuré social de déterminer si ces soins entrent dans les prévisions d'une telle liste. (...)

62. Il en découle, lorsque la liste des prestations médicales prises en charge ne mentionne pas expressément et précisément la méthode de traitement appliquée, mais définit des types de traitements, d'une part, qu'il appartient à l'institution compétente de l'État membre de résidence de l'assuré social d'examiner, en application des principes d'interprétation usuels et sur la base de critères objectifs et non discriminatoires, en prenant en considération tous les éléments médicaux pertinents et les données scientifiques disponibles, si cette méthode de traitement correspond à des

[3] CURIA - Liste des résultats (europa.eu)

prestations prévues par la législation de cet État membre. Il en résulte, d'autre part, que si tel est le cas, une demande d'autorisation préalable ne saurait être refusée au motif qu'une telle méthode de traitement n'est pas pratiquée dans l'État membre de résidence de l'assuré social, car un tel motif, s'il était admis, impliquerait une restriction de la portée de l'article 22, paragraphe 2, second alinéa, du règlement n° 1408/71.

(...)

63. Afin d'établir si la seconde condition énoncée à l'article 22, paragraphe 2, second alinéa, du règlement n° 1408/71 est remplie, il convient de vérifier si les soins dont il s'agit peuvent, compte tenu de l'état actuel de santé de l'assuré social et de l'évolution de sa maladie, lui être dispensés dans le délai normalement nécessaire pour les obtenir dans l'État membre de résidence.

(...)

65. (...), la Cour a déjà jugé que l'article 22, paragraphe 2, second alinéa, du règlement n° 1408/71 doit être interprété en ce sens que l'autorisation à laquelle se réfère cette disposition ne peut être refusée lorsqu'il apparaît que la première condition énoncée par celle-ci est satisfaite et qu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité ne peut être obtenu en temps opportun dans l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé (voir, en ce sens, arrêts précités *Inizan*, points 45, 59 et 60, ainsi que *Watts*, points 59 à 61).

66. La Cour a précisé à cet égard que, aux fins d'apprécier si un traitement présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps utile dans l'État membre de résidence, 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 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 (arrêts précités *Inizan*, point 46, et *Watts*, point 62).

(...)

75. (...) la délivrance d'une autorisation préalable telle que celle prenant la forme du formulaire E 112 ne semble pas présenter d'utilité lorsque les soins hospitaliers ont déjà été dispensés à l'assuré social, sauf, éventuellement, dans l'hypothèse où ceux-ci n'ont pas encore été facturés à l'intéressé ou n'ont pas été acquittés. En dehors de cette hypothèse, ainsi qu'il a été dit au point 48 du présent arrêt, l'assuré social a le droit, dans un tel cas, d'obtenir directement le remboursement, par l'institution compétente, d'un montant équivalent à celui qui aurait normalement été pris en charge par cette dernière si l'autorisation avait été dûment délivrée avant le début des soins.

76. En tout état de cause, il incombe au juge national d'obliger l'institution compétente, selon les règles de procédure nationales, à prendre en charge le montant mentionné au point précédent.

77. Ce montant est égal à celui déterminé selon les dispositions de la législation à laquelle est soumise l'institution de l'État membre sur le territoire duquel ont été dispensés les soins hospitaliers (voir, en ce sens, arrêt *Vanbraekel e.a.*, précité, point 32).

(...) »

b) La décision préjudicielle dans l'affaire *Petru* (C-268/13, 9 octobre 2014, EU:C:2014:2271)[4]

60. Dans cette décision, la CJUE a dit pour droit que l'autorisation requise pour le remboursement ne peut être refusée lorsque c'est en raison d'un défaut de médicaments et de fournitures médicales de première nécessité que les soins hospitaliers dont il s'agit ne peuvent être dispensés en temps opportun dans l'État membre de résidence de l'assuré social. Cette impossibilité doit être appréciée au niveau de l'ensemble des établissements hospitaliers de cet État membre aptes à dispenser lesdits soins et au regard du laps de temps au cours duquel ces derniers peuvent être obtenus.

c) La décision préjudicielle dans l'affaire *Casa Naţională de Asigurări de Sănătate et Casa de Asigurări de Sănătate Constanţa* (C-538/19, 6 octobre 2021, EU:C:2021:809)[5]

61. Dans cette décision, la CJUE a examiné la compatibilité avec le droit européen de l'article 43 § 4 de la norme méthodologique prévue par l'arrêté n° 592/2008 (paragraphe 56 ci-dessus) selon laquelle le rapport médical qui devait être établi aux fins de la procédure d'autorisation devait être dressé par un médecin d'un hôpital lié par des relations contractuelles avec une caisse d'assurance en Roumanie, la possibilité de faire valoir l'avis médical émis par un médecin étranger n'étant pas prévue. La CJUE a rappelé que la personne assurée est en droit d'obtenir directement le remboursement, par l'institution compétente, d'un montant équivalent à celui qui aurait normalement été pris en charge par cette dernière si cette personne avait disposé d'une telle autorisation, lorsque, pour des raisons liées à son état de santé ou à la nécessité de recevoir des soins en urgence dans un établissement hospitalier, elle a été empêchée de solliciter une telle autorisation ou n'a pu attendre la décision de l'institution compétente sur la demande d'autorisation présentée (point 39 de la décision préjudicielle).

62. Elle a aussi dit pour droit que l'article 20 du règlement (CE) n° 883/2004 (paragraphe 57 ci-dessus), lu à la lumière du principe de la libre circulation des services, doit être interprété en ce sens que la personne assurée qui a reçu, dans un État membre autre que celui de sa résidence, un traitement figurant parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre de résidence, a droit au remboursement intégral des frais de ce traitement, dans les conditions prévues par ce règlement, lorsque cette personne n'a pas pu obtenir une autorisation de l'institution compétente, conformément à l'article 20, paragraphe 1, dudit règlement, au motif que, bien que le diagnostic et la nécessité de la mise en œuvre urgente d'un traitement aient été confirmés par un médecin relevant du régime d'assurance maladie de

[4] CURIA - Liste des résultats (europa.eu)
[5] CURIA - List of results (europa.eu)

l'État membre de sa résidence, ce médecin lui avait prescrit un traitement différent de celui que ladite personne a choisi conformément à un second avis médical émis par un médecin d'un autre État membre, lequel traitement, à la différence du premier, n'engendrait pas de handicap.

GRIEF

63. Invoquant les articles 2 et 6 de la Convention, le requérant se plaint de n'avoir pu obtenir le remboursement intégral des frais qu'il avait engagés pour les soins médicaux reçus en Autriche. Il reproche aux autorités nationales de ne pas avoir examiné avec bonne foi sa demande de remboursement et de ne pas avoir rempli leur obligation procédurale de mener une enquête effective. Il ajoute que les tribunaux ont fait peser sur lui au cours de la procédure une charge disproportionnée en ce qu'on lui demandait d'établir par des preuves la nature exacte du protocole médical qu'il aurait pu suivre en Roumanie.

EN DROIT

64. La Cour, maîtresse de la qualification juridique des faits de la cause (*Radomilja et autres c. Croatie* [GC], n°s 37685/10 et 22768/12, §§ 114 et 126, 20 mars 2018), estime opportun, compte tenu de ce que le requérant se plaint de l'impossibilité d'obtenir le remboursement intégral du coût des soins transfrontaliers, d'examiner l'ensemble de ses allégations sous l'angle de l'article 1 du Protocole n° 1 à la Convention (voir, par exemple et *mutatis mutandis*, *Béláné Nagy c. Hongrie* [GC], n° 53080/13, § 46, 13 décembre 2016), lequel se lit comme suit :

> « Toute personne physique ou morale a droit au respect de ses biens. Nul ne peut être privé de sa propriété que pour cause d'utilité publique et dans les conditions prévues par la loi et les principes généraux du droit international.
>
> Les dispositions précédentes ne portent pas atteinte au droit que possèdent les États de mettre en vigueur les lois qu'ils jugent nécessaires pour réglementer l'usage des biens conformément à l'intérêt général ou pour assurer le paiement des impôts ou d'autres contributions ou des amendes. »

A. Arguments des parties

1. Le Gouvernement

65. Le Gouvernement soutient que le requérant n'a, quant à sa prétention au remboursement intégral de la somme qu'il a payée pour les soins médicaux transfrontaliers qu'il a reçus, ni un « bien » ni une « espérance légitime » en vertu de la législation nationale et/ou européenne. En effet, le droit au remboursement intégral des coûts des soins transfrontaliers était soumis à des conditions que l'intéressé n'avait pas satisfaites, comme l'ont d'ailleurs

constaté les juridictions nationales. L'article 1 du Protocole n° 1 ne trouverait donc pas à s'appliquer.

2. Le requérant

66. Le requérant, quant à lui, estime qu'au regard de la législation européenne il avait droit au remboursement intégral de la somme qu'il avait dépensée pour les soins qui lui avaient été prodigués à l'étranger. Il met en avant la demande de remboursement qu'il avait adressée au ministère de la Santé le 18 janvier 2019 (paragraphe 8 ci-dessus). Il considère que les autorités judiciaires ont fait peser sur lui une charge déraisonnable lorsqu'elles lui ont reproché de ne pas avoir établi par des preuves la nature exacte du traitement chirurgical qui lui avait été proposé en Roumanie, l'empêchant ainsi de prouver les conditions requises par la loi.

B. Appréciation de la Cour

1. Principes généraux

67. La notion de « bien » au sens de l'article 1 du Protocole n° 1 a une portée autonome qui ne se limite pas à la propriété de biens corporels et qui est indépendante des qualifications formelles du droit interne : certains autres droits et intérêts constituant des actifs peuvent aussi passer pour des « droits de propriété » et donc des « biens » aux fins de cette disposition (*Béláné Nagy*, précité, § 73).

68. La Cour rappelle la jurisprudence constante des organes de la Convention selon laquelle des « biens » au sens de l'article 1 du Protocole n° 1 peuvent être soit des « biens existants », soit des valeurs patrimoniales, y compris des créances, pour lesquelles un requérant peut prétendre avoir au moins une « espérance légitime » de les voir concrétiser. En revanche, n'est pas un « bien » au sens de l'article 1 du Protocole n° 1 à la Convention une créance conditionnelle qui se trouve caduque par suite de la non-réalisation de la condition (*Gratzinger et Gratzingerova c. République tchèque* (déc.) [GC], n° 39794/98, § 69, CEDH 2002-VII ; voir aussi, en matière de prestations sociales, *Fedulov c. Russie*, n° 53068/08, § 68, 8 octobre 2019, *Rasmussen c. Pologne*, n° 38886/05, § 71, 28 avril 2009, et *Bellet, Huertas et Vialatte c. France* (déc.), n° 40832/98, 27 avril 1999).

69. De plus, on ne peut conclure à l'existence d'une « espérance légitime » lorsqu'il y a controverse sur la façon dont le droit interne doit être interprété et appliqué et que les arguments développés par le requérant à cet égard sont en définitive rejetés par les juridictions nationales (*Kopecký c. Slovaquie* [GC], n° 44912/98, § 50, CEDH 2004-IX). En revanche, un intérêt patrimonial reconnu par le droit interne – même s'il est révocable dans certaines circonstances – peut s'analyser en un « bien » au sens de l'article 1 du Protocole n° 1 (*Béláné Nagy*, précité, § 75, et *Beyeler c. Italie* [GC],

n° 33202/96, § 105, CEDH 2000-I). Pour qu'il puisse faire reconnaître un bien constitué par une espérance légitime, un requérant doit jouir d'un droit sanctionnable qui doit véritablement constituer un intérêt patrimonial substantiel suffisamment établi au regard du droit national (*Béláné Nagy*, précité, § 79).

2. Application de ces principes au cas d'espèce

70. Eu égard aux faits de l'espèce, la question qui se pose est celle de savoir si le requérant disposait d'un intérêt patrimonial substantiel à recevoir le remboursement intégral du coût des soins transfrontaliers pour bénéficier de la protection de l'article 1 du Protocole n° 1 à la Convention.

71. La Cour note d'abord que le requérant avait cotisé au système de santé, un fait qui n'a aucunement été contesté en l'espèce. Elle observe aussi que le requérant a obtenu le remboursement partiel des frais médicaux liés à l'intervention chirurgicale, à hauteur du montant maximal du remboursement auquel il aurait pu prétendre si le traitement avait été effectué en Roumanie (paragraphe 13 ci-dessus).

72. Elle note ensuite qu'il découle des dispositions légales applicables que le requérant, qui avait acquitté sa contribution au système de santé, avait un droit sanctionnable, reconnu par la législation interne, à une prestation sociale, à savoir en l'espèce au remboursement intégral des frais encourus pour des soins réalisés à l'étranger. L'exercice d'un tel droit était toutefois soumis à certaines conditions : pour y prétendre, l'assuré devait soit obtenir une autorisation préalable (ou, en cas de refus d'une telle autorisation, obtenir l'annulation du refus), soit prouver que pour une raison de force majeure, c'est-à-dire une raison liée à son état de santé ou à la nécessité de recevoir des soins hospitaliers en urgence, il avait été empêché de solliciter une telle autorisation ou, l'ayant sollicitée, n'avait pu attendre que l'institution compétente eût rendu sa décision à cet égard (paragraphes 54, et 56 à 59 ci-dessus). En effet, l'article 46 de l'arrêté n° 592/2008 disposait que le formulaire E 112, normalement établi dans le cadre d'une demande d'accord préalable, pouvait être délivré après le départ du bénéficiaire à l'étranger si, pour une raison de force majeure, ledit formulaire n'avait pas pu être délivré à l'avance (paragraphe 56 ci-dessus). Si ces conditions n'étaient pas remplies, et donc en l'absence de force majeure, l'intéressé ne pouvait bénéficier du remboursement des frais engagés qu'à concurrence du coût qu'auraient représenté des soins équivalents reçus en Roumanie (paragraphe 54 ci-dessus).

73. Il s'agissait donc, selon le droit interne, d'une créance conditionnelle pour bénéficier du remboursement intégral du coût des soins transfrontaliers. Il convient de rechercher si le requérant avait rempli ces conditions en l'espèce.

74. S'agissant de la condition d'avoir obtenu une autorisation préalable, la Cour relève qu'en vertu de la législation nationale applicable, l'intéressé

devait présenter une demande à la caisse d'assurance maladie auprès de laquelle il était assuré (paragraphe 56 ci-dessus). Or, en l'espèce, le requérant n'avait pas formulé une telle demande auprès des autorités compétentes avant son départ à l'étranger. Il a d'ailleurs indiqué devant le tribunal départemental qu'en raison de l'urgence et de la gravité de sa maladie, il n'avait pas fait de démarches afin d'obtenir le formulaire E 112 avant son départ à l'étranger (paragraphe 15 *in fine* ci-dessus). S'il est vrai que l'intéressé avait adressé avant son départ à l'étranger une demande d'aide au ministère de la Santé (paragraphe 8 ci-dessus), il n'en demeure pas moins que cette institution n'était pas compétente pour statuer sur sa demande (paragraphe 29 ci-dessus).

75. Reste à savoir si le requérant avait rempli la condition alternative prévue par la loi pour obtenir un remboursement intégral du coût des soins, à savoir s'être trouvé dans une situation de force majeure justifiant la délivrance du formulaire E 112 après la réalisation des soins (paragraphe 72 ci-dessus).

76. À cet égard, la Cour observe que, devant les juridictions nationales, le requérant a invoqué l'impossibilité où il se serait trouvé, du fait de l'urgence et de son état de santé, de demander une autorisation préalable (paragraphe 15 ci-dessus). Elle note par ailleurs qu'il a fait valoir que le traitement qui lui avait été proposé en Roumanie, contrairement à celui dont il avait bénéficié en Autriche, était handicapant (paragraphe 18 ci-dessus). Or, en examinant les arguments de l'intéressé à la lumière de la législation applicable, les juridictions nationales ont considéré que ni les éléments qu'il avait soumis ni ceux que le tribunal départemental avait recueillis ne prouvaient l'existence d'une situation de force majeure telle qu'elle aurait empêché l'intéressé de solliciter une autorisation préalable (paragraphe 32 ci-dessus). Afin de statuer sur l'existence ou non d'une situation de force majeure, le tribunal départemental, prenant en compte des critères établis dans la jurisprudence de la CJUE invoquée par le requérant, a en effet jugé que ce dernier n'avait pas établi la nature du protocole médical qui lui avait été proposé en Roumanie par des preuves qui permissent à cette juridiction de se prononcer sur l'efficacité du traitement et sur son caractère éventuellement handicapant (paragraphes 35 et 36 ci-dessus). En outre, le tribunal départemental, se référant à la réponse qu'il avait reçue de l'Institut, a considéré que l'intervention chirurgicale n'avait pas le caractère d'une urgence chirurgicale (paragraphe 32 ci-dessus).

77. Certes, l'arrêt définitif de la cour d'appel n'a pas été rendu à l'unanimité, l'une des juges de la formation de jugement ayant estimé qu'il ressortait de l'ensemble de l'affaire et des présomptions que le requérant s'était trouvé dans l'impossibilité de demander l'autorisation préalable et qu'il y avait urgence au sens de la jurisprudence de la CJUE (paragraphes 47-50 ci-dessus). Toutefois, cette opinion séparée n'a pas autorité de chose jugée et n'investit pas le requérant d'un droit exécutoire à obtenir remboursement de la somme sollicitée.

78. Eu égard aux informations dont elle dispose et considérant qu'elle ne peut que de façon limitée connaître des erreurs de fait ou de droit prétendument commises par les juridictions internes, auxquelles il revient au premier chef d'interpréter et d'appliquer le droit interne (*Kopecký*, précité, § 56, CEDH 2004-IX, et *García Ruiz c. Espagne* [GC], nº 30544/96, § 28, CEDH 1999-I), la Cour n'aperçoit aucune apparence d'arbitraire dans la manière dont le tribunal départemental et la cour d'appel ont statué sur la demande du requérant (voir aussi *Mitkova c. l'ex-République yougoslave de Macédoine*, nº 48386/09, §§ 68-70, 15 octobre 2015). Rien ne permet donc à la Cour de s'écarter des conclusions desdites juridictions sur la question de savoir si le requérant avait ou non satisfait à la condition en cause.

79. La Cour note enfin l'argument par lequel le requérant considère qu'il se trouvait dans l'impossibilité d'établir par des preuves la nature du protocole qui lui avait été proposé en Roumanie, circonstance qui affectait selon lui sa capacité à prouver son action (paragraphe 66 ci-dessus). Elle estime que la détermination de la charge de la preuve est en effet un aspect important en l'espèce, compte tenu de l'objet très technique de l'affaire et de ce qu'afin de rendre leur jugement, les tribunaux avaient besoin d'informations relevant des domaines de spécialité pertinents pour l'affaire. Ce point devait donc être examiné dans le cadre d'un débat contradictoire aboutissant à une conclusion motivée (voir, *mutatis mutandis*, *Avotiņš c. Lettonie* [GC], nº 17502/07, § 121, 23 mai 2016).

80. À cet égard, la Cour note d'abord que le requérant a eu la possibilité, tout au long de la procédure qui s'est déroulée devant les juridictions roumaines, de présenter son interprétation des faits ainsi que de la législation qu'il estimait applicable en l'espèce et de soumettre aux juges la solution qu'il considérait comme la plus adéquate à la question juridique soulevée par la présente affaire (paragraphes 15, 18 et 40 ci-dessus). De même, il a versé au dossier les documents médicaux dont il disposait en expliquant la manière dont ces pièces prouvaient selon lui le caractère d'urgence de la situation dans laquelle il s'était trouvé et la force majeure (paragraphes 16, 18 et 40 *in fine* ci-dessus). La Cour note aussi que le tribunal départemental avait fait des démarches auprès de l'Institut afin d'obtenir des informations qu'il estimait pertinentes pour l'issue de l'affaire (paragraphes 23 et 24 ci-dessus) et que celui-ci lui a répondu (paragraphe 25 ci-dessus). Le droit roumain, qui garantit le droit à une procédure contradictoire, offrait au requérant, après qu'il eut pris connaissance de la réponse de l'Institut, une possibilité tout à fait réaliste de demander au tribunal de solliciter à nouveau l'Institut pour obtenir un complément de réponse ; or le requérant n'y a pas eu recours (paragraphe 26 ci-dessus). Dès lors, la procédure mise en place permettait à l'intéressé de rassembler les preuves pour essayer de prouver son action.

81. La Cour observe aussi que le requérant a argué devant la juridiction de recours de l'impossibilité où il se serait trouvé de fournir un document médical apte à prouver la nature de la méthode thérapeutique qui lui avait été

proposée en Roumanie (paragraphe 40 ci-dessus), et que ladite juridiction a répondu à cet argument de manière détaillée. La cour d'appel a ainsi rappelé le principe de la disponibilité des parties et celui du rôle limité du juge dans l'instruction des preuves (paragraphes 43 et 44 ci-dessus), tout en notant que le tribunal départemental avait instruit d'office des preuves sans toutefois rompre l'équilibre entre les parties dans la procédure (paragraphe 43 ci-dessus).

3. Conclusion

82. La Cour estime qu'en l'espèce la créance de remboursement intégral du requérant était dès le départ une créance conditionnelle et que l'intéressé savait, ou au moins aurait dû savoir, que le remboursement intégral des soins en l'absence d'autorisation préalable n'était possible qu'à la condition que fût prouvée la force majeure. La question de la réunion par l'intéressé des exigences légales devait être tranchée dans le cadre de la procédure judiciaire à venir ; or les tribunaux ont en définitive jugé non remplies dans son cas les conditions prévues par la loi (voir la jurisprudence citée au paragraphe 69 ci-dessus ; voir également, *mutatis mutandis*, *Romanazzi et autres c. Italie* (déc.), n° 18931/09, §§ 42-44, 4 novembre 2014, et *Eólica de S. Julião, Lda c. Portugal*, n° 33545/14, §§ 87-95, 16 janvier 2024). Dès lors, la Cour considère qu'au moment où il a introduit sa demande tendant au remboursement intégral du coût des soins, le requérant ne disposait pas d'un intérêt patrimonial substantiel appelant la protection de l'article 1 du Protocole n° 1 et que les garanties de cette disposition ne trouvent pas à s'appliquer en l'espèce (*Mitkova*, précité, § 71).

83. Partant, il y a lieu d'accueillir l'exception soulevée par le Gouvernement et de déclarer la requête irrecevable pour incompatibilité *ratione materiae* avec les dispositions de la Convention conformément à l'article 35 §§ 3 a) et 4 de la Convention.

Par ces motifs, la Cour, à la majorité,

Déclare la requête irrecevable.

Fait en français puis communiqué par écrit le 27 mai 2025.

Simeon Petrovski Greffier adjoint	Lado Chanturia Président