

ARRÊT DU TRIBUNAL (quatrième chambre)  
25 février 1992 \*

Dans l'affaire T-42/90,

**Sergio Bertelli**, agent temporaire de la Commission des Communautés européennes, en service auprès de l'établissement d'Ispra du Centre commun de recherche, représenté par M<sup>e</sup> Giuseppe Marchesini, avocat près la Cour de cassation d'Italie, ayant élu domicile à Luxembourg en l'étude de M<sup>e</sup> Ernest Arendt, 4, avenue Marie-Thérèse,

partie requérante,

soutenu par

**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<sup>e</sup> Giuseppe Marchesini, avocat près la Cour de cassation d'Italie, ayant élu domicile à Luxembourg en l'étude de M<sup>e</sup> Ernest Arendt, 4, avenue Marie-Thérèse,

parties intervenantes,

contre

**Commission des Communautés européennes**, représentée par MM. Sergio Fabro et Lucio Gussetti, membres du service juridique, en qualité d'agents, et, lors de la

\* Langue de procédure: l'italien.

procédure orale, par M. Vittorio de Bucci, membre du service juridique, en qualité d'agent, assisté de M<sup>e</sup> Alberto dal Ferro, avocat au barreau de Bruxelles, ayant élu domicile à Luxembourg auprès de M. Roberto Hayder, représentant du service juridique, 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, quant aux prestations fournies en Italie, 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 la décision concernant le remboursement au requérant des frais médicaux exposés en Italie,

LE TRIBUNAL (quatrième chambre),

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

greffier: M<sup>me</sup> B. Pastor, administrateur

vu la procédure écrite et à la suite de la procédure orale du 14 janvier 1992,

rend le présent

### Arrêt

#### Les faits à l'origine du recours

- 1 Le requérant, M. Bertelli, est agent temporaire de la Commission des Communautés européennes, en service auprès de l'établissement d'Ispra du Centre commun de recherche (ci-après « CCR d'Ispra »). En sa qualité d'agent temporaire de la Commission, M. Bertelli est affilié au régime d'assurance maladie commun aux fonctionnaires des Communautés européennes (ci-après « régime commun »). Le 22 septembre 1989, il a subi deux interventions chirurgicales relevant respectivement des catégories B et AA de la liste des interventions chirurgicales ventilées par

catégories, telle que fixée dans l'annexe II de la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes (ci-après « réglementation de couverture »).

- 2 Le requérant a présenté au bureau liquidateur d'Ispra une demande de remboursement de frais médicaux au titre desdites interventions chirurgicales. En réponse, le requérant a reçu un bordereau de liquidation, portant le n° 3, établi le 12 décembre 1989, l'informant que l'intervention chirurgicale de catégorie B lui était remboursée par un montant équivalant à 26 180 BFR qui était, à l'époque, le montant maximal remboursable prévu sous le point II « interventions chirurgicales » de l'annexe I de la réglementation de couverture et que l'intervention chirurgicale de catégorie AA lui était remboursée par un montant équivalant à 11 390 BFR qui était et demeure à ce jour le montant maximal remboursable pour ce type de prestation médicale. Le montant remboursé représentait dans les deux cas 18 % des frais effectivement exposés, qui s'étaient élevés respectivement à 142 525 BFR pour l'opération de catégorie B et 62 007 BFR pour l'opération de catégorie AA.
  
- 3 Par note du 1<sup>er</sup> mars 1990, enregistrée le 6 mars 1990, M. Bertelli a introduit, contre le bordereau de liquidation précité, une réclamation au titre de l'article 90, paragraphe 2, du statut des fonctionnaires des Communautés européennes (ci-après « statut »).
  
- 4 Le 3 avril 1990, le bureau liquidateur d'Ispra a émis un avis sur la réclamation de M. Bertelli dans lequel il confirmait le coût des opérations chirurgicales subies par celui-ci ainsi que la qualification qui leur avait été donnée par le médecin-conseil du bureau liquidateur, en concluant que ce bureau maintenait la même position sur le remboursement.
  
- 5 Le 18 juin 1990, le bureau central du régime commun a émis un avis concernant ladite réclamation, dans lequel il disait partager la décision du bureau liquidateur d'Ispra.

- 6 Le 5 juillet 1990, 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° 14/90 concernant la réclamation de M. Bertelli, dans lequel il a estimé qu'il y avait lieu de confirmer la décision prise par le bureau liquidateur. Néanmoins, il précisait qu'il avait déjà entamé ses travaux pour la révision des barèmes et des plafonds de la réglementation tant sur le plan général que sous l'angle du principe de l'égalité de traitement des fonctionnaires aux différents lieux d'affectation; que ces travaux n'avaient pas encore abouti à des propositions susceptibles d'être adoptées par les instances compétentes et qu'entre-temps, il y avait lieu d'appliquer la réglementation en vigueur.

### La procédure

- 7 C'est dans ces conditions que, par requête déposée au greffe du Tribunal le 4 octobre 1990, M. Bertelli a introduit le présent recours, qui a été enregistré sous le numéro T-42/90.
- 8 Par lettre du 22 novembre 1990, la Commission lui a communiqué la décision qu'elle avait adoptée, le 14 novembre 1990, au sujet de sa réclamation, à laquelle elle ne donnait pas une suite favorable. La Commission ajoutait que sa décision serait réexaminée à la lumière de l'arrêt que le Tribunal devait rendre dans l'affaire T-110/89, Pincherle/Commission (arrêt du 12 juillet 1991, Rec. p. II-635).
- 9 Par ordonnance du 28 janvier 1991, le Tribunal a admis le Sindacato ricerca dell'Unione italiana del lavoro, le Sindacato ricerca della Confederazione generale italiana del lavoro, l'Unione sindacale Euratom Ispra 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 16 avril 1991.
- 10 Le Tribunal a décidé de prendre des mesures d'organisation de la procédure consistant à poser des questions aux parties et à leur demander de déposer certains documents. Suite à cette demande du Tribunal, la Commission a déposé, le

11 décembre 1991, l'avis du bureau liquidateur d'Ispra du 3 avril 1990, l'avis du bureau central du 18 juin 1990, et le texte de la version modifiée de la réglementation de couverture qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 1991.

- 11 Sur rapport du juge rapporteur, le Tribunal (quatrième chambre) a décidé d'ouvrir la procédure orale.
- 12 La procédure orale s'est déroulée le 14 janvier 1992. Les représentants des parties ont été entendus en leurs plaidoiries et en leurs réponses aux questions posées par le Tribunal. La Commission a déposé l'avis n° 7/91 du comité de gestion du régime commun du 24 avril 1991, relatif aux coefficients d'égalité applicables aux montants maximaux de remboursement de certaines prestations, le rapport du bureau central du 4 décembre 1991 et la note du 6 janvier 1992 adressée aux chefs d'administration par le secrétariat du collège des chefs d'administration, par laquelle ceux-ci étaient informés que les coefficients d'égalité avaient été approuvés et qu'ils étaient d'application à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1991.
- 13 Le requérant a conclu à ce qu'il plaise au Tribunal:
- déclarer que les plafonds et paramètres de remboursement fixés en annexe à la réglementation commune sont illégaux eu égard aux prestations litigieuses fournies en Italie, 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 la décision par laquelle les prestations litigieuses lui ont été remboursées;
  - condamner la défenderesse aux dépens.

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

— rejeter le recours;

— statuer sur les dépens comme de droit.

15 Les parties intervenantes ont conclu au soutien des conclusions de la partie requérante ainsi qu'à la condamnation de la Commission aux dépens de l'intervention.

### **Sur le fond**

16 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.

17 Avant de présenter l'argumentation développée par les parties, il convient de rappeler les dispositions qui constituent le cadre juridique général du présent litige. A cet égard, il convient de relever que ce litige, comme l'affaire T-110/89, Pincherle/Commission, dont le Tribunal a déjà eu à connaître, présente des liens étroits avec les antécédents et les travaux préparatoires qui ont abouti à la révision de la réglementation de couverture. En examinant le déroulement de cette procédure de révision, le Tribunal a tenu compte d'office d'éléments contenus dans le dossier de l'affaire T-110/89.

18 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 les 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). Le paragraphe 3 dudit article 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 ».

- 19 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. Cette réglementation de couverture fixe des plafonds pour les remboursements des frais médicaux qui figurent dans ses annexes. En particulier, le point II de l'annexe I fixe un montant maximal remboursable de 26 180 BFR pour les interventions chirurgicales de catégorie B. L'article 8, paragraphes 1, 2 et 5, de ladite réglementation de couverture, tel qu'il était en vigueur à l'époque des faits considérés, disposait:

« 1. 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.

2. Lorsque la partie non remboursée des frais rentrant dans le champ d'application des barèmes annexés à la présente réglementation et exposés par l'affilié pour lui-même et pour les personnes assurées de son chef dépasse, au cours d'une période de 12 mois, la moitié de la moyenne du traitement mensuel de base, de la pension, ou, pour les affiliés visés à l'article 2, points 3, 5, 6, 7, 8 et 12, de la présente réglementation, de l'indemnité perçue pendant ladite période, le remboursement spécial prévu à l'article 72, paragraphe 3, du statut est déterminé de la manière suivante:

la partie non remboursée des frais précités qui dépasse la moitié de la moyenne du traitement mensuel de base ou de la pension ou de l'indemnité est remboursée aux taux de:

— 90 % lorsqu'il s'agit d'un affilié sans personne assurée de son chef;

— 100 % dans les autres cas...

5. 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. »

20 Le 9 mai 1983, le comité local du personnel du CCR d'Ispra a émis une proposition concernant l'adaptation de la réglementation de couverture pour le personnel affecté à Ispra qui, entre autres, faisait état de la nécessité d'adapter le plafond de remboursement relatif aux interventions chirurgicales, faisait observer que « les barèmes de remboursement étaient peu adaptés au coût de la médecine et des dépenses de santé en Italie », envisageait la possibilité d'une adaptation différenciée de plafonds selon le lieu d'affectation et proposait un nouveau montant maximal de remboursement de 40 800 BFR pour les interventions chirurgicales de catégorie B.

21 Le 20 décembre 1990, le comité de gestion du régime commun a émis l'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 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 de 80, respectivement 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 %. En particulier, en ce qui concernait l'évolution des coûts des interventions chirurgicales, notamment celles de catégorie B et D, l'avis mettait en exergue une hausse sensible et continue, due à l'application de nouvelles techniques et à l'utilisation d'appareillages plus performants. Il notait que le montant maximal de remboursement des interventions chirurgicales de catégorie B n'avait plus été modifié depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1982 (sous réserve de l'adaptation technique au 28 juillet 1983, entraînée par la modification du taux de remboursement de 80 à 85 %) et que le taux moyen de croissance annuel pour cette prestation s'était élevé à 7,86 %, toutes devises confondues, ce qui justifiait l'augmentation, à première vue importante, du montant maximal de remboursement pour cette prestation. L'avis était complété par une série de tableaux qui contenaient une analyse des prix payés par les affiliés à la caisse de maladie pour certains types de prestations et le nombre des assurés couverts à 85 %. En ce qui concerne les frais exposés en liras italiennes pour des interventions de catégorie B, il apparaissait que le « plafond » en vigueur ne permettait la couverture statutaire que pour 282 demandes sur 1 000 demandes de remboursement. Le comité de gestion proposait de porter le montant maximal remboursable pour les interventions chirurgicales de catégorie B de 26 180 BFR à 37 273 BFR, et cela avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1990. Il était, en outre, d'avis que, 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.

- 22 Le 24 avril 1991, le comité de gestion du régime commun a émis l'avis n° 7/91 dans lequel il proposait d'établir des coefficients d'égalité applicables aux montants maximaux de remboursement de certaines prestations dont les frais seraient exposés dans d'autres devises communautaires que le franc belge ou luxembourgeois. Ces coefficients seraient différents pour chaque type de prestation, dans chaque devise, afin d'assurer le remboursement au taux statutaire dans neuf cas sur dix et, de cette façon, de réaliser un traitement égal des prestations liquidées dans toutes les devises communautaires. Le comité de gestion proposait que ces coeffi-

cients soient instaurés avec effet à la date retenue pour la prise d'effet de la révision des montants maximaux de remboursement qui avait fait l'objet de l'avis n° 35/90.

- 23 La réglementation de couverture a fait l'objet d'une révision le 1<sup>er</sup> décembre 1991, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1991. Les plafonds de remboursement de plusieurs frais médicaux fixés dans les annexes I et IV ont été modifiés conformément aux propositions émises par le comité de gestion dans son avis n° 35/90 du 20 décembre 1990 (voir ci-avant, point 21). En particulier, le montant maximal remboursable pour des interventions chirurgicales de catégorie B a été porté à 37 273 BFR. En outre, l'article 8, paragraphe 1, de la réglementation de couverture a été remplacé par le texte suivant:

« 1. Des remboursements spéciaux peuvent être accordés 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.

Dans le cadre de l'article 110, troisième alinéa, du statut, les institutions procèdent à une concertation sur l'application du présent paragraphe sur la base d'un rapport du bureau central, assorti de l'avis du comité de gestion.

Le présent paragraphe n'est pas applicable aux assurés couverts par l'assurance maladie complémentaire prévue à l'article 24 de l'annexe X du statut. »

- 24 L'exposé des motifs de la nouvelle réglementation fait état de ce que certains montants maximaux de remboursement n'avaient pas été adaptés depuis le 28 juillet 1983 et de ce que le respect du principe d'égalité de traitement entre tous les affiliés, quel que soit le lieu où ils effectuent des dépenses, imposait d'adapter l'article 8 de la réglementation afin que les institutions puissent procéder au remboursement adéquat desdites dépenses.

- 25 Le 4 décembre 1991, le bureau central du régime commun a proposé au collège des chefs d'administration d'approuver des coefficients d'égalité applicables aux plafonds de remboursement fixés dans la réglementation de couverture, selon le système proposé dans l'avis n° 7/91 du comité de gestion.
- 26 Suite au rapport du bureau central du régime commun, le collège des chefs d'administration, en application du deuxième alinéa du paragraphe 1 de l'article 8 révisé de la réglementation de couverture, a approuvé, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1991, les coefficients d'égalité applicables aux nouveaux plafonds entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 1991. En ce qui concerne les opérations chirurgicales de catégorie B dont les frais sont exprimés en liras italiennes, le coefficient d'égalité applicable au plafond existant a été fixé à 223 %.

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

- 27 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 bénéficient 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.
- 28 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 remboursement très éloignés de la notion et de la finalité de « couverture sociale », serait tout à fait illégale.
- 29 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. De tels résultats, de l'avis du requérant, mettent en cause le principe même de couverture sociale inscrit à l'article 72 du statut.

- 30 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 les assurés dans cette proportion dans tous les cas.
- 31 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.
- 32 Le Tribunal estime, comme il l'a déjà jugé dans l'arrêt du 12 juillet 1991, Pincherle/Commission (T-110/89, Rec. p. II-635), 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 les assurés dans la proportion de 80 ou de 85 % dans tous les cas.
- 33 Le Tribunal considère que, à défaut de plafonds de remboursement établis par le statut, les institutions se trouvent habilitées à fixer dans les dispositions d'exécution des plafonds adéquats en respectant le principe de couverture sociale qui inspire l'article 72 du 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.

34 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 serait le cas des remboursements litigieux, ils sont très éloignés des taux de 80 et 85 % retenus par l'article 72 du statut, le Tribunal constate que, dans le cas d'espèce, les remboursements ont été effectués à un taux de 18 % des frais exposés et qu'un tel taux de remboursement est effectivement très éloigné des taux de 80 et 85 % retenus par l'article 72 du statut. Il convient donc de se demander si, comme le soutient le requérant, des remboursements aussi éloignés des taux de 80 et 85 % peuvent conduire à qualifier d'illégaux et d'injustes les plafonds fixés d'un commun accord par les institutions.

35 Le Tribunal estime que cette argumentation ne saurait être retenue parce que le statut et la réglementation de couverture, en prévoyant certaines mesures correctrices, présupposent par là même que, dans certains cas, les frais de maladie ne sont pas remboursés à raison de 80 ou 85 % . En effet, l'article 72, paragraphe 3, du statut prévoit un remboursement spécial au cas où 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 à l'affilié. De même, l'article 8, paragraphe 1, de la réglementation de couverture prévoit un remboursement spécial lorsque les frais exposés se rapportent à des soins prodigués dans un pays où le coût des soins médicaux est particulièrement élevé et que la partie de frais non remboursés par le régime impose une lourde charge à l'affilié.

36 Le requérant et les parties intervenantes ont rappelé eux-mêmes que l'article 8, paragraphe 1, de la réglementation de couverture ouvre une possibilité pour remédier aux cas dans lesquels les frais médicaux exposés sont particulièrement élevés; ils estiment cependant que cette possibilité est neutralisée 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 maximum 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 ».

Pour le requérant et les parties intervenantes, ces dispositions d'interprétation empêchent d'appliquer l'article 8, paragraphe 1, aux pays de la Communauté et sont illégales parce qu'elles sont contraires à l'article 8.

37 Sur ce point, la Commission a fait observer que l'application aux pays de la Communauté du mécanisme de remboursement spécial prévu par l'article 8, paragraphe 1, de la réglementation de couverture, dans les cas où la partie de frais non remboursée est élevée, n'est nullement exclue par les dispositions d'interprétation y relatives, comme l'a jugé le Tribunal dans son arrêt du 12 juillet 1991, Pincherle/Commission, précité. Elle ajoute, en outre, que le requérant n'a introduit aucune demande de remboursement au titre dudit article 8 et, par conséquent, qu'il n'a pas d'intérêt à se prévaloir d'arguments tirés de l'application de cette disposition.

38 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. 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 (arrêt du Tribunal du 12 juillet 1991, Pincherle/Commission, précité). 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 des dispositions d'interprétation de cet article.

39 Toutefois, le Tribunal estime opportun de relever, comme il a déjà été jugé dans son arrêt du 12 juillet 1991, Pincherle/Commission, précité, 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 du paragraphe 1 dudit article 8. 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 dispositions d'interprétation qui sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1991 prennent en considération la situation des États membres dans lesquels le coût des soins médicaux est particulièrement élevé et, en application de l'article 8, paragraphe 1, ont établi des coefficients correcteurs à la hausse pour le remboursement de certaines prestations (voir dispositions d'interprétation de l'annexe I, point I). L'article 8, paragraphe 1, de la réglementation de couverture a été ainsi appliqué à des États membres de la Communauté.

40 Le requérant a également attiré l'attention sur le paragraphe 2 de l'article 8 de la réglementation de couverture qui prévoit un remboursement spécial lorsque la partie non remboursée des frais dépasse, au cours d'une période de douze mois, la moitié de la moyenne du traitement mensuel de base. Il soutient que son contenu est neutralisé par les dispositions d'interprétation qui lui sont relatives et aux termes desquelles « aux fins d'application de ce paragraphe, les montants exposés seront limités au double des plafonds correspondant à de tels frais... ». Il fait valoir que, outre la restriction importante contenue dans l'article 8 de la réglementation, qui limite le remboursement à la partie des frais excédant la moitié de la rémunération mensuelle de l'assuré et dont il résulte ainsi qu'un montant important est toujours irrécupérable, les dispositions d'interprétation introduisent une autre limite de remboursement, à savoir le double des plafonds fixés. Il estime que, de ce fait, les dispositions d'interprétation sont illégales.

- 41 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 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 la partie requérante de l'illégalité des dispositions d'interprétation de l'article 8, paragraphe 2, de la réglementation de couverture ne peut, en tout état de cause, être invoqué, 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.
- 42 Le Tribunal relève, d'ailleurs, que les nouvelles dispositions d'interprétation qui sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1991 ne contiennent plus la limitation contestée par le requérant.
- 43 Il s'ensuit qu'il convient d'écarter le moyen tiré de la violation de l'article 72 du statut.

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

- 44 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.
- 45 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.

- 46 De l'avis du requérant, l'annexe I de la réglementation commune est donc entachée d'illégalité eu égard à la discrimination qu'elle entraîne au sein du personnel des Communautés, situation contraire tant au principe général de non-discrimination qu'aux dispositions du titre V du statut, qui visent à garantir à tous les fonctionnaires l'égalité de traitement en ce qui concerne leur régime pécuniaire et leurs avantages sociaux.
- 47 En outre, le requérant fait valoir que les nouveaux plafonds et coefficients d'égalité applicables aux dépenses exposées en liras italiennes sont entrés en vigueur avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1991 et ne peuvent donc pas concerner des frais exposés, comme en l'espèce, à une époque antérieure.
- 48 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 les institutions ont approuvé de nouveaux plafonds de remboursement plus élevés ainsi que l'instauration de coefficients d'égalité sur lesdits plafonds.
- 49 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.

- 50 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.
- 51 Le Tribunal considère que la première solution ne saurait être retenue dans la mesure où la Commission est tenue de respecter les normes en vigueur et qu'elle n'est pas autorisée à agir hors du cadre légal défini par la réglementation de couverture. En particulier, la Commission ne saurait appliquer des plafonds de remboursement différents de ceux qui sont fixés par la réglementation de couverture, lesquels ne peuvent être modifiés que par un commun accord des institutions constaté conformément à l'article 32 de ladite réglementation. Il convient d'ajouter qu'un tel comportement s'impose à plus forte raison 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.
- 52 Le Tribunal estime, par conséquent, que la défenderesse avait pour obligation d'engager et de mener avec diligence la concertation nécessaire avec les autres institutions en vue d'une révision appropriée du système.
- 53 A cet égard, le Tribunal constate, en premier lieu, que déjà le 9 mai 1983, le comité local du personnel du CCR d'Ispra avait émis une proposition en faveur d'une augmentation du plafond de remboursement pour les interventions chirurgicales de catégorie B (voir ci-avant, point 20); en second lieu, que ce n'est que le 20 décembre 1990 (voir ci-avant, point 21), que le comité de gestion du régime commun a émis l'avis n° 35/90 dans lequel, d'une part, il a proposé, entre autres, de porter à 37 273 BFR le plafond de remboursement des interventions chirurgicales de catégorie B, et, d'autre part, il a invité les administrations des institutions à arrêter, dans la mesure nécessaire, des coefficients pour les pays dans lesquels le coût des soins médicaux est particulièrement élevé, en vue de respecter le principe

de l'égalité de traitement; en troisième lieu, que le commun accord des institutions sur la révision de la réglementation de couverture, laquelle est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 1991, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 1991 (voir ci-avant, points 23, 24, 25 et 26), n'a été acquis qu'en novembre 1991.

- 54 A supposer que le délai qui s'est ainsi écoulé puisse être qualifié d'excessif, il conviendrait de s'interroger sur les conséquences susceptibles d'en découler pour la présente espèce. Sous cet aspect, le Tribunal relève que les affiliés — et parmi eux le requérant — qui avaient à supporter des frais médicaux non couverts au taux de 80 ou 85 % avaient la possibilité de demander le remboursement spécial prévu au paragraphe 1 de l'article 8 de la réglementation de couverture, lequel confère à l'autorité investie du pouvoir de nomination un large pouvoir d'appréciation à cet effet. Le Tribunal estime que ce n'est que dans l'hypothèse où la procédure prévue par l'article 8 de la réglementation de couverture n'aurait pas permis de compenser totalement les différences entre les montants des frais médicaux restant à la charge des affiliés au régime commun dans les différents États membres de la Communauté et où cette procédure aurait été préalablement épuisée qu'il serait nécessaire de s'interroger sur la question de la réparation du préjudice résultant de l'éventuelle persistance injustifiée d'une telle situation d'inégalité. Or, la voie de l'article 8 n'ayant pas été épuisée en l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner cette question.
- 55 Il découle de l'ensemble des considérations qui précèdent que le présent moyen doit également être rejeté.
- 56 Il s'ensuit que le recours doit être rejeté dans son ensemble.

### Sur les dépens

- 57 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, les frais exposés par les institutions dans les recours des agents des Communautés restent à la charge de celles-ci. En outre, selon l'article 87, paragraphe 3, le Tribunal peut, pour des motifs excep-

tionnels, répartir les dépens. A cet égard, il convient de tenir compte du fait que le présent litige est né d'une situation d'inégalité affectant certains affiliés et assurés bénéficiant de la couverture du régime commun, situation à laquelle l'institution défenderesse a reconnu qu'il était nécessaire de remédier (voir ci-avant, point 48), ce qui a aussi été relevé dans l'exposé des motifs de la nouvelle réglementation (voir ci-avant, point 24). Il apparaît, dès lors, équitable de faire supporter à l'institution défenderesse, outre ses propres dépens, la moitié des dépens du requérant et des parties intervenantes. Le requérant et les parties intervenantes supporteront chacun la moitié de leurs propres dépens.

Par ces motifs,

LE TRIBUNAL (quatrième chambre)

déclare et arrête:

- 1) **Le recours est rejeté.**
- 2) **La Commission supportera ses propres dépens et la moitié des dépens du requérant et des parties intervenantes, qui supporteront, chacun, l'autre moitié de leurs propres dépens.**

García-Valdecasas

Edward

Schintgen

Ainsi prononcé en audience publique à Luxembourg, le 25 février 1992.

Le greffier

H. Jung

Le président

R. García-Valdecasas