



Recueil de la jurisprudence

ARRÊT DU TRIBUNAL (neuvième chambre)

30 avril 2019*

« Fonction publique – Sécurité sociale – RCAM – Remboursement des frais médicaux – Convention conclue notamment entre l’Union, le Luxembourg et l’Entente des hôpitaux luxembourgeois sur la tarification des soins hospitaliers reçus par les affiliés au RCAM – Exception d’illégalité – Principe de non-discrimination en raison de la nationalité – Article 18, premier alinéa, TFUE – Articles 20 et 21 de la charte des droits fondamentaux – Article 39 de la réglementation commune relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires »

Dans l’affaire T-737/17,

Francis Wattiau, ancien fonctionnaire du Parlement européen, demeurant à Bridel (Luxembourg), représenté par M^{es} S. Orlandi et T. Martin, avocats,

partie requérante,

soutenu par

Association des seniors de la fonction publique européenne (SFPE), établie à Bruxelles (Belgique), représentée par M^{es} Orlandi et Martin, avocats,

partie intervenante,

contre

Parlement européen, représenté par M. J. van Pottelberge et M^{me} M. Rantala, en qualité d’agents,

partie défenderesse,

ayant pour objet une demande fondée sur l’article 270 TFUE et tendant à l’annulation, d’une part, de la décision du bureau liquidateur de Luxembourg du régime commun d’assurance maladie de l’Union européenne, telle qu’elle ressort du bordereau de paiement n° 244 du 25 janvier 2017, mettant à la charge du requérant un montant de 843,01 euros et, d’autre part, de la décision du secrétaire général du Parlement, en tant qu’autorité investie du pouvoir de nomination, du 2 août 2017, confirmant cette décision,

LE TRIBUNAL (neuvième chambre),

composé de MM. S. Gervasoni, président, L. Madise et R. da Silva Passos (rapporteur), juges,

greffier : M. E. Coulon,

rend le présent

* Langue de procédure : le français.

Arrêt

Cadre juridique

- 1 L'article 72 du statut des fonctionnaires de l'Union européenne (ci-après le « statut ») dispose :

« 1. Dans la limite de 80 % des frais exposés, et sur la base d'une réglementation établie d'un commun accord par les autorités investies du pouvoir de nomination des institutions de l'Union 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 [du statut], sont couverts contre les risques de maladie. Ce taux est relevé à 85 % pour les prestations suivantes : consultations et visites, interventions chirurgicales, hospitalisation, produits pharmaceutiques, radiologie, analyses, examen[s] de laboratoire et prothèses sur prescription médicale à l'exception des prothèses dentaires. Il est porté à 100 % en cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'autorité investie du pouvoir de nomination, ainsi que pour les examens de dépistage et en cas d'accouchement. Toutefois, les remboursements prévus à 100 % ne s'appliquent pas en cas de maladie professionnelle ou d'accident ayant entraîné l'application de l'article 73 [du statut].

[...]

2. Le fonctionnaire resté au service de l'Union jusqu'à l'âge de la retraite ou titulaire d'une allocation d'invalidité bénéficie après la cessation de ses fonctions des dispositions prévues au paragraphe 1. La contribution est calculée sur la base de la pension ou de l'allocation.

[...] »
- 2 Aux fins de définir les conditions d'application de l'article 72 du statut, les institutions ont adopté une réglementation commune relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires de l'Union européenne (ci-après la « réglementation commune »).
- 3 L'article 1^{er} de la réglementation commune institue un régime d'assurance maladie commun aux institutions de l'Union (ci-après le « RCAM »).
- 4 L'article 2, paragraphe 3, de la réglementation commune, intitulé « Affiliation », prévoit :

« Sont affiliés au présent [RCAM] :

 - les anciens fonctionnaires, agents temporaires, bénéficiaires d'une pension d'ancienneté,

[...] »
- 5 L'article 39, paragraphe 2, sous e), de la réglementation commune prévoit que le bureau central est chargé, « en liaison avec les bureaux liquidateurs, de négocier, dans la mesure du possible, avec les représentants du corps médical et/ou les autorités, associations et établissements compétents, des accords fixant les taux applicables aux bénéficiaires, compte tenu des conditions locales et, le cas échéant, des barèmes déjà en vigueur, tant du point de vue médical que du point de vue hospitalier ».
- 6 Le 18 novembre 1996, d'une part, les Communautés européennes et la Banque européenne d'investissement (BEI), représentées par le directeur général de l'administration et du personnel de la Commission des Communautés européennes, et, d'autre part, l'Entente des hôpitaux luxembourgeois

et le Grand-Duché de Luxembourg ont conclu la convention portant sur la tarification des soins hospitaliers reçus par les affiliés au RCAM et à la caisse de maladie de la BEI, ladite convention ayant été modifiée le 26 octobre 1999 (ci-après la « convention de 1996 »).

- 7 La Commission a conclu cette convention sur le fondement de l'article 39, paragraphe 2, sous e), de la réglementation commune.
- 8 La convention de 1996 prévoit, conformément à son préambule, un système de tarification des prestations hospitalières fournies au Luxembourg. Le point 2 dudit préambule prévoit notamment que les tarifs sont établis sur la base du coût de revient net, en tenant compte des unités d'œuvre fixées dans la réglementation interne luxembourgeoise, telles qu'établies par la convention conclue entre l'Entente des hôpitaux luxembourgeois et l'Union des caisses de maladie luxembourgeoise (UCM) [devenue la convention entre la Caisse nationale de santé luxembourgeoise (ci-après la « CNS ») et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) (ci-après la « convention CNS-FHL »)].
- 9 L'article 1^{er} de la convention de 1996 définit le champ d'application personnel de la convention, en précisant que le système de tarification concerne tous les bénéficiaires de soins hospitaliers relevant du RCAM.
- 10 L'article 2 de la convention de 1996 énonce les modalités de paiement. En particulier, le premier alinéa introduit le principe du tiers payant généralisé en ce qui concerne tout traitement stationnaire sans limitation quant à la durée de séjour. Le deuxième alinéa détermine les modalités de présentation des factures au RCAM par les hôpitaux.
- 11 L'article 3 de la convention de 1996 prévoit la structure des tarifs, en énonçant au premier alinéa que la facturation se fait conformément aux unités d'œuvre qui sont générées selon les dispositions de la convention CNS-FHL. Aux termes du deuxième alinéa de cet article, les tarifs annuels de ces unités d'œuvre découlent des budgets négociés entre les différents hôpitaux et l'UCM (devenue la CNS) et sont alors majorés du coefficient correcteur uniforme de 15 %.
- 12 L'article 4 de la convention de 1996 prévoit la création d'une commission technique et l'article 5 l'élaboration de la structure de tarification et la transmission de ces tarifs.
- 13 L'article 6 de la convention de 1996 dispose que celle-ci est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996. Il est indiqué qu'elle est tacitement reconduite par les parties pour une durée d'un an à chaque fois si aucune des parties ne la dénonce par lettre recommandée deux mois avant l'échéance du 31 décembre.

Antécédents du litige

- 14 Le requérant, M. Francis Wattiau, de nationalité belge, ancien fonctionnaire du Parlement européen et actuellement à la retraite, est affilié au RCAM.
- 15 Entre les 1^{er} et 11 mars 2016, il a suivi neuf séances d'oxygénothérapie en caisson hyperbare au centre hospitalier Emile Mayrisch (ci-après le « CHEM ») situé à Esch-sur-Alzette (Luxembourg).
- 16 Le 17 mars 2016, le cabinet médical établi au CHEM a adressé au requérant une première facture pour un montant de 815,40 euros pour les neuf séances. Le 30 mai 2016, le CHEM lui a adressé une seconde facture, pour un montant de 5 620,10 euros, comprenant neuf séances pour 568,90 euros la séance et 500 euros pour deux tests d'audiométrie.
- 17 Le 13 juin 2016, le requérant a écrit au CHEM pour contester le montant de la seconde facture.

- 18 Par courrier électronique du même jour, adressé au chef du bureau liquidateur du RCAM de Luxembourg (ci-après le « bureau liquidateur »), le requérant a demandé que celui-ci intervienne auprès du CHEM pour « indiquer un refus d'acceptation d'une facturation double » qu'il trouvait « complètement hors normes ».
- 19 Par courriers électroniques des 7 et 20 juillet 2016, l'Office « Gestion et liquidation des droits individuels » (PMO) a répondu au requérant, en substance, que la seconde facture établie par le CHEM était conforme à la convention de 1996.
- 20 Par courrier du 28 novembre 2016, le département juridique du CHEM a répondu à la lettre du requérant du 13 juin 2016, en soulignant que les factures en cause avaient été établies sur la base d'une grille tarifaire annuellement révisée en accord avec le RCAM, à savoir la grille « Tarifs RCAM 2016 », qui est applicable aux fonctionnaires des institutions de l'Union.
- 21 Le 16 décembre 2016, le requérant a adressé une lettre au directeur administratif et financier du CHEM, en dénonçant une différence de traitement entre lui et un affilié à la CNS. En outre, il a indiqué que la généralisation du tiers payant introduite par la convention de 1996 impliquait que les tarifs trop élevés acceptés par le RCAM devaient être facturés directement à ce régime, sans que le patient doive payer le total du montant en cause. Enfin, il a souligné que le RCAM ne disposait d'aucun élément permettant d'expliquer, en l'espèce, que les montants facturés soient si élevés. Il a donc demandé au directeur administratif et financier du CHEM de contacter le RCAM afin de réintroduire le tiers payant généralisé et de facturer à ce régime la partie surfacturée des factures en cause.
- 22 Par courrier électronique du 11 janvier 2017, le PMO a indiqué que le bureau liquidateur pouvait, avec l'accord du requérant, accepter de prendre en charge 85 % du montant des factures en cause. Concrètement, cela impliquait que le bureau liquidateur allait, dans un premier temps, prendre en charge la totalité des 5 620,10 euros de la seconde facture établie par le CHEM.
- 23 Par courrier électronique du 12 janvier 2017, le requérant a accepté cette proposition, tout en indiquant qu'il contestait le bien-fondé des pratiques tarifaires appliquées par le CHEM.
- 24 Par courrier électronique du 17 janvier 2017, le bureau liquidateur de Luxembourg a informé le requérant que la convention de 1996 avait été, en l'espèce, correctement appliquée et que 15 % du montant total figurant sur les factures en cause restaient à sa charge. Par lettre datée du même jour, le chef du bureau liquidateur a annoncé que la prise en charge d'un montant de 5 620,10 euros avait été accordée au requérant pour les prestations de soins en cause et que le requérant allait recevoir un décompte détaillant la partie des frais restant à sa charge.
- 25 Par courrier électronique du 20 janvier 2017, le requérant a confirmé au bureau liquidateur qu'il avait l'intention de contester le fait que 15 % du montant total des factures en cause étaient mis à sa charge.
- 26 Le 25 janvier 2017, le requérant a reçu le décompte n° 244 par lequel le bureau liquidateur a mis à sa charge 15 % des 5 620,10 euros de la seconde facture établie par le CHEM, à savoir 843,01 euros (ci-après la « décision attaquée »).
- 27 Par lettre du 17 avril 2017, le requérant a, au titre de l'article 90, paragraphe 2, du statut, introduit une réclamation contre la décision attaquée, demandant le remboursement du montant de 843,01 euros. À l'appui de cette réclamation, il a fait valoir que les factures établies par le CHEM représentaient une surfacturation, dès lors que les prestations en cause étaient facturées à hauteur d'un montant 8,37 fois plus élevé que celui qui aurait été facturé à un affilié au système de santé national. Il a invoqué une violation du droit de l'Union et des règles découlant de la jurisprudence.

28 Par décision du 2 août 2017, le secrétaire général du Parlement a, en sa qualité d'autorité investie du pouvoir de nomination, rejeté la réclamation du requérant comme non fondée (ci-après la « décision de rejet de la réclamation »).

Procédure et conclusions des parties

29 Par requête déposée au greffe du Tribunal le 7 novembre 2017, le requérant a introduit le présent recours.

30 Le 30 janvier 2018, le Parlement a déposé un mémoire en défense.

31 Par lettre du greffe du 22 février 2018, le Tribunal a communiqué aux parties le délai pour la présentation d'une réplique par le requérant. Par lettre déposée au greffe du Tribunal le 4 avril 2018, le requérant a informé le Tribunal qu'il renonçait à la présentation d'une réplique.

32 Par acte déposé au greffe du Tribunal le 19 mars 2018, l'Association des seniors de la fonction publique européenne (SFPE) a demandé à intervenir dans la présente procédure au soutien des conclusions du requérant.

33 Par ordonnance du 5 juin 2018, le président de la neuvième chambre du Tribunal a admis cette intervention. Aucune demande de traitement confidentiel des pièces de procédure n'a été introduite.

34 L'intervenante a déposé son mémoire le 17 juillet 2018. Par lettre du 6 août 2018, le Parlement a fait savoir « qu'il se [réservait] le droit de répondre à l'ensemble des arguments de fond du requérant et de l'intervenant[e] dans une duplique ». Par lettre du 7 août 2018, le requérant a présenté ses observations sur ledit mémoire. Par lettre du 22 août 2018, le Parlement a informé le Tribunal qu'il ne souhaitait pas la tenue d'une audience.

35 Par lettres du greffe du Tribunal du 27 septembre 2018, le Grand-Duché de Luxembourg et la Commission ont été invités par le Tribunal, au titre de l'article 24, second alinéa, du statut de la Cour de justice de l'Union européenne et de l'article 89, paragraphe 3, sous c), du règlement de procédure du Tribunal, à répondre par écrit à des questions relatives à la convention de 1996 et aux tarifs hospitaliers établis par les autorités luxembourgeoises.

36 Le 31 octobre 2018, le Grand-Duché de Luxembourg et la Commission ont répondu auxdites questions.

37 Par lettres des 7 et 17 décembre 2018, le Parlement et l'intervenante ont indiqué au Tribunal qu'ils ne souhaitaient pas soumettre d'observations sur ces réponses. Par lettre du 17 décembre 2018, le requérant a présenté ses observations sur les réponses du Grand-Duché de Luxembourg et de la Commission.

38 Le Tribunal (neuvième chambre) a décidé, en application de l'article 106, paragraphe 3, du règlement de procédure, de statuer sans phase orale de la procédure.

39 Le requérant, soutenu par l'intervenante, conclut à ce qu'il plaise au Tribunal :

- annuler la décision attaquée et, pour autant que de besoin, la décision de rejet de la réclamation ;
- condamner le Parlement aux dépens.

40 Le Parlement conclut à ce qu'il plaise au Tribunal :

- rejeter le recours comme non fondé ;
- condamner le requérant aux dépens.

En droit

Observations liminaires

41 S'agissant de l'objet du recours, il y a lieu de relever que la décision attaquée constitue un décompte par lequel le bureau liquidateur demande au requérant le remboursement d'un montant de 843,01 euros. Ce montant correspond à 15 % du montant de 5 620,10 euros indiqué dans la seconde facture et que le RCAM a pris en charge. Cette seconde facture de 5 620,10 euros comprend un montant de 500 euros pour les deux tests d'audiométrie et de 5 120,10 euros pour neuf séances d'oxygénothérapie, ce qui revient à 568,90 euros la séance. Il résulte de la requête que la contestation du requérant ne porte que sur la seconde facture de 5 620,10 euros prise en charge par le RCAM et dont celui-ci exige le remboursement à hauteur de 15 %.

Sur le premier chef de conclusions, en ce qu'il tend à l'annulation de la décision de rejet de la réclamation

42 Selon une jurisprudence constante, des conclusions en annulation formellement dirigées contre la décision de rejet d'une réclamation ont pour effet de saisir le Tribunal de l'acte contre lequel la réclamation a été présentée lorsqu'elles sont, en tant que telles, dépourvues de contenu autonome (voir arrêt du 13 juillet 2018, Curto/Parlement, T-275/17, EU:T:2018:479, point 63 et jurisprudence citée).

43 En l'espèce, étant donné que la décision de rejet de la réclamation ne fait que confirmer la décision attaquée du bureau liquidateur de mettre à la charge du requérant un montant de 843,01 euros, il convient de constater que les conclusions en annulation de la décision de rejet de la réclamation sont dépourvues de contenu autonome et qu'il n'y a donc pas lieu de statuer spécifiquement sur celles-ci. Toutefois, dans l'examen de la légalité de la décision attaquée, il est nécessaire de prendre en considération la motivation figurant dans la décision de rejet de la réclamation, cette motivation étant censée coïncider avec celle de la décision attaquée (voir, en ce sens, arrêt du 9 décembre 2009, Commission/Birkhoff, T-377/08 P, EU:T:2009:485, points 58 et 59 et jurisprudence citée).

Sur le premier chef de conclusions, en ce qu'il tend à l'annulation de la décision attaquée

44 À l'appui des conclusions en annulation de la décision attaquée, le requérant soulève une exception d'illégalité de la convention de 1996 fondée sur deux moyens. Le premier moyen est tiré de la violation du principe de non-discrimination en raison de la nationalité et des articles 12 et 14 du protocole n° 7 sur les privilèges et immunités de l'Union européenne (JO 2010, C 83, p. 266, ci-après le « protocole »). Le second moyen est tiré de la violation du principe de bonne gestion financière.

45 À l'appui du premier moyen, le requérant invoque la violation du principe de non-discrimination en raison de la nationalité. Il fait valoir que la convention de 1996 permet aux prestataires de soins de santé d'appliquer systématiquement aux affiliés au RCAM des tarifs plus élevés que ceux appliqués aux affiliés au régime de la sécurité de santé nationale, à savoir la caisse nationale de santé luxembourgeoise (ci-après la « CNS »), alors que ces deux catégories d'affiliés reçoivent les mêmes soins de santé. Or, une telle différence de traitement aboutirait à une discrimination en raison de la

nationalité, interdite par l'article 18 TFUE. Le requérant soutient également que, si l'objectif de la convention de 1996 est de compenser le fait que les affiliés au RCAM ne paient pas d'impôts nationaux à Luxembourg, elle serait contraire aux articles 12 et 14 du protocole.

- 46 Le Parlement souligne, d'emblée, que la conclusion de la convention de 1996 est fondée sur l'article 39, paragraphe 2, sous e), de la réglementation commune. Il découlerait de cette disposition que le bureau central du RCAM, qui est institué par l'article 1^{er} de cette réglementation et rattaché à la Commission, est chargé, en liaison avec les bureaux liquidateurs, de négocier, dans la mesure du possible, avec les représentants du corps médical ou les autorités, associations et établissements compétents, des accords fixant les taux applicables aux affiliés au RCAM. Selon le Parlement, le bureau central doit tenir compte des conditions locales et, le cas échéant, des barèmes déjà en vigueur, tant du point de vue médical que du point de vue hospitalier, et doit négocier, dans la mesure du possible, avec les régimes primaires des États membres, des accords généraux visant à simplifier les procédures applicables aux affiliés au RCAM. Ainsi, en l'espèce, lorsqu'elle a conclu la convention de 1996, la Commission aurait fait usage de son pouvoir discrétionnaire afin d'aboutir, en accord avec les autorités luxembourgeoises, à un plafonnement des tarifs pratiqués par ces dernières.
- 47 En premier lieu, s'agissant d'une prétendue différence de traitement entre les affiliés au RCAM et les « autres résidents [du] Luxembourg », le Parlement estime que les affiliés au RCAM et les affiliés à la CNS relèvent de deux catégories de sécurité sociale différentes et ne se trouvent pas dans des situations comparables.
- 48 En ce qui concerne l'arrêt du 3 octobre 2000, Ferlini (C-411/98, EU:C:2000:530), invoqué par le requérant, le Parlement souligne que les faits à l'origine de cet arrêt ont eu lieu antérieurement à la conclusion de la convention de 1996. Ainsi, la Cour aurait répondu à la question préjudicielle que, s'agissant des soins médicaux et hospitaliers dispensés aux fonctionnaires de l'Union, c'était l'application unilatérale, par un groupe de prestataires de soins, de tarifs plus élevés que ceux applicables aux résidents affiliés au régime national de sécurité sociale qui constituait une discrimination en raison de la nationalité. Or, en l'espèce, les tarifs en cause ne seraient pas appliqués de manière unilatérale, mais en application d'une convention négociée entre la Commission et les autorités luxembourgeoises, conformément à l'article 39 de la réglementation commune.
- 49 Selon le Parlement, à supposer même qu'il s'agisse d'une discrimination interdite par le traité FUE, la majoration des tarifs en cause, à laquelle sont soumises les prestations de soins de santé, est justifiée par un objectif légitime. En effet, il ressortirait de la note du commissaire chargé du budget et des ressources humaines du 26 novembre 2015 que la conclusion de la convention de 1996 aurait permis la mise en place de plafonnements en matière de frais d'hospitalisation pour les affiliés au RCAM, ce qui aurait évité d'aboutir à des tarifs encore supérieurs à ceux pratiqués « actuellement ».
- 50 Ainsi, le requérant n'aurait pas établi à suffisance la violation du principe d'égalité de traitement.
- 51 En second lieu, s'agissant de l'argument du requérant tiré de la violation des articles 12 et 14 du protocole et, notamment, de l'argument selon lequel la différenciation des tarifs en cause serait motivée par le fait que les affiliés au RCAM ne paieraient pas d'impôts ni de cotisations au régime de sécurité sociale luxembourgeois, le Parlement souligne que la convention de 1996 ne contient pas une telle motivation.
- 52 Le Parlement ajoute que, certes, il ressort de la note du commissaire chargé du budget et des ressources humaines du 26 novembre 2015 que la convention de 1996 est, dans une certaine mesure, acceptable, étant donné que la surtarification constitue un équivalent à la contribution publique de la part des autorités luxembourgeoises au financement des hôpitaux. Toutefois, le Parlement fait observer qu'il ressort également de cette note que la mise en place de plafonds tarifaires était un

motif tout aussi important pour conclure la convention de 1996. Ainsi, rien ne conforterait l'allégation du requérant selon laquelle la convention de 1996 servirait principalement à compenser l'absence de contribution des affiliés au RCAM au système de sécurité sociale luxembourgeois.

- 53 En outre, le Parlement estime que les circonstances de l'affaire ayant donné lieu à l'arrêt du 10 mai 2017, de Lobkowicz (C-690/15, EU:C:2017:355), à laquelle se réfère le requérant, sont très différentes de celles de la présente affaire. En effet, il ressortirait du point 48 de cet arrêt que la violation du droit de l'Union résultait du fait que les revenus fonciers de M. de Lobkowicz, fonctionnaire de l'Union affilié au RCAM, étaient frappés par certains prélèvements et contributions qui étaient affectés directement et spécifiquement au financement de branches du régime de sécurité sociale français auquel il n'était pas affilié. En l'espèce, étant donné que la convention de 1996 introduirait un plafonnement des tarifs pour les membres de la FHL, il serait inexact de la comparer à une telle réglementation nationale.
- 54 Il s'ensuivrait que la violation des articles 12 et 14 du protocole n'aurait pas été établie par le requérant.
- 55 À titre liminaire, il convient de souligner que, aux termes de l'article 277 TFUE, nonobstant l'expiration du délai prévu à l'article 263, sixième alinéa, TFUE, toute partie peut, à l'occasion d'un litige mettant en cause un acte de portée générale adopté par une institution, un organe ou un organisme de l'Union, se prévaloir des moyens prévus à l'article 263, deuxième alinéa, TFUE pour invoquer devant le juge de l'Union l'inapplicabilité de cet acte.
- 56 Selon une jurisprudence constante, une exception d'illégalité, soulevée de manière incidente en vertu de l'article 277 TFUE à l'occasion de la contestation au principal de la légalité d'un acte tiers, n'est recevable que dès lors qu'il existe un lien de connexité entre cet acte et la norme dont l'illégalité prétendue est excipée. Dans la mesure où l'article 277 TFUE n'a pas pour but de permettre à une partie de contester l'applicabilité de quelque acte de caractère général que ce soit à la faveur d'un recours quelconque, la portée d'une exception d'illégalité doit être limitée à ce qui est indispensable à la solution du litige (voir arrêt du 12 juin 2015, *Health Food Manufacturers' Association e.a./Commission*, T-296/12, EU:T:2015:375, point 170 et jurisprudence citée). Il en résulte que l'acte général dont l'illégalité est soulevée doit être applicable, directement ou indirectement, à l'espèce qui fait l'objet du recours et qu'il doit exister un lien juridique direct entre la décision individuelle attaquée et l'acte général en question (arrêts du 15 mars 2017, *Fernández González/Commission*, T-455/16 P, non publié, EU:T:2017:169, point 34, et du 22 novembre 2017, *von Blumenthal e.a./BEI*, T-558/16, non publié, EU:T:2017:827, point 71).
- 57 À cet égard, il ressort d'une jurisprudence constante que l'article 277 TFUE doit recevoir une interprétation suffisamment large afin que soit assuré un contrôle de légalité effectif des actes des institutions de caractère général en faveur des personnes exclues du recours direct contre de tels actes (voir, en ce sens, arrêts du 26 octobre 1993, *Reinartz/Commission*, T-6/92 et T-52/92, EU:T:1993:89, point 56, et du 21 octobre 2010, *Agapiou Joséphidès/Commission et EACEA*, T-439/08, non publié, EU:T:2010:442, point 50). Ainsi, le champ d'application de l'article 277 TFUE doit-il s'étendre aux actes des institutions qui ont été pertinents pour l'adoption de la décision qui fait l'objet du recours en annulation (arrêts du 4 mars 1998, *De Abreu/Cour de justice*, T-146/96, EU:T:1998:50, point 27, et du 2 octobre 2001, *Martinez e.a./Parlement*, T-222/99, T-327/99 et T-329/99, EU:T:2001:242, point 135), en ce sens que ladite décision repose essentiellement sur ceux-ci (arrêt du 12 juin 2015, *Health Food Manufacturers' Association e.a./Commission*, T-296/12, EU:T:2015:375, point 172), même s'ils n'en constituaient pas formellement la base juridique (arrêts du 2 octobre 2001, *Martinez e.a./Parlement*, T-222/99, T-327/99 et T-329/99, EU:T:2001:242, point 135 ; du 20 novembre 2007, *Ianniello/Commission*, T-308/04, EU:T:2007:347, point 33, et du 2 octobre 2014, *Spraylat/ECHA*, T-177/12, EU:T:2014:849, point 25).

- 58 En l'espèce, premièrement, s'agissant de la nature de l'acte dont l'illégalité est soulevée, il y a lieu de constater que cet acte n'a pas été adopté unilatéralement par une institution de l'Union. En effet, la convention de 1996 a été conclue par les parties mentionnées au point 6 ci-dessus et n'a pas été adoptée par la Commission seule, représentant l'Union et la BEI. Toutefois, la conclusion de la convention de 1996 est prévue par l'article 39, paragraphe 2, sous e), de la réglementation commune, à laquelle renvoie l'article 72 du statut. La convention de 1996 vise à établir un système de tarification applicable aux bénéficiaires du RCAM et de la caisse de maladie de la BEI. La conclusion de la convention de 1996 a donc pour objet de mettre en œuvre, sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg, les modalités de tarification des frais exposés par suite de maladie, d'accident ou de maternité concernant les bénéficiaires du RCAM et de la caisse de maladie de la BEI, dont l'Union doit assurer le remboursement dans le respect du principe de couverture sociale prévu à l'article 72 du statut. Ainsi, la convention de 1996 conclue dans ce contexte contribue à la mise en œuvre de ce principe. À cet effet, la convention de 1996 constitue la concrétisation d'un engagement entre les institutions de l'Union, le Grand-Duché de Luxembourg et une association représentant les hôpitaux de cet État, portant sur le remboursement des frais de maladie, d'accident ou de maternité susmentionnés. Il est donc permis de considérer que, dans cette mesure, la convention de 1996 peut être assimilée à un acte adopté par une institution de l'Union, au sens de l'article 277 TFUE (voir, en ce sens et par analogie, arrêt du 13 juin 2017, Florescu e.a., C-258/14, EU:C:2017:448, points 29 à 36).
- 59 En outre, s'agissant de la question de savoir si la convention de 1996 constitue un acte de portée générale, il suffit de constater que les dispositions de la convention de 1996, qui régissent les modalités des tarifs pratiqués par les prestataires de santé luxembourgeois à l'égard des affiliés au RCAM, présentent un caractère général, dès lors qu'elles s'appliquent à des situations déterminées objectivement et comportent des effets juridiques à l'égard de catégories de personnes envisagées de manière générale et abstraite (voir, par analogie, arrêt du 21 octobre 2010, Agapiou Joséphidès/Commission et EACEA, T-439/08, non publié, EU:T:2010:442, point 53). Il s'ensuit que l'inapplicabilité de la convention de 1996 peut être invoquée par le requérant sur le fondement de l'article 277 TFUE.
- 60 Deuxièmement, s'agissant de l'existence d'un lien juridique direct entre la décision individuelle attaquée et la convention de 1996, qui est l'acte général en question, il convient de déterminer quelle est la base juridique sur laquelle le bureau liquidateur a décidé de fonder la décision attaquée. À cet égard, par la décision attaquée, le bureau liquidateur exige le remboursement de 15 % du montant figurant dans la seconde facture de 5 620,10 euros. Ainsi qu'il résulte du point 41 ci-dessus, le requérant ne conteste que la seconde facture de 5 620,10 euros prise en charge par le RCAM. Cette facture comprend un montant de 500 euros pour les tests d'audiométrie et de 5 120,10 euros pour les neuf séances d'oxygénothérapie, ce qui revient à un tarif de 568,90 euros par séance. Pour ce qui est notamment de ce tarif de 568,90 euros par séance, il résulte du dossier qu'il découle de la grille tarifaire « Tarifs RCAM 2016 » établie par la CNS. Cette grille tarifaire est révisée de manière annuelle et adoptée sur la base de la convention de 1996. Dès lors, il convient de considérer qu'il existe un lien juridique direct entre le montant de 5 120,10 euros figurant dans la décision attaquée et la grille tarifaire établie en application de la convention de 1996.
- 61 Il résulte de ce qui précède que l'exception d'illégalité soulevée par le requérant est recevable.
- 62 Par ailleurs, s'agissant de la question de savoir quelle disposition du traité a vocation à s'appliquer à la discrimination alléguée, il convient de rappeler que le principe d'égalité de traitement constitue un principe général du droit de l'Union, consacré à l'article 20 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (ci-après la « Charte »), dont le principe de non-discrimination en raison de la nationalité énoncé à l'article 21, paragraphe 2, de la Charte est une expression particulière (voir, par analogie, arrêt du 5 juillet 2017, Fries, C-190/16, EU:C:2017:513, point 29). Les institutions de l'Union sont tenues de respecter ce principe en tant que règle supérieure de droit de l'Union protégeant les

particuliers (arrêts du 7 octobre 2015, *Accorinti e.a./BCE*, T-79/13, EU:T:2015:756, point 87, et du 24 janvier 2017, *Nausicaa Anadyomène et Banque d'escompte/BCE*, T-749/15, non publié, EU:T:2017:21, point 110).

- 63 Selon les explications relatives à la Charte, l'article 21, paragraphe 2, de de la Charte « correspond à l'article 18, premier alinéa, [TFUE] et doit s'appliquer conformément à celui-ci ». De plus, en vertu de l'article 52, paragraphe 2, de la Charte, les droits que celle-ci reconnaît et qui font l'objet de dispositions dans les traités s'exercent dans les conditions et les limites définies par ces derniers. Il s'ensuit que l'article 21, paragraphe 2, de la Charte doit être lu comme ayant la même portée que l'article 18, premier alinéa, TFUE (arrêt du 20 novembre 2017, *Petrov e.a./Parlement*, T-452/15, EU:T:2017:822, point 39).
- 64 Dès lors, il convient d'examiner la discrimination alléguée à la lumière de l'article 18, premier alinéa, TFUE.

Sur la comparabilité des situations

- 65 Il y a lieu de rappeler que, selon une jurisprudence constante, le principe d'égalité de traitement en raison de la nationalité exige que des situations comparables ne soient pas traitées de manière différente et que des situations différentes ne soient pas traitées de manière égale, à moins qu'un tel traitement ne soit objectivement justifié (voir arrêt du 14 décembre 2004, *Swedish Match*, C-210/03, EU:C:2004:802, point 70 et jurisprudence citée).
- 66 La comparabilité des situations doit être appréciée à la lumière de l'objet et du but de l'acte de l'Union qui institue la distinction en cause (arrêt du 1^{er} mars 2011, *Association belge des Consommateurs Test-Achats e.a.*, C-236/09, EU:C:2011:100, point 29).
- 67 À cet égard, le requérant fait valoir que le Parlement a violé le principe de non-discrimination en raison de la nationalité, dès lors que, pour des soins de santé identiques, dispensés en même temps avec le même matériel médical, les tarifs appliqués pour les affiliés au RCAM sont plus élevés que ceux appliqués aux affiliés à la CNS.
- 68 Le Parlement, en revanche, souligne qu'une personne non affiliée à la CNS se trouve dans une situation différente d'un résident luxembourgeois, qui est généralement affilié au régime de la CNS. Ils relèveraient donc de deux catégories de sécurité sociale différentes et ne se trouveraient pas dans des situations comparables.
- 69 En l'espèce, comme le soutient le Parlement, la situation juridique des fonctionnaires de l'Union, en ce qui concerne leurs obligations en matière de sécurité sociale, relève du domaine d'application du droit de l'Union en raison de leur lien d'emploi avec l'Union (voir arrêt du 10 mai 2017, de *Lobkowicz*, C-690/15, EU:C:2017:355, point 38 et jurisprudence citée).
- 70 À cet effet, d'une part, les fonctionnaires de l'Union sont soumis au régime de sécurité sociale commun aux institutions de l'Union, qui est fixé, conformément à l'article 14 du protocole, par le Parlement et le Conseil de l'Union européenne, par voie de règlements établis selon la procédure législative ordinaire et après consultation des institutions. Ce protocole a la même valeur juridique que les traités (avis 2/13, du 18 décembre 2014, EU:C:2014:2454, point 161, et arrêt du 10 mai 2017, de *Lobkowicz*, C-690/15, EU:C:2017:355, point 40).
- 71 La Cour a déjà jugé que l'article 14 du protocole, en ce qu'il attribue aux institutions de l'Union la compétence pour fixer le régime de sécurité sociale de leurs fonctionnaires, doit être considéré comme impliquant la soustraction à la compétence des États membres de l'obligation d'affiliation des

fonctionnaires de l'Union à un régime national de sécurité sociale et de l'obligation, pour ces fonctionnaires, de contribuer au financement d'un tel régime (voir, en ce sens, arrêt du 10 mai 2017, de Lobkowicz, C-690/15, EU:C:2017:355, point 41).

- 72 D'autre part, le régime des prestations sociales, mentionné audit article 14, a été instauré par le statut, qui édicte, sous son titre V intitulé « Du régime pécuniaire et des avantages sociaux du fonctionnaire », et plus particulièrement aux chapitres 2 et 3 de ce titre, relatifs à la sécurité sociale et aux pensions, les règles applicables aux fonctionnaires de l'Union (arrêt du 10 mai 2017, de Lobkowicz, C-690/15, EU:C:2017:355, points 36 et 37).
- 73 En outre, le statut, en ce qu'il a été établi par le règlement (CEE, Euratom, CECA) n° 259/68 du Conseil, du 29 février 1968, fixant le statut des fonctionnaires des Communautés européennes ainsi que le régime applicable aux autres agents de ces Communautés, et instituant des mesures particulières temporairement applicables aux fonctionnaires de la Commission (statut des fonctionnaires) (JO 1968, L 56, p. 1), revêt toutes les caractéristiques énoncées à l'article 288 TFUE, aux termes duquel le règlement est doté d'une portée générale, est obligatoire dans tous ses éléments et directement applicable dans tout État membre. Il s'ensuit que le respect du statut s'impose également aux États membres (voir, en ce sens, arrêts du 20 octobre 1981, Commission/Belgique, 137/80, EU:C:1981:237, points 7 et 8 ; du 7 mai 1987, Commission/Belgique, 186/85, EU:C:1987:208, point 21 ; du 4 décembre 2003, Kristiansen, C-92/02, EU:C:2003:652, point 32, et du 4 février 2015, Melchior, C-647/13, EU:C:2015:54, point 22).
- 74 Dans ce contexte, la réglementation commune a été établie d'un commun accord par les institutions de l'Union en application de l'article 72, paragraphe 1, du statut.
- 75 Plus particulièrement, l'article 39, paragraphe 2, sous e), de la réglementation commune prévoit que le bureau central est chargé, en liaison avec les bureaux liquidateurs, de négocier, dans la mesure du possible, avec les représentants du corps médical ou les autorités, associations et établissements compétents, des accords fixant les tarifs applicables aux affiliés au RCAM, compte tenu des conditions locales et, le cas échéant, des barèmes déjà en vigueur, tant du point de vue médical que du point de vue hospitalier.
- 76 Il en découle que les tarifs appliqués par les prestataires de soins de santé luxembourgeois aux affiliés au RCAM résultent de la convention de 1996, négociée conformément à l'article 39, paragraphe 2, sous e), de la réglementation commune.
- 77 D'une part, s'agissant de la méthodologie utilisée pour établir ces tarifs, la convention de 1996 prévoit, au point 1 de son préambule, que les tarifs sont établis sur la base des unités d'œuvre retenues dans la convention CNS-FHL. Il ressort des points 2 à 5 du préambule et de l'article 3 de la convention de 1996 que les tarifs annuels de ces unités d'œuvre sont établis sur la base du prix net, tel qu'établi par l'UCM (devenue la CNS), majoré par un coefficient correcteur de 15 %. Ainsi que le souligne le Parlement, l'objectif de la convention de 1996 est de mettre en place des plafonnements des tarifs pratiqués par les prestataires de soins de santé à l'égard des affiliés au RCAM.
- 78 D'autre part, pour ce qui est de la grille tarifaire « Tarifs RCAM 2016 » en cause dans la présente affaire, il ressort des explications du Grand-Duché de Luxembourg et de la Commission que celle-ci constitue une annexe à la convention de 1996. Afin d'établir les tarifs figurant dans la grille tarifaire, la CNS distingue les coûts variables, qui sont établis par voie de négociation entre elle-même et la FHL pour chaque entité fonctionnelle, des coûts fixes, qui sont calculés par elle-même pour les besoins du RCAM. Sur la base de la grille tarifaire, les hôpitaux facturent aux affiliés au RCAM les tarifs forfaitaires, qui prennent en compte ces coûts variables et fixes. Par conséquent, ainsi qu'il découle des points 69 à 76 ci-dessus, si les tarifs appliqués aux ressortissants affiliés au système

national de sécurité sociale résultent d'une réglementation en matière de sécurité sociale nationale, les tarifs pratiqués à l'égard des affiliés au RCAM résultent de la grille tarifaire établie par la CNS et annexée à la convention de 1996 décrite au point 76 ci-dessus.

- 79 Toutefois, les deux catégories d'affiliés reçoivent les mêmes soins médicaux. À cet égard, la Cour a déjà jugé que les personnes affiliées au RCAM se trouvaient dans une situation comparable aux ressortissants affiliés au système national de sécurité sociale. La Cour a notamment précisé que, afin d'établir la comparabilité des situations entre les affiliés à la CNS et les affiliés au RCAM, était sans pertinence la circonstance que ces derniers n'acquittent pas d'impôts sur leur traitement à la caisse nationale ni ne cotisent au régime national de sécurité sociale, dès lors qu'ils ne demandent pas le bénéfice de prestations de sécurité sociale au titre dudit régime, mais uniquement l'application de tarifs non discriminatoires pour les soins médicaux (voir, en ce sens, arrêt du 3 octobre 2000, Ferlini, C-411/98, EU:C:2000:530, points 54 à 56). Ainsi, la Cour a considéré dans cette affaire que le critère pertinent était l'identité des soins médicaux reçus par les deux catégories d'affiliés, si bien que le fonctionnaire concerné de l'Union ainsi que les membres de sa famille qui étaient affiliés au RCAM se trouvaient dans une situation comparable aux ressortissants affiliés au système national de sécurité sociale.
- 80 Il s'ensuit que, aux fins de la comparabilité de la situation des affiliés au RCAM et de celle des affiliés à la CNS au regard du principe de non-discrimination, l'éventuelle existence d'une convention, telle que la convention de 1996, ne saurait constituer, en tant que telle, un critère décisif. En effet, la circonstance que les faits au principal de l'affaire ayant donné lieu à l'arrêt du 3 octobre 2000, Ferlini (C-411/98, EU:C:2000:530), se soient déroulés durant la période ayant précédé la conclusion de la convention de 1996 et que les tarifs en cause dans cette affaire aient été appliqués de manière unilatérale par un État membre, alors que le régime des tarifs en cause dans la présente affaire résulte d'une convention conclue entre les autorités nationales compétentes et la Commission, ne modifie pas la comparabilité de la situation des affiliés à la CNS et de celle des affiliés au RCAM lorsque ces deux catégories d'affiliés reçoivent les mêmes soins de santé.
- 81 Par conséquent, ces deux situations sont comparables quant à l'application des tarifs pour les soins médicaux.

Sur l'existence d'une discrimination indirecte en raison de la nationalité

- 82 S'agissant de la question de savoir si l'application de tarifs différenciés aux affiliés au RCAM et aux affiliés à la CNS constitue une discrimination indirecte en raison de la nationalité, il y a lieu de rappeler que, à moins qu'une disposition du droit de l'Union ne soit objectivement justifiée et proportionnée à l'objectif poursuivi, elle doit être considérée comme indirectement discriminatoire lorsqu'elle est susceptible, par sa nature même, d'affecter davantage les ressortissants d'autres États membres que les ressortissants nationaux et qu'elle risque, par conséquent, de défavoriser plus particulièrement les premiers (voir, par analogie, arrêt du 13 avril 2010, Bressol e.a., C-73/08, EU:C:2010:181, point 41 et jurisprudence citée).
- 83 En l'espèce, il est constant que les tarifs appliqués aux affiliés au RCAM, qui découlent de la grille tarifaire adoptée sur la base de la convention de 1996, sont largement plus élevés que ceux appliqués aux affiliés à la CNS. En fait, un affilié à la CNS qui reçoit un traitement d'oxygénothérapie en caisson hyperbare ne se verra facturé aucun montant au titre des coûts fixes associés à ce traitement, dès lors que ces coûts seront pris en charge par le budget global de l'hôpital, quel que soit le traitement accordé à cet affilié. Au contraire, un affilié du RCAM qui reçoit le même traitement recevra une facture de la part de l'hôpital correspondant au montant indiqué dans la grille tarifaire, qui comprend tant les coûts variables que les coûts fixes. Dès lors, la convention de 1996 instaure un régime de facturation dans lequel un patient affilié au RCAM doit supporter à la fois les coûts variables et les coûts fixes associés audit traitement, alors que, dans le système de santé national, les affiliés ne supportent aucun coût,

sous forme de facturation, pour le même traitement. Une telle différence de régime a pour effet que, en ce qui concerne le traitement d'oxygénothérapie en caisson hyperbare, l'affilié à la CNS ne doit rien acquitter par séance, alors que l'affilié RCAM se voit facturer un montant de 568 euros par séance. Ainsi, le montant facturé à un patient affilié au RCAM par l'hôpital est largement supérieur à celui qui aurait été appliqué à un patient affilié à la CNS pour le même traitement, montant qui est totalement pris en charge par la CNS. En outre, il ressort de la réponse donnée par la Commission aux questions posées par le Tribunal que le calcul des coûts des prestations n'est pas fondé sur des tarifs suffisamment proches des coûts réels, ni sur les profils médicaux réels des patients affiliés au RCAM. Il y a donc lieu de considérer que le requérant a fait l'objet d'un traitement défavorable eu égard aux affiliés à la CNS.

- 84 Il n'est par ailleurs pas contesté que les tarifs appliqués aux affiliés au RCAM sont supérieurs à ceux appliqués aux affiliés à la CNS, au seul motif que les premiers ne font pas partie du régime de sécurité sociale national.
- 85 À cet égard, il y a lieu de relever que la grande majorité des ressortissants luxembourgeois résidant au Luxembourg sont affiliés à la CNS. En revanche, la grande majorité des personnes affiliées au RCAM, tout en étant destinataires de soins de santé dispensés sur le territoire luxembourgeois, sont des ressortissants d'autres États membres (voir, par analogie, arrêt du 3 octobre 2000, Ferlini, C-411/98, EU:C:2000:530, point 58).
- 86 Il convient de constater que le régime institué par la convention de 1996, qui prévoit que le RCAM participe au budget global des hôpitaux luxembourgeois par le biais de la facturation, met en place à cette fin un système de facturation conformément auquel les affiliés au RCAM prennent en charge tant les coûts fixes que les coûts variables afférents à la prestation hospitalière en cause, alors que les affiliés à la CNS ne prennent en charge que des coûts variables qui sont entièrement assurés par la CNS. Or, un tel régime a pour effet d'autoriser les prestataires de soins hospitaliers luxembourgeois à appliquer des tarifs plus élevés aux affiliés au RCAM qu'aux affiliés à la CNS. En instaurant ledit régime, la Commission a ainsi permis une différence de traitement fondée sur la nationalité, qui a entraîné un désavantage pour les affiliés au RCAM. Une telle différence de traitement est constitutive d'une discrimination indirecte en raison de la nationalité, à moins qu'elle ne soit objectivement justifiée et proportionnée à l'objectif poursuivi.
- 87 Un tel constat n'est pas infirmé par la thèse avancée par le Parlement selon laquelle l'arrêt du 3 octobre 2000, Ferlini (C-411/98, EU:C:2000:530), n'est pas pertinent pour la solution de la présente affaire. Selon le Parlement, dans l'affaire ayant donné lieu à cet arrêt, s'agissant des soins dispensés aux affiliés au RCAM, c'était l'application unilatérale par un groupe de prestataires de soins de santé de tarifs plus élevés que ceux appliqués aux soins dispensés aux résidents affiliés au régime national de sécurité sociale qui constituait une discrimination en raison de la nationalité, alors que, dans la présente affaire, les tarifs découlent de la grille tarifaire adoptée sur la base de la convention de 1996 négociée entre, notamment, les autorités luxembourgeoises et la Commission, conformément à l'article 39, paragraphe 2, sous e), de la réglementation commune.
- 88 À cet égard, il convient de relever que, aux points 48 à 50 de l'arrêt du 3 octobre 2000, Ferlini (C-411/98, EU:C:2000:530), la Cour a précisé que les tarifs en cause ne relevaient ni de la législation nationale ni de la réglementation, adoptée sous forme de conventions collectives, en matière de sécurité sociale, mais étaient fixés de manière unilatérale par l'ensemble des hôpitaux luxembourgeois réunis au sein de l'Entente des hôpitaux luxembourgeois. La Cour, en s'appuyant sur sa jurisprudence, a donc relevé que l'article 18, premier alinéa, TFUE s'appliquait également dans des cas dans lesquels un groupe ou une organisation, comme cette Entente, exerce un certain pouvoir sur les particuliers et est en mesure de leur imposer des conditions qui nuisent à l'exercice des libertés fondamentales garanties par le traité FUE. Ainsi, ladite précision visait à démontrer qu'une pratique unilatérale d'un prestataire de services de santé relevait du champ d'application de l'article 18 TFUE.

- 89 Or, le fait que, dans la présente affaire, une convention telle que la convention de 1996 soit à l'origine d'une différence de traitement, et non l'application unilatérale par un prestataire hospitalier de soins de santé de tarifs appliqués aux soins dispensés aux affiliés au RCAM, ne saurait remettre en cause l'application du principe de non-discrimination en raison de la nationalité. En effet, ainsi qu'il résulte des points 55 à 64 ci-dessus, l'article 18 TFUE, qui consacre ce principe, lie non seulement les États membres, mais également les institutions de l'Union, de sorte que la conclusion d'une convention telle que celle de 1996 ne saurait avoir pour effet de soustraire les institutions de l'Union aux obligations qui leur incombent en vertu dudit principe.
- 90 De même, ainsi que le soutient le Parlement, la Commission peut certes, en vertu de l'article 39, paragraphe 2, sous e), de la réglementation commune, négocier et conclure un accord avec les autorités nationales, permettant un plafonnement des tarifs pratiqués. Il n'en demeure pas moins que, dans l'exercice de cette compétence, la Commission est tenue de respecter le principe de non-discrimination en raison de la nationalité, de sorte qu'elle ne peut introduire une différence de traitement ayant pour effet de défavoriser les affiliés au RCAM par rapport aux affiliés à un régime de sécurité sociale national, à moins qu'une telle différence de traitement ne soit objectivement justifiée et proportionnée à l'objectif poursuivi.

Sur l'existence d'une justification à la discrimination indirecte en raison de la nationalité

- 91 Le Parlement estime que, à supposer même que le traitement différent entre les affiliés au RCAM et les affiliés à la CNS constitue une discrimination interdite par le traité, la majoration des tarifs en cause est justifiée par un objectif légitime. Il invoque à cet égard, aux points 14 et 15 de son mémoire en défense, la note du commissaire chargé du budget et des ressources humaines du 26 novembre 2015 selon laquelle la conclusion de la convention de 1996 aurait permis la mise en place de plafonnements en matière de tarifs d'hospitalisation pour les affiliés au RCAM, ce qui aurait évité d'aboutir à des tarifications encore supérieures à celles pratiquées « actuellement ».
- 92 À cet égard, ainsi qu'il a été relevé au point 82 ci-dessus, une différence de traitement de situations comparables, telle que celle instaurée par la convention de 1996, constitue une discrimination indirecte sur la base de la nationalité, qui est prohibée, à moins qu'elle ne soit objectivement justifiée.
- 93 Pour être justifiée, la mesure concernée doit être propre à garantir la réalisation de l'objectif légitime qu'elle poursuit et ne saurait aller au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre (voir arrêt du 13 avril 2010, Bressol e.a., C-73/08, EU:C:2010:181, point 48 et jurisprudence citée).
- 94 En matière de sécurité sociale, la Cour a déjà jugé que l'objectif consistant à prévenir un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale d'un État membre pouvait constituer un objectif légitime (voir, en ce sens, arrêt du 10 mars 2009, Hartlauer, C-169/07, EU:C:2009:141, point 47 et jurisprudence citée). Il peut être considéré que, par analogie, le même objectif légitime peut s'appliquer au système de sécurité sociale de l'Union, à savoir le RCAM. Dès lors, l'objectif invoqué par le Parlement et consistant à limiter les dépenses du RCAM, visé par la convention de 1996, pourrait, en principe, constituer un objectif légitime.
- 95 Toutefois, d'une part, lorsqu'une autorité adopte une mesure dérogatoire à un principe consacré par le droit de l'Union, il lui appartient de prouver, dans chaque cas d'espèce, que ladite mesure est propre à garantir la réalisation de l'objectif invoqué et ne va pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre celui-ci. Les justifications susceptibles d'être invoquées par une institution doivent donc être accompagnées de preuves appropriées ou d'une analyse de l'aptitude et de la proportionnalité de la mesure restrictive adoptée par cette institution ainsi que des éléments précis permettant d'étayer son argumentation. Il importe qu'une telle analyse objective, circonstanciée et chiffrée soit en mesure de

démontrer, à l'aide de données sérieuses, convergentes et de nature probante, qu'il existe effectivement des risques pour l'équilibre du système de sécurité sociale (voir, en ce sens et par analogie, arrêt du 21 janvier 2016, Commission/Chypre, C-515/14, EU:C:2016:30, point 54).

- 96 Or, force est de constater que, en l'occurrence, une telle analyse fait défaut. En effet, dans son mémoire en défense, le Parlement s'est limité sur ce point à des affirmations d'ordre général sans fournir d'éléments de preuve précis permettant d'étayer son argumentation, selon laquelle la convention de 1996 en cause serait justifiée par l'« objectif légitime » de « mise en place de plafonnements en matière de frais d'hospitalisation pour les affiliés [au] RCAM ».
- 97 D'autre part, certes, la limitation des dépenses du RCAM pourrait constituer, en principe, un objectif légitime, ainsi qu'il ressort du point 94 ci-dessus. Toutefois, force est de constater que le plafonnement des tarifs en cause tel qu'il résulte de la convention de 1996, et, en particulier, la fixation d'un tarif à un niveau largement supérieur à celui pratiqué à l'égard des affiliés à la CNS ayant reçu les mêmes soins de santé, ne saurait constituer une mesure adéquate et proportionnée pour réaliser l'objectif invoqué.
- 98 En outre, et en tout état de cause, il n'a pas été soutenu devant le Tribunal, dans le cadre de la présente affaire, que le régime découlant de la convention de 1996 répondrait à l'objectif consistant à prévenir un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale luxembourgeois. Il s'ensuit qu'aucun « objectif légitime » ne justifie dans le cas d'espèce la différence de traitement entre les bénéficiaires des deux régimes de remboursement de soins, telle qu'elle découle de la grille tarifaire annexée à la convention de 1996.
- 99 Il ressort des éléments qui précèdent que le premier moyen doit être accueilli. Il convient donc, sans qu'il soit besoin d'examiner le second moyen invoqué par le requérant, d'accueillir l'exception d'illégalité de la convention de 1996 et, en conséquence, d'annuler la décision attaquée, dès lors qu'elle fait application de la grille tarifaire appliquée par le bureau liquidateur, telle qu'elle ressort du régime mis en place par la convention de 1996.

Sur les dépens

- 100 Aux termes de l'article 134, paragraphe 1, du règlement de procédure, toute partie qui succombe est condamnée aux dépens, s'il est conclu en ce sens. Le Parlement ayant succombé, il y a lieu de le condamner aux dépens, conformément aux conclusions du requérant.
- 101 En application de l'article 138, paragraphe 3, du règlement de procédure, l'intervenante supportera ses propres dépens.

Par ces motifs,

LE TRIBUNAL (neuvième chambre)

déclare et arrête :

- 1) La décision du bureau liquidateur du régime commun d'assurance maladie de Luxembourg, telle qu'elle ressort du bordereau de paiement n° 244 du 25 janvier 2017, mettant à la charge de M. Francis Wattiau un montant de 843,01 euros, correspondant à 15 % de la facture médicale du 30 mai 2016, est annulée.**
- 2) Le Parlement européen supportera, outre ses propres dépens, ceux exposés par M. Wattiau.**

3) L'Association des seniors de la fonction publique européenne (SFPE) supportera ses propres dépens.

Gervasoni

Madise

da Silva Passos

Ainsi prononcé en audience publique à Luxembourg, le 30 avril 2019.

Le greffier
E. Coulon

Le président
S. Frimodt Nielsen