

La fixation de plafonds de remboursement par les dispositions d'exécution, dans le but de sauvegarder l'équilibre financier du régime d'assurance maladie, ne constitue pas une violation de l'article 72 du statut, pour autant qu'en établissant ces plafonds les institutions communautaires respectent le principe de couverture sociale qui inspire cet article.

2. Dans le cadre d'un recours introduit en vertu de l'article 91 du statut, le Tribunal n'est compétent que pour contrôler la légalité d'un acte faisant grief au requérant et ne saurait, en l'absence d'une mesure d'application particulière, se prononcer dans l'abstrait sur la légalité d'une norme à caractère général.

3. Le principe d'égalité de traitement impose aux institutions communautaires l'obligation d'agir en vue de remédier à une situation d'inégalité touchant les bénéficiaires du régime commun d'assurance maladie qui, dans certains États membres, supportent le coût de prestations médicales plus onéreuses.

Toutefois, les institutions ne sauraient être tenues de procéder à un relèvement immédiat des remboursements accordés aux fonctionnaires concernés, d'autant plus que l'équilibre financier du régime doit être sauvegardé. Il leur appartient, en revanche, de se concerter, avec toute la diligence nécessaire, aux fins d'une révision appropriée de la réglementation relative à la couverture des risques de maladie, qui garantisse le respect du principe d'égalité de traitement.

ARRÊT DU TRIBUNAL (quatrième chambre)
12 juillet 1991 *

Dans l'affaire T-110/89,

Giorgio Pincherle, fonctionnaire de la Commission des Communautés européennes, demeurant à Bruxelles, représenté par M^c Giuseppe Marchesini, avocat près la Cour de cassation d'Italie, ayant élu domicile à Luxembourg en l'étude de M^c Ernest Arendt, 4, avenue Marie-Thérèse,

partie requérante,

soutenu par

* Langue de procédure: l'italien.

Unione sindacale Euratom Ispra,

Sindacato ricerca della Confederazione generale italiana del lavoro,

Sindacato ricerca dell'Unione italiana del lavoro,

Sindacato ricerca della Confederazione italiana sindacati liberi,

organisations syndicales de droit italien, représentées par M^e Giuseppe Marchesini, avocat près la Cour de cassation d'Italie, ayant élu domicile à Luxembourg en l'étude de M^e Ernest Arendt, 4, avenue Marie-Thérèse,

parties intervenantes,

contre

Commission des Communautés européennes, représentée initialement par M. Sergio Fabro, membre du service juridique, puis par MM. Lucio Gussetti et Guido Berardis, membres du service juridique, en qualité d'agents, ayant élu domicile à Luxembourg auprès de ce dernier, Centre Wagner, Kirchberg,

partie défenderesse,

ayant pour objet de déclarer que les plafonds de remboursement fixés dans la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes sont illégaux, en ce qu'ils violent le principe et les critères de couverture sociale inscrits à l'article 72 du statut des fonctionnaires ainsi que le principe de non-discrimination qui inspire l'ensemble du titre V du statut, et d'annuler diverses décisions concernant le remboursement au requérant de frais médicaux exposés en Italie,

LE TRIBUNAL (quatrième chambre),

composé de MM. R. Schintgen, président, D. A. O. Edward et R. García-Valdecasas, juges,

greffier: M^{me} B. Pastor, administrateur

vu la procédure écrite et à la suite de la procédure orale du 30 janvier 1991,
rend le présent

Arrêt

Les faits à l'origine du recours

- 1 Le requérant, M. Giorgio Pincherle, est chef de la division « statut » à la direction générale IX, Personnel et administration, de la Commission des Communautés européennes. En sa qualité de fonctionnaire de la Commission, M. Pincherle est affilié au régime d'assurance maladie commun aux fonctionnaires des Communautés européennes (ci-après « régime commun »). Son épouse et ses enfants bénéficient, en qualité d'assurés, de la couverture du même régime. Le lieu d'affectation de M. Pincherle est Bruxelles. Depuis quelque temps, ses enfants poursuivent leurs études en Italie où son épouse effectue, de ce fait, des séjours d'une certaine durée. C'est dans ces conditions que, spécialement en ce qui concerne les membres de sa famille, des frais médicaux sont exposés en Italie.

- 2 Au cours de l'année 1988, le requérant a présenté au bureau liquidateur de Bruxelles diverses demandes de remboursement de frais médicaux exposés en Italie pour des prestations fournies à des membres de sa famille. En réponse, le requérant a reçu trois bordereaux de liquidation, établis respectivement le 8 juin 1988, le 10 août 1988 et le 23 août 1988, de la façon suivante:
 - le bordereau n° 71 du 8 juin 1988 concerne le remboursement de frais relatifs à huit prestations médicales, qui ont été exposés en liras italiennes; dans six cas, ces frais ont été remboursés au taux de 85 %; dans deux autres cas — deux consultations de médecins spécialistes —, ils ont été remboursés par un montant de 1 072 BFR, qui était, à l'époque, le montant maximal remboursable prévu sous le point I, consultations et visites, de l'annexe I de la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes (ci-après « réglementation de couverture »). Dans ces deux derniers cas, le montant remboursé représentait, respectivement, 63 et 38 % des frais effectivement exposés;

— le bordereau n° 72 du 10 août 1988 concerne le remboursement de frais relatifs à douze prestations médicales. Les honoraires de huit d'entre elles ont été payés en liras italiennes. Huit remboursements ont été effectués au taux de 85 %, un autre au taux de 80 %; deux consultations de médecins spécialistes italiens ont été remboursées dans la limite alors prévue par l'annexe I de la réglementation de couverture, c'est-à-dire par un montant de 1 072 BFR, représentant 29 % des frais exposés; enfin, une visite effectuée à domicile par un médecin spécialiste italien a été remboursée dans la limite du plafond prévu par l'annexe I précitée, c'est-à-dire par un montant de 1 470 BFR, représentant 43 % des frais exposés;

— le bordereau n° 73 du 23 août 1988 concerne le remboursement de frais d'un montant de 1 500 000 LIT, exposés pour des soins dentaires, et de 100 000 LIT, pour les matériaux utilisés dans le cadre de ces soins. Le requérant avait présenté un devis préalable, qui avait été autorisé par le bureau liquidateur. Toutefois, ce dernier avait averti le requérant que le remboursement serait effectué dans les limites prévues par la réglementation de couverture. En application des dispositions de l'annexe I, point XV, paragraphe 2, de ladite réglementation, le bureau liquidateur a soumis ces frais à l'avis du médecin-conseil, qui a considéré comme excessifs les honoraires relatifs aux soins dentaires proprement dits et les a réduits à 850 000 LIT. Le requérant a obtenu, pour lesdits soins dentaires, un remboursement de 19 203 BFR, soit 79,73 % du montant accepté de 850 000 LIT et, pour les matériaux utilisés, un remboursement de 1 866 BFR, soit 66,55 % de la somme de 100 000 LIT qu'il avait payée.

3 Par note du 13 octobre 1988, enregistrée le 19 octobre 1988, M. Pincherle a introduit, contre les bordereaux de liquidation précités, une réclamation au titre de l'article 90, paragraphe 2, du statut des fonctionnaires des Communautés européennes (ci-après « statut »), dans laquelle il mettait en évidence les taux de remboursement susmentionnés, dont il considérait les résultats comme injustes et discriminatoires.

4 Le 23 février 1989, le comité de gestion du régime commun, saisi par l'administration en vertu de l'article 16, paragraphe 2, de la réglementation de couverture, a émis un avis n° 1/89, concernant la réclamation de M. Pincherle, dans lequel il a estimé qu'il y avait lieu de confirmer les décisions prises par le bureau liquidateur.

Cet avis a été transmis à M. Pincherle, qui n'a pas reçu d'autre réponse de l'administration à sa réclamation.

- 5 Le 23 février 1989, le comité de gestion a également émis, sur la base des articles 18, paragraphe 6, et 30 de la réglementation de couverture, un avis n° 3/89, ayant pour objet la révision de ladite réglementation. Dans cet avis, il faisait valoir que, du fait d'un déséquilibre croissant entre contributions et dépenses au sein du régime commun, un déficit d'exploitation était apparu au cours des derniers exercices et que, compte tenu des prévisions, le régime risquait d'avoir épuisé, dans une large mesure, ses excédents cumulés lors de la clôture de l'exercice 1991. Il soulignait la nécessité de prévoir, par conséquent, le rétablissement de l'équilibre entre contributions et dépenses et, à cette fin, proposait, entre autres mesures, d'augmenter la contribution des affiliés de 1,35 à 1,80 % et celle des institutions de 2,70 à 3,60 %. En même temps, il suggérait diverses modifications de la réglementation de couverture — en particulier, l'introduction dans l'annexe III, désormais intitulée « Barème pour le remboursement des soins et prothèses dentaires », de deux points A et B concernant, respectivement, les soins et les prothèses dentaires — ainsi que différentes adaptations des dispositions d'interprétation de ladite réglementation :

— en ce qui concerne les dispositions d'interprétation de l'annexe I (« Règles régissant le remboursement de frais médicaux »), partie I, points 1 et 2, il proposait que « les honoraires pour ces prestations (consultations et visites des omnipraticiens et des médecins spécialistes), exprimés en liras italiennes, soient tarifés sur la base et dans la limite d'un coefficient de 2 » ;

— en ce qui concerne les dispositions d'interprétation de l'annexe III, partie A, il proposait que les honoraires des prestations exprimés en liras italiennes soient tarifés sur la base et dans la limite d'un coefficient de 1,8 ou bien de fixer des plafonds plus élevés pour le remboursement de ces prestations.

- 6 Le 20 décembre 1990, le comité de gestion a émis un nouvel avis n° 35/90, relatif à la révision de la réglementation de couverture. Il considérait qu'il était nécessaire de relever les montants maximaux de remboursement de certaines prestations et que, dans toute la mesure du possible, ces montants devraient être fixés de telle sorte qu'au moins 90 sur 100 prestations médicales et hospitalières effectivement

prodiguées aux affiliés et à leurs ayants droit puissent être couvertes aux taux respectivement de 80 % et de 85 %, prévus par l'article 72 du statut et par la réglementation de couverture. Il relevait que le taux moyen de remboursement des prestations — à l'exception de celles pour lesquelles la réglementation prévoit un taux de remboursement de 100 % — s'était élevé en 1989: pour le bureau liquidateur de Bruxelles à 80,01 %; pour le bureau liquidateur de Luxembourg à 80,79 %; pour le bureau liquidateur d'Ispra à 72,73 %. Il était d'avis qu'en vue de respecter le principe de l'égalité de traitement les administrations des institutions devaient, dans la mesure nécessaire, arrêter, en vertu de l'article 8 de la réglementation de couverture, des coefficients pour les pays dans lesquels le coût des soins médicaux est particulièrement élevé.

La procédure

- 7 C'est dans ces conditions que, par requête déposée au greffe de la Cour le 8 mai 1989, M. Pincherle a introduit le présent recours, qui a été inscrit sous le numéro 161/89.

- 8 En vertu de l'article 14 de la décision du Conseil du 24 octobre 1988 instituant un Tribunal de première instance des Communautés européennes, la Cour, par ordonnance du 15 novembre 1989, a renvoyé l'affaire devant le Tribunal, où elle a été enregistrée sous le numéro T-110/89.

- 9 Par quatre ordonnances du 12 décembre 1989, le Tribunal a admis l'Unione sindacale Euratom Ispra, le Sindacato ricerca della Confederazione generale italiana del lavoro, le Sindacato ricerca dell'Unione italiana del lavoro et le Sindacato ricerca della Confederazione italiana sindacati liberi à intervenir à l'appui des conclusions du requérant. Les parties intervenantes ont déposé leurs observations écrites au greffe du Tribunal le 23 février 1990.

- 10 Sur rapport du juge rapporteur, le Tribunal (quatrième chambre) a décidé d'ouvrir la procédure orale sans procéder à des mesures d'instruction préalables.

11 La procédure orale s'est déroulée le 30 janvier 1991. Les représentants des parties ont été entendus en leurs plaidoiries et en leurs réponses aux questions posées par le Tribunal. La partie défenderesse a déposé le texte de l'avis n° 3/89 du comité de gestion et les parties intervenantes le texte de l'avis n° 35/90 du même comité, concernant tous deux la révision de la réglementation de couverture et mentionnés ci-avant.

12 Le requérant a conclu à ce qu'il plaise au Tribunal:

— déclarer que les plafonds de remboursement fixés en annexe à la réglementation commune du régime d'assurance maladie pour les visites, consultations médicales et soins dentaires — eu égard aux prestations fournies dans les États dans lesquels les frais exposés sont élevés — sont illégaux en ce qu'ils violent le principe et les critères de couverture sociale inscrits à l'article 72 du statut ainsi que le principe de non-discrimination qui inspire l'ensemble du titre V du statut;

— annuler les décisions par lesquelles lui ont été remboursées les prestations litigieuses, telles qu'elles résultent des bordereaux n° 72, du 10 août 1988, et n° 73, du 23 août 1988, du bureau liquidateur;

— condamner la défenderesse aux dépens.

13 La défenderesse a conclu à ce qu'il plaise au Tribunal:

— rejeter le recours;

— statuer sur les dépens comme de droit.

14 Les parties intervenantes ont conclu au soutien des conclusions de la partie requérante.

Sur le fond

- 15 A l'appui de son recours, le requérant invoque deux moyens, à savoir, d'une part, la violation de l'article 72 du statut et, d'autre part, la violation du principe général de non-discrimination inhérent, selon lui, aux dispositions du titre V du statut.
- 16 Avant de présenter l'argumentation développée par les parties, il convient de rappeler les dispositions qui constituent le cadre juridique général du présent litige.
- 17 L'article 72, paragraphe 1, du statut prévoit que le fonctionnaire, son conjoint et les personnes à sa charge sont couverts contre les risques de maladie dans la limite de 80 % des frais exposés et sur la base d'une réglementation établie d'un commun accord par les institutions des Communautés. Ce taux est relevé à 85 % pour les visites et consultations médicales, les interventions chirurgicales, les frais d'hospitalisation, l'achat de produits pharmaceutiques, les examens de laboratoire, les radiographies, les analyses et les prothèses sur prescription médicale (à l'exception des prothèses dentaires).
- 18 En exécution des dispositions de l'article 72 du statut, les institutions de la Communauté ont arrêté la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes, précitée. L'article 9, paragraphe 1, de ladite réglementation de couverture dispose que « les bénéficiaires du présent régime ont le libre choix du médecin et des établissements de soins ». Toutefois, cette réglementation de couverture fixe des plafonds pour le remboursement des frais médicaux, qui figurent à l'annexe I, pour les frais médicaux proprement dits, et à l'annexe III, pour les prothèses dentaires. En outre, le paragraphe 2 du point XV, intitulé « Divers », de l'annexe I dispose ce qui suit :

« Les frais relatifs aux traitements considérés comme non fonctionnels ou non nécessaires par le bureau liquidateur, après avis du médecin-conseil, ne donnent pas lieu à remboursement.

Les frais considérés comme excessifs par le bureau liquidateur, après avis du médecin-conseil, ne donnent pas lieu à remboursement. »

19 La réglementation de couverture a fait l'objet d'une révision, avec effet au 1^{er} janvier 1991. L'annexe III a été modifiée conformément aux propositions du comité de gestion (voir ci-avant, point 5). En outre, les dispositions d'interprétation de la réglementation ont été modifiées de la façon suivante:

— en ce qui concerne les dispositions d'interprétation de l'annexe I, partie I, points 1 et 2, celles-ci disposent désormais que

« les honoraires pour ces prestations (consultations et visites des omnipraticiens et des médecins spécialistes) exprimés en liras italiennes et en livres sterling seront tarifés sur la base et dans la limite d'un coefficient deux, en application des dispositions de l'article 8, paragraphe 1, de la réglementation »;

— en ce qui concerne les dispositions d'interprétation de l'annexe III, points A et B, celles-ci prévoient désormais différents coefficients correcteurs à la hausse pour le remboursement des soins dentaires et de certaines prothèses dentaires fixes dont les honoraires et prix sont exprimés en liras italiennes.

Quant au premier moyen, tiré de la violation de l'article 72 du statut

20 Le requérant ne conteste pas que l'article 72 du statut fixe la limite maximale du remboursement auquel le fonctionnaire et les membres de sa famille bénéficiant de la couverture du régime commun ont droit ni que ledit article 72 confie à la réglementation de couverture établie d'un commun accord par les institutions de la Communauté la détermination des modalités d'application. Toutefois, il est incontestable, à son avis, que la couverture des frais médicaux doit à tout le moins tendre à garantir un remboursement s'élevant à 80 ou 85 % des frais exposés, même s'il convient de reconnaître que les dispositions d'exécution doivent fixer certains critères quantitatifs.

21 Il relève que, même si l'imputation aux assurés d'une part modeste de la dépense s'impose progressivement dans les régimes nationaux, une gestion du système qui, en l'absence de prestations d'assistance directe, comporterait des taux de rembour-

sement très éloignés de la notion et de la finalité de « couverture sociale » serait tout à fait illégale.

- 22 Il estime que les dispositions générales d'exécution de l'article 72 du statut, à savoir la réglementation de couverture et, en l'espèce, son annexe I, doivent être considérées comme illégales chaque fois qu'elles établissent des plafonds de remboursement qui, dans les faits, sont très éloignés des taux de 80 et 85 % retenus par l'article 72 lui-même. Tel est, selon lui, le cas des remboursements contestés dans le cas d'espèce, lesquels sont compris dans une fourchette allant de 29 à 66 % des frais exposés. De tels résultats, de l'avis du requérant, mettent en cause le principe même de couverture sociale inscrit à l'article 72 du statut.
- 23 La Commission fait observer que l'article 72 du statut ne confère pas aux bénéficiaires du régime commun le droit d'obtenir un remboursement de 80 ou de 85 % selon le type de prestations effectuées. Ces taux ne représentent que la limite maximale remboursable et n'impliquent donc pas l'obligation de rembourser les affiliés et assurés dans cette proportion dans tous les cas.
- 24 La Commission ajoute que le régime commun repose sur un système de remboursement des frais médicaux qui ne peut fonctionner qu'à l'aide des contributions des assurés et qu'il ne dispose, dès lors, que de ressources limitées. Étant donné que l'intérêt général des assurés est d'obtenir le meilleur remboursement possible des frais médicaux exposés, il est nécessaire, pour parvenir à une situation optimale, que des limites soient fixées par le statut et la réglementation y afférente.
- 25 Le Tribunal estime que l'on ne peut déduire des termes de l'article 72 du statut que celui-ci octroie aux bénéficiaires du régime commun le droit d'obtenir un remboursement de 80 ou de 85 % des frais exposés selon le type de prestations effectuées. Ces taux fixent la limite maximale remboursable. Ils ne constituent pas des taux minimaux et n'impliquent donc aucune obligation de rembourser les affiliés et assurés dans la proportion de 80 ou de 85 % dans tous les cas.

- 26 Le Tribunal considère que la fixation de plafonds de remboursement par les dispositions d'exécution est conforme au statut, et cela d'autant plus que les ressources de ce régime sont limitées aux contributions des affiliés et des institutions et que l'équilibre financier du régime doit être sauvegardé.
- 27 Quant à l'argument du requérant selon lequel les plafonds de remboursement fixés par les dispositions d'exécution sont illégaux dans la mesure où, comme tel est le cas des remboursements qu'il conteste, ils sont très éloignés des taux de 80 et 85 % retenus par l'article 72 du statut, le Tribunal considère qu'à défaut de plafonds de remboursement établis par le statut, les institutions se trouvent habilitées à fixer des plafonds adéquats en respectant le principe de couverture sociale qui inspire l'article 72 du statut. En l'espèce, il y a lieu de constater que les remboursements figurant sur les bordereaux de liquidation n^{os} 71 et 72, précités, ont été effectués en majeure partie — dans 15 cas sur 20 — à raison d'un taux de 80 ou 85 %, seul un nombre limité de remboursements n'atteignant pas ce taux. En ce qui concerne le bordereau n^o 73, il convient de relever que la procédure prévue par la réglementation de couverture, et plus précisément le point XV de son annexe I, à propos des frais considérés comme excessifs, a été respectée. Les circonstances de l'espèce n'autorisent donc pas à qualifier d'illégaux ni d'injustes les plafonds fixés d'un commun accord par les institutions.
- 28 Il convient d'ajouter que le requérant et les parties intervenantes, au cours de la procédure écrite, ont rappelé que l'article 8, paragraphe 1, de la réglementation de couverture prévoit que,

« lorsque les frais exposés se rapportent à des soins prodigués à l'affilié ou à une personne assurée de son chef dans un pays où le coût des soins médicaux est particulièrement élevé et que la partie des frais non remboursés par le régime impose une lourde charge à l'affilié, un remboursement spécial peut être accordé sur la base de l'avis du médecin-conseil du bureau liquidateur compétent qui apprécie le coût des soins médicaux, soit par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'institution dont relève l'intéressé, soit par décision de ce bureau liquidateur s'il a été désigné à cet effet par ladite autorité ».

- 29 Ils ont fait valoir que ledit article 8, paragraphe 1, qui ouvre une possibilité pour remédier aux cas dans lesquels les frais médicaux exposés sont particulièrement

élevés, est cependant neutralisé par les dispositions d'interprétation de la réglementation de couverture qui, aux fins d'en préciser la portée, prévoient ce qui suit:

« Les dispositions de ce paragraphe ne sont pas, en principe, applicables aux pays de la Communauté.

La liste des pays où le coût des soins est particulièrement élevé, établie de commun accord par les chefs d'administration, comprend actuellement les pays suivants: États-Unis, Canada, Chili, Uruguay, Japon et Venezuela...

Le remboursement des frais médicaux dans ces pays sera effectué dans la limite maximale du double des plafonds de remboursement figurant aux annexes de la réglementation, sur proposition, le cas échéant, du bureau central et avis conforme du comité de gestion.

La condition de la 'lourde charge' sera réputée remplie lorsque les sommes non remboursées au titre des 'frais exposés' visées au paragraphe 1 atteignent 60 % de ces frais.

Aux fins d'application de ce paragraphe, les 'frais exposés' sont à apprécier prestation par prestation. »

30 A cet égard, le Tribunal relève que l'article 8, paragraphe 5, de la réglementation de couverture subordonne tout remboursement spécial à une demande préalable ainsi qu'à l'observation d'une procédure particulière:

« La décision relative à toute demande de remboursement spécial est prise:

— soit par l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'institution dont relève l'intéressé, sur la base d'un avis du bureau liquidateur émis conformément aux critères généraux arrêtés par le comité de gestion après consultation du conseil médical, relatifs au caractère éventuellement excessif des frais exposés;

— soit par le bureau liquidateur, sur la base des mêmes critères, s'il a été désigné à cet effet par ladite autorité. »

En l'espèce, le requérant n'a pas demandé, avant l'introduction du présent recours, à bénéficier des dispositions de l'article 8, paragraphe 1, de la réglementation de couverture. Or, dans le cadre d'un recours introduit en vertu de l'article 91 du statut, le Tribunal n'est compétent que pour contrôler la légalité d'un acte faisant grief au fonctionnaire requérant et ne saurait, en l'absence d'une mesure d'application particulière, se prononcer dans l'abstrait sur la légalité d'une norme à caractère général. Il s'ensuit dans le cas présent que, faute d'une décision individuelle relative à l'application de l'article 8, paragraphe 1, de la réglementation de couverture, le requérant et les parties intervenantes sont irrecevables à se prévaloir de l'illégalité de cette disposition.

31 Toutefois, le Tribunal estime opportun de relever que ni le libellé du statut ni celui de l'article 8, paragraphe 1, de la réglementation de couverture ne permettent de déduire que les pays de la Communauté se trouvent exclus du domaine d'application des dispositions dudit article 8, paragraphe 1. L'utilisation des termes « en principe » dans les dispositions d'interprétation y relatives permet, en effet, d'étendre l'application de l'article 8, paragraphe 1, également aux États membres de la Communauté. Le Tribunal observe, par ailleurs, que les nouvelles dispositions d'interprétation qui sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1991 prennent en considération la situation des États membres dans lesquels le coût des soins médicaux est particulièrement élevé. Ainsi qu'il a été indiqué ci-avant (voir point 19), elles ont en effet établi, aux fins de l'application de l'article 8, paragraphe 1, de la réglementation de couverture, des coefficients correcteurs à la hausse pour les remboursements de prestations de médecins, dont les honoraires sont exprimés en liras italiennes et en livres sterling, et de prestations de dentistes, dont les honoraires sont exprimés en liras italiennes. L'article 8, paragraphe 1, de la réglementation de couverture a été ainsi appliqué à des États membres de la Communauté.

32 Enfin, les parties intervenantes, se référant à l'article 72, paragraphe 3, du statut, qui dispose que « si le montant des frais non remboursés pour une période de douze mois dépasse la moitié du traitement mensuel de base du fonctionnaire ou de la pension versée, un remboursement spécial est accordé par l'autorité investie du pouvoir de nomination, compte tenu de la situation de famille de l'intéressé, sur la base de la réglementation prévue au paragraphe 1 ci-dessus », ont soutenu que ce remboursement spécial est soumis à des restrictions tellement importantes tant

dans l'article 8, paragraphe 2, de la réglementation de couverture que dans les dispositions d'interprétation y relatives, que sa fonction disparaît en pratique.

33 A cet égard, le Tribunal relève, comme il l'a fait précédemment, que, conformément à l'article 8, paragraphe 5, de la réglementation de couverture, tout remboursement spécial, y compris celui prévu à l'article 72, paragraphe 3, du statut, doit faire l'objet d'une demande préalable et est subordonné à l'observation d'une procédure particulière, ce qui n'a pas été le cas en l'espèce. Dans ces conditions, l'argument tiré par les parties intervenantes de l'illégalité des dispositions d'application de l'article 72, paragraphe 3, du statut — en particulier de l'article 8, paragraphe 2, de la réglementation de couverture — ne peut, en tout état de cause, être invoqué au soutien des conclusions du requérant, puisqu'il n'a pas trait à une illégalité entachant les décisions attaquées, et, de ce fait, est irrecevable dans le cadre d'un recours introduit sur la base de l'article 91 du statut.

34 Il s'ensuit qu'il convient d'écarter le moyen tiré de la violation de l'article 72 du statut.

Quant au second moyen, tiré de la violation du principe général de non-discrimination inhérent aux dispositions du titre V du statut

35 Le requérant relève que les dispositions du titre V du statut, intitulé « Du régime pécuniaire et des avantages sociaux du fonctionnaire », visent à garantir aux fonctionnaires des différentes institutions des rémunérations et des prestations de sécurité sociale égales, indépendamment de leur lieu d'affectation ou du lieu où ils doivent exposer des frais médicaux.

36 Ainsi, il considère qu'il est clair que les assurés qui doivent se faire soigner en Italie, où les prestations médicales sont plus onéreuses, sont défavorisés par rapport à ceux qui, en raison d'une affectation ou d'une résidence différente, peuvent recevoir les mêmes prestations selon des tarifs plus modérés; le fait que les plafonds de remboursement, valables pour tous les fonctionnaires, soient calqués sur les tarifs pratiqués par les praticiens belges entraînerait une différence de traitement en faveur de ceux qui, pour des raisons d'affectation ou de résidence, peuvent bénéfici-

cier en Belgique, ou dans d'autres États membres, de prestations médicales moins coûteuses.

- 37 La défenderesse reconnaît que, ces derniers temps, des augmentations considérables du coût de certaines prestations médicales ont été enregistrées en Italie et au Royaume-Uni; elle ajoute que c'est précisément la raison pour laquelle le bureau central a proposé au comité de gestion du régime commun d'introduire des mécanismes correcteurs pour certaines de ces prestations.
- 38 La défenderesse fait valoir que les institutions ont agi en vue de résoudre ce problème dès 1987 et qu'elles ont entrepris à cette date une révision profonde de la réglementation de couverture. Toutefois, cette révision a dû franchir un certain nombre d'étapes et de procédures institutionnelles prévues par les normes en vigueur, que les institutions ne pouvaient ignorer. En même temps, il s'est avéré nécessaire de prendre les mesures financières adéquates, qui permettraient de mettre fin au déficit d'exploitation apparu lors des derniers exercices, et, surtout, de faire face à l'augmentation des coûts provoqués par les nouvelles propositions d'augmentation des coefficients correcteurs.
- 39 Le Tribunal considère que face à une situation d'inégalité touchant les affiliés et assurés bénéficiant de la couverture du régime commun qui, dans certains États membres de la Communauté, supportent le coût de frais médicaux plus élevés, les institutions avaient l'obligation d'agir pour y porter remède. Il y a lieu, par conséquent, de définir la nature et la portée de cette obligation, en répondant à la question de savoir si l'institution défenderesse avait l'obligation de mettre immédiatement fin à une telle inégalité par un relèvement immédiat des remboursements accordés aux fonctionnaires concernés ou, si, en revanche, son obligation était limitée à se concerter avec les autres institutions aux fins d'une révision appropriée du système.
- 40 Le Tribunal considère que la première solution ne saurait être retenue dans le cadre d'un système dont les ressources sont limitées aux contributions des affiliés et des institutions et dont l'équilibre financier doit être nécessairement sauvegardé. Cela étant le cas, l'argumentation du requérant ne saurait être accueillie que s'il peut être établi que les mesures prises par l'institution défenderesse ont été tardives ou qu'elles ont été entachées d'une illégalité.

41 A cet égard, le Tribunal constate que le comité de gestion du régime commun, dans l'avis n° 3/89 qu'il a émis le 23 février 1989 (voir ci-avant, point 5), a proposé d'introduire des mécanismes correcteurs pour certaines prestations dont les honoraires sont exprimés en liras italiennes. Cet avis a constitué l'aboutissement des travaux entrepris par le comité deux ans auparavant en vue de la révision de la réglementation de couverture. Le 20 décembre 1990, le comité de gestion, dans son avis n° 35/90 (voir point 6), a proposé qu'en vue de respecter le principe de l'égalité de traitement, les administrations des institutions arrêtent, dans la mesure nécessaire, des coefficients pour les pays dans lesquels le coût des soins médicaux est particulièrement élevé. Finalement, la réglementation de couverture a fait l'objet, avec effet au 1^{er} janvier 1991, de la révision mentionnée ci-avant (voir point 19). Le Tribunal note qu'avec l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation de couverture des mesures particulières tendant à assurer l'égalité de traitement de tous les affiliés et assurés bénéficiant de la couverture du régime commun ont été introduites dans les nouvelles dispositions d'interprétation de ladite réglementation, afin de remédier au problème constitué par la distorsion existant entre les honoraires pratiqués par les médecins et les dentistes dans les différents lieux d'affectation ou de résidence des fonctionnaires communautaires et des membres de leur famille.

42 Face à cet ensemble de mesures dont le but évident est de supprimer l'inégalité qui affecte les affiliés et assurés qui, dans certains États membres de la Communauté, supportent le coût de frais médicaux plus élevés, le Tribunal estime que les institutions et, en particulier, la Commission ont fait preuve de la diligence nécessaire pour aboutir, en ce qui concerne les honoraires des médecins et dentistes, à une révision de la réglementation en cause tenant compte des exigences de remboursements dans les différents États membres de la Communauté, tout en respectant les étapes et les procédures prévues par les normes en vigueur et en arrêtant les mesures financières adéquates pour sauvegarder l'équilibre du système.

43 Par ailleurs, il faut relever que la modification d'une réglementation implique nécessairement que soit fixée la date à laquelle la réglementation modifiée prend effet. Le principe de la sécurité juridique exige que la date à partir de laquelle une disposition prend effet soit fixée avec précision. Étant donné que la nouvelle réglementation de couverture a pris effet le 1^{er} janvier 1991, elle ne saurait, en l'absence d'une disposition contraire, être appliquée avec effet rétroactif aux rembourse-

ments effectués avant cette date. Dans ces conditions, le fait que des cas analogues soient traités d'une façon différente, avant et après l'entrée en vigueur de la réglementation révisée, ne peut être considéré comme discriminatoire.

- 44 Il découle de l'ensemble des considérations qui précèdent que ce moyen doit être rejeté.

Sur les dépens

- 45 Aux termes de l'article 69, paragraphe 2, du règlement de procédure de la Cour, applicable mutatis mutandis à la procédure devant le Tribunal, toute partie qui succombe est condamnée aux dépens, s'il est conclu en ce sens. Toutefois, selon l'article 70 du même règlement, les frais exposés par les institutions dans les recours des agents des Communautés restent à la charge de celles-ci.

Par ces motifs,

LE TRIBUNAL (quatrième chambre)

déclare et arrête:

- 1) **Le recours est rejeté.**
- 2) **Chacune des parties supportera ses propres dépens.**

Schintgen

Edward

García-Valdecasas

Ainsi prononcé en audience publique à Luxembourg, le 12 juillet 1991.

Le greffier

H. Jung

Le président

R. Schintgen