

4. 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.

ARRÊT DU TRIBUNAL (cinquième chambre)
24 novembre 1993 *

Dans l'affaire T-13/93,

Roger Cordier, fonctionnaire de la Commission des Communautés européennes, demeurant à Luxembourg, représenté par M^e Jean-Noël Louis, avocat au barreau de Bruxelles, ayant élu domicile auprès de la fiduciaire Myson SARL, 1, rue Glesener,

partie requérante,

contre

Commission des Communautés européennes, représentée par M. Gianluigi Valsesia, conseiller juridique principal, en qualité d'agent, assisté de M^e Alberto Dal Ferro, avocat au barreau de Vicence, ayant élu domicile à Luxembourg auprès de M. Nicola Anecchino, membre du service juridique, Centre Wagner, Kirchberg,

partie défenderesse,

ayant pour objet, d'une part, l'annulation de la décision du bureau liquidateur de Luxembourg du 9 mars 1992, refusant au requérant le remboursement au titre du régime complémentaire des frais médicaux exposés en Belgique par son épouse, et, d'autre part, la constatation de l'illégalité des dispositions d'interprétation de l'article 9, paragraphe 1, de la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes, publiées aux *Informations administratives* du 31 décembre 1990,

* Langue de procédure: le français.

LE TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE
DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES (cinquième chambre),

composé de MM. A. Kalogeropoulos, président, R. Schintgen et
D. P. M. Barrington, juges,

greffier: M. J. Palacio González, administrateur

vu la procédure écrite et à la suite de la procédure orale du 14 septembre 1993,

rend le présent

Arrêt

Faits et cadre juridique du recours

- 1 Le requérant, M. Roger Cordier, est fonctionnaire de grade B 1 à la Commission, affecté à l'Office des statistiques à Luxembourg.

- 2 L'épouse du requérant, M^{me} Maria Rosa Cordier-Cristallo, est affiliée à titre primaire à la caisse de maladie des employés privés à Luxembourg (ci-après « CMEP »). Elle perçoit une rente d'invalidité dont le montant ne dépasse pas le plafond visé à l'article 3, point 1), de la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes (ci-après « réglementation de couverture ») et bénéficie ainsi, à titre complémentaire, de la couverture des risques de maladie par le régime d'assurance maladie commun aux institutions des Communautés européennes (ci-après « régime commun »).

- 3 Le 3 mars 1992, M^{me} Cordier a consulté le D^r S., médecin généraliste à Arlon, auquel elle a versé la somme de 490 BFR à titre de frais de consultation.

4 Lorsqu'elle a présenté la note d'honoraires à la CMEP, le remboursement lui en a été refusé au motif que, en vertu de l'article 58 de ses statuts, la CMEP ne prend pas en charge les traitements médicaux dispensés à l'étranger lorsque ceux-ci n'ont pas fait l'objet d'une autorisation préalable de son médecin-conseil et d'un médecin établi et exerçant au Luxembourg.

5 L'article 58 des statuts de la CMEP dispose:

« Les assurés ne peuvent se faire traiter à l'étranger que du consentement de leur caisse de maladie, à moins qu'il ne s'agisse des premiers soins en cas d'accident ou de maladie survenus à l'étranger. Le consentement de la caisse de maladie pour les consultations à l'étranger est subordonné à la production d'un avis motivé du médecin traitant. Le consentement de la caisse de maladie pour le traitement médical à l'étranger ou pour des prestations au Luxembourg par un professeur d'université ou un médecin y assimilé est subordonné à la production d'un certificat établi par le médecin traitant de l'assuré recommandant le traitement à l'étranger et à l'avis conforme du médecin-conseil qui pourra s'entourer de l'avis d'un médecin spécialiste. Le consentement de la caisse de maladie ne peut être refusé si le traitement n'est pas possible au Grand-Duché. »

6 Suite à ce refus, le requérant a présenté, le 9 mars 1992, la note d'honoraires précitée au bureau liquidateur du régime commun à Luxembourg afin d'obtenir, au titre du régime complémentaire dont bénéficie son épouse, le remboursement des frais médicaux exposés.

7 Par note du même jour, le bureau liquidateur du régime commun à Luxembourg a également refusé le remboursement des frais médicaux précités avec l'indication suivante: « Votre épouse est à charge à titre complémentaire. »

8 Le bénéfice de la prise en charge par le régime commun à titre complémentaire de frais médicaux s'inscrit dans le cadre juridique suivant.

L'article 72, paragraphe 1, du statut des fonctionnaires des Communautés européennes (ci-après « statut ») dispose:

« 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 après avis du comité du statut, le fonctionnaire, son conjoint, lorsque celui-ci ne peut pas bénéficier de prestations de même nature et de même niveau en application de toutes autres dispositions légales ou réglementaires, ses enfants et les autres personnes à sa charge au sens de l'article 2 de l'annexe VII, sont couverts contre les risques de maladie. »

L'article 3, de la réglementation de couverture se lit comme suit:

« Les personnes assurées du chef de l'affilié sont:

1) le conjoint de l'affilié, pour autant qu'il ne soit pas lui-même affilié au présent régime, et à la condition:

— qu'il n'exerce pas d'activité professionnelle lucrative

ou

— au cas où il exerce une telle activité ou bénéficie de revenus provenant de l'exercice d'une telle activité antérieure, qu'il soit couvert contre les mêmes risques en application de toutes autres dispositions légales ou réglementaires et que ses revenus annuels d'origine professionnelle ne soient pas supérieurs au traitement de base annuel d'un fonctionnaire de grade C 5 au premier échelon, affecté du coefficient correcteur fixé pour le pays dans lequel il perçoit ses revenus directs ou différés d'origine professionnelle, avant déduction de l'impôt;

... »

L'article 6, paragraphe 1, de la réglementation de couverture dispose:

« Lorsqu'un affilié ou une personne assurée de son chef peut prétendre à des remboursements de frais au titre d'une autre assurance maladie obligatoire, l'affilié est tenu:

a) d'en faire la déclaration auprès du bureau liquidateur;

b) de demander ou, le cas échéant, de faire demander par priorité le remboursement garanti par l'autre régime;

c) de joindre à chaque demande de remboursement introduite au titre du présent régime un relevé, accompagné de pièces justificatives, des remboursements que l'affilié ou la personne assurée de son chef a obtenus au titre de l'autre régime. »

- 9 Le 31 mars 1992, le requérant a introduit une réclamation au titre de l'article 90, paragraphe 2, du statut, enregistrée au secrétariat général de la Commission le 24 avril 1992, dans laquelle il demandait le retrait de la décision attaquée, le remboursement par le régime commun des frais exposés par son épouse lors de la consultation médicale en Belgique et, à titre subsidiaire, le retrait de la disposition d'interprétation relative à l'article 9, paragraphe 1, de la réglementation de couverture.
- 10 Lors d'une réunion qui s'est tenue le 1^{er} juillet 1992, le groupe interservices de la Commission a examiné la réclamation du requérant en sa présence, sans pouvoir parvenir à un règlement amiable du différend.
- 11 Le 12 août 1992, le président du comité de gestion du régime commun d'assurance maladie (ci-après « CGAM ») a informé le requérant que, lors de la délibération du 15 juillet 1992 sur sa réclamation, le CGAM n'était parvenu à émettre un avis à la

majorité requise ni en faveur d'une proposition tendant à la confirmation de la décision du bureau liquidateur, accompagnée d'un considérant sur le problème des dispositions d'interprétation, ni en faveur d'une proposition tendant à la confirmation pure et simple de ladite décision, avec mention faite au procès-verbal du problème de fond posé par lesdites dispositions d'interprétation.

- 12 Le 4 novembre 1992, le directeur général du personnel et de l'administration de la Commission a communiqué au requérant la décision prise par la Commission le 28 octobre 1992, portant rejet explicite de sa réclamation dans les termes suivants: « Au vu de la carence dont l'épouse du réclamant a fait preuve en ne suivant pas les règles procédurales de la caisse primaire, la Commission ne peut réserver une suite favorable à la réclamation de M. Cordier. »

Procédure

- 13 C'est dans ces conditions que, par requête déposée au greffe du Tribunal le 3 février 1993, le requérant a introduit le présent recours.
- 14 Par lettre du 27 avril 1993, le requérant a informé le Tribunal qu'il renonçait à déposer un mémoire en réplique.
- 15 Sur rapport du juge rapporteur, le Tribunal (cinquième chambre) a décidé d'ouvrir la procédure orale sans procéder à des mesures d'instruction préalables.
- 16 Les parties ont été entendues en leurs plaidoiries et en leurs réponses aux questions posées par le Tribunal à l'audience du 14 septembre 1993.

Conclusions des parties

17 Le requérant conclut à ce qu'il plaise au Tribunal:

— dire pour droit que les dispositions d'interprétation de la réglementation de couverture, publiées aux *Informations administratives* du 31 décembre 1990, sont illégales en ce qu'elles limitent le principe du libre choix, tel qu'énoncé à l'article 9 de ladite réglementation;

— en conséquence déclarer et arrêter:

1) la décision du bureau liquidateur du régime commun à Luxembourg du 9 mars 1992, refusant le remboursement de la somme de 490 BFR exposée par l'épouse du requérant en couverture des honoraires payés le 3 mars 1992 au D^r S., est annulée;

2) la décision du bureau liquidateur du régime commun refusant à l'épouse du requérant le remboursement selon ses règles est annulée;

3) l'affaire est renvoyée à la Commission pour qu'une nouvelle décision de remboursement soit adoptée;

4) la partie défenderesse est condamnée aux dépens.

La Commission conclut à ce qu'il plaise au Tribunal:

1) rejeter le recours comme étant non fondé;

2) statuer sur les dépens comme de droit.

Sur le fond

- 18 A l'appui de son recours, le requérant invoque deux moyens tirés, en premier lieu, de la violation de l'article 72, paragraphe 1, du statut et de l'article 6, paragraphe 1, de la réglementation de couverture et, en second lieu, de la violation de l'article 9, paragraphe 1, de la réglementation de couverture et de l'illégalité des dispositions d'interprétation de la réglementation de couverture.
- 19 Le Tribunal relève que, à l'audience, le requérant a précisé qu'il a attaqué la décision litigieuse parce qu'il estime que, étant fondé sur des statuts incompatibles avec le principe du libre choix du médecin, le refus, opposé par la caisse de maladie à laquelle est affiliée son épouse en raison de sa propre activité professionnelle, de prendre en charge les frais médicaux qu'elle a exposés en Belgique lui ouvre droit à la couverture des risques de maladie par le régime commun, à titre complémentaire. A cet égard, il fait valoir que, le fait pour son conjoint d'être obligé d'effectuer certaines démarches pour consulter un médecin à l'étranger a pour conséquence qu'il ne bénéficie pas, en application d'autres dispositions légales ou réglementaires, de prestations de même nature et de même niveau que celles auxquelles peut prétendre un fonctionnaire.
- 20 La défenderesse fait valoir que la décision de refus de remboursement des frais médicaux de l'épouse du requérant ne concerne pas la question du libre choix du médecin, mais est uniquement basé sur la circonstance qu'elle n'a pas respecté la procédure imposée par sa caisse pour les consultations médicales à l'étranger.
- 21 Au vu de la connexité que présentent les moyens soulevés par le requérant, le Tribunal estime opportun de les examiner conjointement.

Arguments des parties

- 22 Le requérant soutient, en premier lieu, que les dispositions de l'article 72, paragraphe 1, du statut énoncent un principe général selon lequel le conjoint d'un

fonctionnaire, qui ne peut bénéficier par ailleurs, en matière d'assurance maladie, de prestations de même nature et de même niveau, jouit de plein droit des mêmes avantages que ceux qui sont accordés aux fonctionnaires, dans la limite de 80 % des frais exposés. La réglementation de couverture, qui fixe les conditions dans lesquelles la couverture des risques de maladie est accordée, devrait être interprétée à la lumière de ce principe.

- 23 A cet égard, le requérant soutient que la consultation d'un médecin établi en dehors du territoire luxembourgeois fait partie des prestations remboursables au titre de la réglementation de couverture. Dès lors, selon le requérant, le bureau liquidateur du régime commun était tenu de prendre en charge, à titre complémentaire, les frais exposés par son épouse, conformément à l'article 72, paragraphe 1, du statut, qui prévoit, selon lui, que les conjoints des fonctionnaires doivent bénéficier en matière d'assurance maladie des mêmes avantages que les fonctionnaires eux-mêmes, même si ce n'est qu'au titre de la complémentarité. Le requérant estime que la notion de complémentarité ne saurait être limitée aux seules prestations remboursées par un régime primaire, mais doit s'étendre, selon les règles propres à la réglementation de couverture, à tous les frais médicaux, qu'ils soient ou non remboursés par un régime primaire.
- 24 Dans ce contexte, le requérant affirme que son épouse a respecté les dispositions de l'article 6, paragraphe 1, de la réglementation de couverture du fait qu'elle a d'abord demandé le remboursement des dépenses médicales encourues à sa caisse de maladie, la CMEP, qui le lui a refusé au motif que ses statuts ne permettent le remboursement de frais médicaux exposés à l'étranger que sous certaines conditions.
- 25 Le requérant rappelle, en second lieu, que l'article 9, paragraphe 1, de la réglementation de couverture dispose: « Les bénéficiaires du présent régime ont le libre choix du médecin et des établissements de soins. »
- 26 En refusant le remboursement des frais médicaux exposés par son épouse à l'occasion de la consultation d'un médecin librement choisi par elle, le bureau liquida-

teur lui aurait ainsi refusé cette faculté de choix. Cette interprétation par le bureau liquidateur des règles du régime commun entraînerait une discrimination entre les conjoints des fonctionnaires suivant qu'ils exercent une activité professionnelle ou non. En effet, les conjoints qui n'exercent pas d'activité rémunérée bénéficieraient des mêmes dispositions que le fonctionnaire du chef duquel ils sont assurés et pourraient choisir librement leur médecin, tandis que les conjoints exerçant une activité rémunérée et affiliés à la CMEP se verraient interdire la consultation d'un médecin à l'étranger.

- 27 Le requérant ajoute que l'interprétation du bureau liquidateur du régime commun à Luxembourg, selon laquelle le remboursement, à titre complémentaire, des frais médicaux exposés à l'étranger n'est dû que lorsque les règles du régime d'assurance maladie national ont été respectées, a pour conséquence de priver un conjoint de fonctionnaire affilié à titre primaire à la CMEP de tout remboursement.
- 28 En troisième lieu, le requérant relève que les dispositions d'interprétation de la réglementation de couverture publiées aux *Informations administratives* du 31 décembre 1990 précisent, à propos de l'article 9, paragraphe 1, de la réglementation de couverture, précitée, garantissant le libre choix du médecin, que « le libre choix ne s'applique au bénéficiaire de la complémentarité que si le régime primaire le permet ».
- 29 Or, rappelle le requérant, selon une jurisprudence établie du Tribunal et de la Cour (arrêt du Tribunal du 14 décembre 1990, Brems/Conseil, T-75/89, Rec. p. II-899, confirmé par l'arrêt de la Cour du 7 mai 1992, Conseil/Brems, C-70/91 P, Rec. p. I-2973), une disposition générale d'exécution ne peut avoir pour effet de restreindre le champ d'application d'une disposition statutaire ou de méconnaître l'objectif du statut.
- 30 Le requérant en déduit que le bureau liquidateur ne saurait fonder sa décision de refus de remboursement sur la disposition d'interprétation précitée, qu'il prétend être contraire à l'article 9, paragraphe 1, de la réglementation de couverture comme limitant le libre choix du médecin et, partant, être illégale.

- 31 En dernier lieu, le requérant invoque à l'appui de son argumentation un jugement rendu par le Tribunal administratif de l'Organisation internationale du travail (ci-après « TAOIT ») le 8 janvier 1988, dans l'affaire Boland/Eurocontrol (jugement n° 924, Recueil de la 65^e session), dans lequel le TAOIT a considéré, en application de textes statutaires et réglementaires identiques à ceux des institutions des Communautés européennes, que, « aux termes de l'article 3, paragraphe 1, sous b), du règlement n° 10, au cas où une personne couverte par le régime d'assurance maladie de l'Organisation peut prétendre à des remboursements de frais au titre d'une assurance maladie obligatoire, elle est tenue 'de demander ..., par priorité, le remboursement garanti par l'autre régime'. En l'occurrence, cette demande a été faite, mais elle s'est heurtée à une fin de non-recevoir en raison de ce que la caisse luxembourgeoise subordonne la prise en charge à des conditions incompatibles avec le libre choix du médecin, tel qu'il est garanti par l'article 5 du règlement n° 10 d'Eurocontrol à tous les 'bénéficiaires' du régime d'assurance maladie, c'est-à-dire, selon l'article 2 du même règlement, non seulement aux affiliés, mais encore aux 'personnes assurées de leur chef', y compris le conjoint qui se trouve dans l'une des conditions précisées par le paragraphe 2 du même article ».
- 32 La défenderesse soutient, tout d'abord, que la finalité de l'article 72, paragraphe 1, du statut et celle de la réglementation de couverture consistent à garantir au conjoint d'un fonctionnaire, placé dans des conditions identiques, une couverture médicale équivalente à celle de l'affilié lui-même. Cet objectif serait atteint, dans le cas d'un conjoint de fonctionnaire exerçant une activité lucrative, par le biais de l'intervention du régime commun à titre complémentaire.
- 33 La défenderesse fait observer que l'intervention du régime commun est néanmoins subordonnée à la condition que le conjoint ait demandé prioritairement le remboursement de ses frais médicaux à sa propre caisse de maladie, selon la procédure prévue par celle-ci. Le caractère indispensable de cette condition découlerait clairement de l'interprétation téléologique de l'article 72, paragraphe 1, du statut et des articles 3 et 6 de la réglementation de couverture.
- 34 A cet égard, la défenderesse souligne que, si le conjoint pouvait obtenir l'intervention du régime commun sans prouver qu'il a régulièrement suivi la procédure prévue par sa propre caisse de maladie, cela impliquerait un risque de double couverture contraire à l'article 72 du statut et à la jurisprudence de la Cour, qui,

dans son arrêt du 8 mars 1988, Brunotti/Commission (339/85, Rec. p. 1379), a jugé: « Il résulte de ces dispositions (article 72, paragraphe 1 du statut) que les auteurs du statut se sont fondés sur l'idée que le domaine de l'assurance maladie des fonctionnaires et des membres de leur famille devrait être délimité de façon à éviter, dans la mesure du possible, des doubles couvertures contre les risques de maladie. »

- 35 Or, en l'espèce, souligne la défenderesse, l'épouse du requérant n'a pas respecté les règles procédurales de sa propre caisse de maladie, en omettant de demander au préalable l'accord de celle-ci en vue d'une consultation médicale à l'étranger. La défenderesse, qui ne conteste pas que la notion de complémentarité s'étend, selon les règles du régime commun, à tous les frais médicaux, qu'ils soient ou non remboursés par un régime primaire, en déduit que, bien qu'ayant vocation à bénéficier de la couverture de régime commun à titre complémentaire, l'épouse du requérant ne peut prétendre au remboursement de ses dépenses par celui-ci, alors qu'elle s'est placée volontairement en dehors des conditions lui permettant d'obtenir son intervention à titre complémentaire. La défenderesse ajoute qu'une prise en charge par le régime commun dans un tel cas ne saurait être acceptable pour un régime dont l'équilibre financier doit être soigneusement sauvegardé.
- 36 La défenderesse soutient, ensuite, que le refus de remboursement des frais médicaux exposés par l'épouse du requérant n'est pas motivé par le fait qu'elle a choisi un médecin exerçant en dehors du territoire luxembourgeois, mais par le fait qu'elle n'a pas respecté la procédure imposée par sa caisse de maladie.
- 37 Tout en insistant sur le fait que la question du libre choix du médecin demeure étrangère au présent litige, la défenderesse relève que le moyen tiré de l'illégalité des dispositions d'interprétation du 31 décembre 1990 relatives à l'article 9 de la réglementation de couverture est devenu sans objet, la Commission ayant publié de nouvelles dispositions d'interprétation dans les *Informations administratives* du 15 janvier 1993, qui se lisent comme suit: « Le libre choix ne s'applique aux bénéficiaires de la complémentarité qu'après avoir fait recours aux possibilités du régime primaire. »

- 38 La défenderesse soutient, en outre, que, en imposant au conjoint d'un fonctionnaire le respect des règles de sa propre caisse de maladie avant de pouvoir bénéficier de l'intervention du régime commun à titre complémentaire, l'article 72 du statut et la réglementation de couverture visent à éviter une double couverture au bénéfice dudit conjoint et ne méconnaissent donc aucunement les principes de non-discrimination et d'égalité de traitement.
- 39 S'agissant du jugement du TAOIT du 8 janvier 1988, la défenderesse ne conteste pas la similarité des deux affaires, mais observe que le cas d'espèce présente une différence fondamentale avec celui tranché par le TAOIT, en ce que dans l'affaire Boland/Eurocontrol, précitée, l'épouse de M. Boland avait au préalable sollicité l'assentiment de la CMEP en vue de suivre un traitement à l'étranger, assentiment qui lui a été refusé, tandis que, en l'espèce, l'épouse du requérant a omis de solliciter au préalable l'autorisation de consulter un médecin à l'étranger et a ainsi violé la procédure prévue par la CMEP.
- 40 La défenderesse observe encore que dans l'affaire Boland/Eurocontrol, précitée, la caisse de maladie d'Eurocontrol a fait preuve d'un « mutisme total » (point 13 du jugement), ce que l'on ne saurait reprocher en l'espèce à la Commission, qui a amplement motivé sa décision de rejet de la réclamation du requérant. Les deux affaires ne sauraient par conséquent être examinées de manière parallèle.

Appréciation du Tribunal

- 41 Il convient de rappeler liminairement que, selon l'article 72, paragraphe 1, du statut, le conjoint d'un fonctionnaire qui ne peut pas bénéficier, en application d'autres dispositions légales ou réglementaires, de prestations de même nature et de même niveau que celles auxquelles peut prétendre un fonctionnaire, est couvert, dans des conditions à préciser par une réglementation commune, contre les risques de maladie par le régime commun d'assurance maladie.
- 42 L'article 3, point 1), de la réglementation de couverture précise que le bénéfice du régime commun d'assurance maladie est accordé au conjoint de l'affilié, au cas où

il exerce une activité professionnelle, à la condition qu'il soit couvert, en vertu d'autres dispositions légales ou réglementaires, contre les mêmes risques et qu'il ne tire pas de son activité professionnelle des revenus annuels dépassant un certain seuil.

- 43 L'article 6, paragraphe 1, de la réglementation de couverture précise encore que, lorsqu'un affilié ou une personne assurée de son chef peut prétendre à des remboursements de frais au titre d'une autre assurance maladie obligatoire, l'affilié est tenu d'en faire la déclaration auprès du bureau liquidateur et de demander ou, le cas échéant, de faire demander par priorité le remboursement garanti par l'autre régime.
- 44 Le Tribunal relève que l'article 72, paragraphe 1, du statut tend à réserver la couverture, du chef de l'affilié, du conjoint par le régime commun aux cas subsidiaires où des prestations comparables ne peuvent lui être fournies par ailleurs et cherche à éviter, dans la mesure du possible, des doubles couvertures contre les risques de maladie (voir les arrêts de la Cour, *Brunotti/Commission*, précité, et du 13 juillet 1989, *Olbrechts/Commission*, 58/88, Rec. p. 2643).
- 45 Aussi bien l'article 72 du statut que les articles 3 et 6 de la réglementation de couverture procèdent de l'idée que, dans la mesure du possible, le conjoint d'un fonctionnaire qui exerce une activité professionnelle rémunérée doit demander le remboursement de ses dépenses médicales dans le cadre du régime d'assurance maladie qui lui assure, en raison de sa propre activité professionnelle, une couverture contre les risques de maladie, celle du régime commun ne lui étant assurée qu'à titre complémentaire (voir l'arrêt du Tribunal du 17 décembre 1992, *Holtbecker/Commission*, T-20/91, Rec. p. II-2599).
- 46 Peut ainsi prétendre au bénéfice de la complémentarité, le conjoint qui, en vertu de dispositions légales ou réglementaires ou des statuts qui déterminent les prestations de la caisse à laquelle il est affilié en raison de sa propre activité professionnelle, n'a pas droit ou ne peut solliciter une autorisation lui ouvrant droit au remboursement des frais médicaux qu'il est amené à exposer à l'étranger, de même que celui

qui, après avoir sollicité une telle autorisation dans le cas où les dispositions applicables ou les statuts de la caisse le lui permettent, se la voit refuser.

- 47 Il en découle qu'il incombe au Tribunal de vérifier si M^{me} Cordier, qui est assurée, du chef de son conjoint, au régime commun, conformément à l'article 3, point 1), second tiret, de la réglementation de couverture, se trouve, en l'espèce, dans une situation lui permettant de prétendre au bénéfice de la couverture complémentaire du régime commun.
- 48 Le Tribunal relève que les statuts de la caisse de maladie à laquelle se trouve affiliée l'épouse du requérant, sans écarter de manière absolue et définitive le droit de l'affilié d'obtenir le remboursement de frais médicaux exposés à l'étranger, soumettent néanmoins un tel remboursement à une autorisation préalable.
- 49 Lorsque, comme en l'espèce, le conjoint d'un fonctionnaire assuré en raison de sa propre activité professionnelle se prive du droit d'obtenir de sa propre caisse le remboursement de tels frais médicaux par le seul fait qu'il n'a pas sollicité en temps utile l'autorisation de consulter un médecin ou de se faire soigner à l'étranger, il ne saurait prétendre à la prise en charge de ces frais par le régime commun au titre de la couverture complémentaire, dont le principe est inscrit à l'article 72, paragraphe 1, du statut.
- 50 Il en résulte que l'épouse du requérant ne saurait prétendre à la prise en charge par le régime commun des frais médicaux qu'elle a exposés en Belgique, puisqu'elle s'est exclue du droit d'obtenir de sa propre caisse le remboursement de ces frais en omettant de solliciter de celle-ci qu'elle lui accorde, conformément à ses statuts, l'autorisation préalable d'exposer en Belgique les dépenses en cause.
- 51 Il convient de relever encore que l'argument, soulevé par le requérant à l'audience, selon lequel le principe de la liberté de choix du médecin, inscrit à l'article 9, paragraphe 1, de la réglementation de couverture, prime les dispositions nationales

et, a fortiori, les statuts d'une caisse de maladie d'un État membre et que, dès lors, conformément au principe d'égalité de traitement, le conjoint d'un fonctionnaire affilié doit en bénéficier de la même façon que l'affilié lui-même, est inopérant dans le cadre du présent recours.

- 52 En effet, dans le cadre du contrôle de légalité que le Tribunal doit effectuer dans les conditions prévues à l'article 179 du traité CE, il ne lui appartient pas de se prononcer sur la légalité au regard du droit communautaire de dispositions nationales concernant les régimes d'assurance maladie ou des statuts d'une caisse de maladie nationale. Ce contrôle relève de la compétence, d'une part, de la Cour de justice, qui peut l'exercer dans le cadre de recours, introduits par la Commission au titre de l'article 169 du traité ou par un État membre au titre de l'article 170 du traité, visant à faire constater qu'un État membre a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu du traité, et, d'autre part, des juridictions nationales, qui peuvent, le cas échéant, saisir la Cour, en application de l'article 177 du traité, d'une demande tendant à obtenir une décision à titre préjudiciel sur l'interprétation du traité.
- 53 Il convient de relever, en outre, que la liberté de choix du médecin n'est pas inscrite dans le statut lui-même, mais dérive de l'article 9, paragraphe 1, de la réglementation de couverture adoptée d'un commun accord par les institutions des Communautés européennes. Il en résulte que les dispositions relatives au libre choix du médecin, ne comportant pas les caractères définis par l'article 189, paragraphe 2, du traité, ne sont pas obligatoires dans tous leurs éléments et directement applicables dans les États membres et ne sauraient avoir pour effet de rendre inapplicables, vis-à-vis d'un conjoint de fonctionnaire affilié à un régime d'assurance maladie en raison de sa propre activité professionnelle, les règles légales ou statutaires qui subordonnent le remboursement des frais médicaux exposés à l'étranger à l'exigence d'une autorisation préalable de la caisse.
- 54 S'agissant, enfin, des dispositions d'interprétation de l'article 9 de la réglementation de couverture à l'égard desquelles le requérant a soulevé une exception d'illégalité, il y a lieu de relever que ces dispositions d'interprétation, qui, en tout état de cause, ne sont plus en vigueur, n'étaient pas à la base de la décision du bureau liquidateur, ce dernier n'ayant pas refusé le remboursement des prestations médicales en cause au motif que le régime primaire auquel est affilié l'épouse du requé-

rant ne permettait pas de consulter un médecin à l'étranger, mais au seul motif que l'épouse du requérant n'avait pas respecté les règles imposées par son propre régime d'assurance. Or, il découle de la jurisprudence du Tribunal que, 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 (arrêts du 12 juillet 1991, Pincherle/Commission, T-110/89, Rec. p. II-635, du 25 février 1992, Barassi/Commission, T-41/90, Rec. p. II-159, et Bertelli/Commission, T-42/90, Rec. p. II-181). Il s'ensuit que, faute d'une décision prise en application des dispositions d'interprétation relatives à l'article 9, paragraphe 1, de la réglementation de couverture, le requérant est irrecevable à se prévaloir d'une prétendue illégalité des dispositions d'interprétation de cet article.

55 Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que le recours doit être rejeté.

Sur les dépens

56 Aux termes de l'article 87, paragraphe 2, du règlement de procédure du Tribunal, toute partie qui succombe est condamnée aux dépens, s'il est conclu en ce sens. Toutefois, selon l'article 88 du même règlement, dans les litiges entre les Communautés et leurs agents, les frais exposés par les institutions restent à la charge de celles-ci.

Par ces motifs,

LE TRIBUNAL (cinquième chambre)

déclare et arrête:

1) Le recours est rejeté.

2) Chacune des parties supportera ses propres dépens.

Kalogeropoulos

Schintgen

Barrington

Ainsi prononcé en audience publique à Luxembourg, le 24 novembre 1993.

Le greffier

H. Jung

Le président

A. Kalogeropoulos