Recueil de la jurisprudence

ARRÊT DU TRIBUNAL DE LA FONCTION PUBLIQUE DE L'UNION EUROPÉENNE (deuxième chambre)

16 mai 2013 *

« Fonction publique — Sécurité sociale — Maladie grave — Notion — Hospitalisation — Prise en charge — Paiement direct par le bureau liquidateur — Absence de plafonds dans les DGE pour les frais d'hébergement — Obligation d'informer l'affilié au préalable en cas de facturation excessive »

Dans l'affaire F-104/10,

ayant pour objet un recours introduit au titre de l'article 270 TFUE, applicable au traité CEEA en vertu de son article 106 bis,

Mario Alberto de Pretis Cagnodo, ancien fonctionnaire de la Commission européenne,

Serena Trampuz de Pretis Cagnodo, son épouse,

demeurant ensemble à Trieste (Italie), représentés par M^e^ C. Falagiani, avocat,

parties requérantes,

contre

Commission européenne, représentée par MM. J. Currall et D. Martin, en qualité d'agents, assistés de M^e^ A. Dal Ferro, avocat,

partie défenderesse,

LE TRIBUNAL DE LA FONCTION PUBLIQUE (deuxième chambre),

composé de M^me^ M. I. Rofes i Pujol (rapporteur), président, M^me^ I. Boruta et M. K. Bradley, juges,
greffier : M. J. Tomac, administrateur,

vu la procédure écrite et à la suite de l'audience du 21 juin 2012,

rend le présent

Arrêt

1 Par requête parvenue au greffe du Tribunal le 21 octobre 2010, M. de Pretis Cagnodo et son épouse, M^me^ Trampuz de Pretis Cagnodo, ont introduit le présent recours tendant à l'annulation des décisions du bureau liquidateur d'Ispra (Italie) (ci-après le «bureau liquidateur») du régime commun d'assurance

* Langue de procédure : l'italien.

maladie (ci-après le «RCAM»), telles qu'elles ressortent du bordereau de paiement nº 10, du 1er octobre 2009, refusant le remboursement à 100 % des frais d'hospitalisation de la requérante, encourus entre le 13 février 2009 et le 25 mars 2009, et laissant à la charge du requérant la somme de 28 800 euros au titre des frais d'hébergement pendant l'hospitalisation considérés comme excessifs.

Cadre juridique

2 L'article 72 du statut des fonctionnaires de l'Union européenne, dans sa rédaction applicable au litige (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 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, 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.

[…]

2. Le fonctionnaire resté au service de [l'Union] jusqu'à l'âge de 63 ans 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 bis. Bénéficient également des dispositions prévues au paragraphe 1, à condition qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle lucrative :

i) l'ancien fonctionnaire titulaire d'une pension d'ancienneté ayant quitté le service [de l'Union] avant l'âge de 63 ans,

[…]»

3 En vertu de l'article 27 du règlement (CE, Euratom) nº 1605/2002 du Conseil, du 25 juin 2002, portant règlement financier applicable au budget général des Communautés européennes (JO L 248, p. 1) :

«1. Les crédits budgétaires sont utilisés conformément au principe de bonne gestion financière, à savoir conformément aux principes d'économie, d'efficience et d'efficacité.

2. Le principe d'économie prescrit que les moyens mis en œuvre par l'institution en vue de la réalisation de ses activités sont rendus disponibles en temps utile, dans les quantités et qualités appropriées et au meilleur prix.

Le principe d'efficience vise le meilleur rapport entre les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus.

Le principe d'efficacité vise l'atteinte des objectifs spécifiques fixés et l'obtention des résultats escomptés.

[…]»

4 L'article 36 du règlement de procédure dispose :

«Si la requête n'est pas conforme aux conditions énumérées à l'article 35, paragraphe 1, sous a), b) et c), paragraphe 2, ou paragraphe 5, le greffier fixe au requérant un délai raisonnable aux fins de régularisation. À défaut de cette régularisation dans le délai imparti, le Tribunal décide si l'inobservation de ces conditions entraîne l'irrecevabilité formelle de la requête.»

5 L'article 1er de la réglementation commune relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires de l'Union européenne visée à l'article 72 du statut (ci-après la «réglementation commune») est rédigé comme suit :

«En application de l'article 72 du [s]tatut, il est institué un [RCAM]. Ce régime garantit aux bénéficiaires, dans les limites et conditions prévues dans la présente [r]églementation et dans les dispositions générales d'exécution adoptées sur la base de son article 52, le remboursement des frais exposés par suite de maladie, d'accident ou de maternité, ainsi que le versement d'une indemnité de frais funéraires.

Les bénéficiaires sont les affiliés et les personnes assurées de leur chef.

[…]»

6 L'article 2 de la réglementation commune dispose :

«[…]

3. Sont affiliés au [RCAM] :

— Les anciens fonctionnaires, agents temporaires, bénéficiaires d'une pension d'ancienneté,

— […]»

7 L'article 12 de la réglementation commune établit :

«Sont assurés du chef de l'affilié, suivant les conditions fixées aux articles 13 et 14 :

— Le conjoint de l'affilié, pour autant qu'il ne soit pas lui-même affilié au [RCAM] ;

— […]»

8 En vertu de l'article 20 de la réglementation commune, qui établit les règles générales de remboursement :

«1. Dans le but de sauvegarder l'équilibre financier du [RCAM] et dans le respect du principe de couverture sociale qui inspire l'article 72 du [s]tatut, des plafonds de remboursement de certaines prestations peuvent être fixés dans les dispositions générales d'exécution.

Si les frais exposés par l'affilié sont inférieurs au plafond, le remboursement est calculé sur la base du montant exposé.

2. Pour les prestations pour lesquelles aucun plafond de remboursement n'est fixé, la partie des frais considérés comme excessifs au regard des coûts normaux dans le pays où les frais ont été exposés ne donne pas lieu à remboursement. La partie des frais considérés comme excessifs est déterminée au cas par cas par le [b]ureau liquidateur [du RCAM] après avis du médecin[-]conseil.

[…]

6. Conformément à l'article 72, paragraphe 1, du [s]tatut, les frais sont remboursés à 100 % en cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladies mentales et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'autorité investie du pouvoir de nomination après avis du médecin[-]conseil du [b]ureau liquidateur [du RCAM].

Cet avis est émis sur la base des critères généraux fixés dans les dispositions générales d'exécution après consultation du [c]onseil médical [du RCAM].

[…]»

9 L'article 30 de la réglementation commune prévoit :

«1. Des avances peuvent être octroyées aux affiliés pour leur permettre de faire face à des dépenses importantes. Elles sont attribuées principalement sous la forme d'une prise en charge en cas d'hospitalisation.

2. Les avances sur frais médicaux sont récupérées, soit sur toute somme due à l'affilié au titre du [RCAM], soit sur la rémunération ou la pension, soit sur toute somme due à l'affilié par son institution, soit sur la pension de survie suite au décès de l'affilié. […]»

10 En vertu de l'article 35 de la réglementation commune :

«[…]

2. Avant de prendre une décision sur une réclamation introduite sur la base de l'article 90, paragraphe 2, du [s]tatut, l'autorité investie du pouvoir de nomination ou, selon le cas, le [c]onseil d'administration [du RCAM] doit demander l'avis du [c]omité de [g]estion [du RCAM].

[…]»

11 L'article 36 de la réglementation commune dispose :

«Le fonctionnement du présent régime est assuré par un [c]omité de [g]estion, un [b]ureau central, des bureaux liquidateurs et un conseil médical»

12 L'article 41 de la réglementation commune établit :

«Le [c]omité de [g]estion est assisté d'un [c]onseil médical composé d'un médecin[-]conseil par institution et des médecins[-]conseils de chaque [b]ureau liquidateur.

Le [c]onseil médical peut être consulté par le [c]omité de [g]estion ou le [b]ureau central sur toute question de nature médicale qui se poserait dans le cadre du [RCAM]. Il se réunit à la demande du [c]omité de [g]estion ou du [b]ureau central ou à la demande d'un des médecins[-]conseils des bureaux liquidateurs et émet son avis dans le délai qui lui est indiqué.»

13 L'article 43 de la réglementation commune dispose, en ce qui concerne l'ordonnancement et le contrôle :

«1. L'exécution des recettes et des dépenses du [RCAM] s'effectue, par analogie, en conformité avec les dispositions prévues dans le [r]èglement [nº 1605/2002] et en particulier son article 60.

2. […]

3. Le [b]ureau central procède ou fait procéder à des contrôles ex post en vue de

— s'assurer de la légalité et de la régularité des opérations effectuées par les [b]ureaux liquidateurs et du respect des principes de bonne gestion financière,

[…]»

14 Selon l'article 52 de la réglementation commune :

«1. En vertu de l'article 72, paragraphe 1, troisième alinéa, du [s]tatut, les institutions délèguent à la Commission [européenne] la compétence pour fixer, par des dispositions générales d'exécution, les règles régissant le remboursement des frais dans le but de sauvegarder l'équilibre financier du [RCAM] et dans le respect du principe de couverture sociale qui inspire l'article 72, paragraphe 1, premier alinéa du [s]tatut.

[…]»

15 Le titre II, chapitre 2, point 1.3 des dispositions générales d'exécution adoptées par la Commission européenne en application de l'article 52 de la réglementation commune (ci-après les «DGE»), qui porte sur les modalités de remboursement en cas d'hospitalisation établit, en ce qui concerne le taux de remboursement :

«Tout séjour considéré comme hospitalisation est remboursé à 85 % en cas d'intervention chirurgicale ou en cas d'hospitalisation médicale.

Ce taux de remboursement est porté à 100 % :

— En cas de maladie grave ;

— […]

— En cas d'hospitalisation prolongée, pour les frais de séjour au-delà de [trente] jours consécutifs, après avis du médecin[-]conseil.»

16 Le point 1.3 susmentionné des DGE dispose, pour ce qui est des conditions de remboursement :

«Pour être remboursée, l'hospitalisation doit faire l'objet d'un rapport médical communiqué au médecin-conseil du [b]ureau liquidateur.

— Frais d'hébergement :

Les frais de séjour relatifs aux frais de pension, de service et de taxes, sont remboursés sur [la] base des dépenses réellement exposées et en fonction des normes de facturation en vigueur en la matière dans le pays où a eu lieu l'hospitalisation. S'ils sont compris dans le prix forfaitaire de la journée d'hospitalisation, le remboursement s'effectue globalement.

Le remboursement des frais résultant du choix de la chambre se limite au prix de la chambre particulière individuelle la moins onéreuse de l'hôpital.

Le remboursement des frais se limite à la durée de l'hospitalisation médicalement nécessaire afin de procéder aux interventions ou de fournir des soins dans le pays où a eu lieu l'hospitalisation.

[…]»

17 Le titre III, chapitre 4, des DGE, qui règle la prise en charge et les avances, précise :

«Conformément à l'article 30 de la [r]églementation commune, des avances peuvent être accordées aux affili[és] pour leur permettre de faire face à des dépenses importantes. Elles sont attribuées en principe sous la forme de prises en charge et à titre exceptionnel sous forme d'avances.

[…]

1. Prises en charge

Sauf cas d'urgence ou de force majeure, la prise en charge doit être demandée au préalable par l'affilié.

La prise en charge est accordée dans les cas suivants :

— En cas d'hospitalisation, la prise en charge couvre les factures principales et celles du chirurgien.

[…]

Dans le cadre d'une prise en charge, la partie des frais restant à charge de l'affilié(e) après tarification est retenue en principe sur les remboursements ultérieurs, éventuellement sur sa rémunération, sa pension ou sur toute autre somme qui lui est due par son [i]nstitution. Sur demande du [b]ureau liquidateur, le solde peut être remboursé par virement sur le compte bancaire du RCAM.

[…]»

18 Le titre III, chapitre 5, des DGE, relatif à la reconnaissance du statut de maladie grave, dispose ce qui suit :

«1. Définition

Sont reconnus notamment comme maladies graves, les cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'[autorité investie du pouvoir de nomination].

Ces dernières concernent des affections associant, à des degrés variables, les quatre critères suivants :

— pronostic vital défavorable ;

— évolution chronique ;

— nécessité de mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques lourdes ;

— présence ou risque de handicap grave.

[…]»

Faits à l'origine du litige

19 Le requérant, ancien fonctionnaire de la Commission et bénéficiaire d'une pension d'ancienneté est, en tant que tel, affilié au RCAM. Son épouse, également requérante dans la présente affaire, est couverte à titre primaire par le RCAM en sa qualité de conjointe d'affilié et d'assurée du chef de celui-ci.

20 Le 22 janvier 2009, la requérante a introduit, en tant qu'épouse de l'affilié et personne le représentant, une demande de prise en charge, en vertu du titre III, chapitre 4, point 1, des DGE auprès du bureau liquidateur en vue de sa propre hospitalisation, prévue pour le 12 février 2009, à la clinique Anthea de Bari (Italie). Le 5 février 2009, le bureau liquidateur a fait droit à la demande et a envoyé une lettre à la clinique en l'informant qu'il allait prendre en charge les frais d'hospitalisation de la requérante et en lui indiquant qu'aucune facture provisoire ou demande d'acompte ne devait être envoyée aux assurés.

21 L'hospitalisation a eu lieu le 13 février 2009. La requérante a subi une intervention le 14 février 2009, qui a été suivie d'une complication ayant nécessité une seconde intervention chirurgicale, le 25 février 2009. Le séjour de la requérante à la clinique Anthea a duré jusqu'au 25 mars 2009, soit 40 jours au total.

22 Le 13 avril 2009, donnant suite à la décision de prise en charge, le bureau liquidateur a contacté la clinique Anthea en lui demandant de lui transmettre directement, et non pas à la patiente, la facture principale pour paiement. La clinique Anthea a envoyé au bureau liquidateur la facture n° 4080, du 16 avril 2009, pour un montant total de 83 893,20 euros, taxe sur la valeur ajoutée (ci-après la «TVA») comprise, dont 57 600 euros pour les frais d'hébergement à raison de 1 440 euros par jour, TVA comprise, et 26 293,20 euros pour les frais médicaux et hospitaliers. La facture, détaillée en ce qui concerne ces derniers frais mais ne spécifiant pas le type de chambre occupée par la requérante, a été acquittée dans sa totalité par le bureau liquidateur sans informer au préalable les requérants du montant facturé.

23 Le bureau liquidateur a transmis au requérant le bordereau de paiement n° 10, daté du 1er octobre 2009, duquel il ressort : i) que le montant total payé pour l'hospitalisation a été de 83 893,20 euros ; ii) que le bureau liquidateur a considéré excessifs les frais d'hébergement facturés d'un total de 57 600 euros ; iii) que le remboursement pour ces derniers frais a été limité à 28 800 euros, soit 720 euros par jour, TVA comprise, les 28 800 euros restants étant laissés à la charge de l'affilié ; et, iv) que les frais d'hospitalisation remboursables, à savoir 55 093,20 euros, dont 26 293,2 euros au titre des frais médicaux et 28 800 euros correspondant à l'hébergement, ont été remboursés au requérant au taux de 85 %, soit 46 829,22 euros à la charge du bureau liquidateur et les 8 263,98 euros restants à la charge du requérant. Il ressort de ces calculs que, pour 40 jours d'hospitalisation, frais médicaux et d'hébergement confondus, le bureau liquidateur a considéré comme remboursable un montant de 1 377,30 euros par jour d'hospitalisation.

24 La requérante a présenté des observations sur le bordereau de paiement n° 10 et a souligné la possibilité de contacter la clinique Anthea afin d'obtenir davantage d'informations relatives à l'hébergement. Ainsi que cela ressort également de la décision de la Commission, du 23 juillet 2010, qui sera prise en réponse à la réclamation introduite par la requérante sur le fondement de l'article 90, paragraphe 2, du statut (ci-après la «décision de rejet de la réclamation»), il a été porté à la connaissance de cette dernière, le 13 novembre 2009, que son dossier avait été transmis au conseil médical du RCAM (ci-après le «conseil médical») pour avis. Il ressort également de la décision de rejet de la réclamation que, par un courriel du 26 novembre 2009, la requérante a sollicité la caisse de maladie afin qu'elle prenne contact avec la clinique Anthea en vue d'un éventuel réexamen de la facture du 16 avril 2009.

25 Il ressort encore de la décision de rejet de la réclamation que, par un courriel du 27 novembre 2009, le bureau liquidateur a communiqué à la requérante le contenu de la communication téléphonique que son responsable avait eu avec un employé de la clinique Anthea. Lors de cet échange, ce dernier

aurait indiqué que la requérante avait été hospitalisée dans une suite très luxueuse, avec un lit en laiton, et un menu à la carte. La demande écrite effectuée par le bureau liquidateur visant à se voir communiquer le prix de la chambre particulière individuelle la moins onéreuse de la clinique n'a pas obtenu de réponse de la part de la clinique Anthea.

26 Il résulte du compte rendu de la réunion du conseil médical tenue à Bruxelles (Belgique) le 10 décembre 2009, communiqué au requérant par une lettre du bureau liquidateur datée du 26 janvier 2010, que le conseil médical a confirmé le caractère excessif des frais d'hébergement facturés, d'un total de 57 600 euros, sur le fondement des renseignements fournis par les médecins italiens, d'après lesquels le coût observé en Italie pour ce type de frais se situe entre 400 et 600 euros par jour, hors TVA (ci-après la «décision du 26 janvier 2010»).

27 La requérante a introduit une réclamation, datée du 16 avril 2010, et enregistrée par la Commission le 22 avril 2010, sur le fondement de l'article 90, paragraphe 2, du statut. Dans sa réclamation, la requérante estime, d'une part, que le bureau liquidateur, destinataire de la facture de la clinique Anthea, aurait dû exciper en temps utile du caractère excessif de la somme demandée au titre des frais d'hébergement et ne pas procéder à son paiement. D'autre part, la requérante considère que les frais liés à son hospitalisation auraient dû être remboursés à 100 %, en raison du fait que la maladie qui a entraîné son hospitalisation est «grave» au sens de l'article 72, paragraphe 1, premier alinéa, du statut. Enfin, la requérante fait valoir que, la durée d'hospitalisation au-delà de 30 jours étant justifiée, les frais hospitaliers des dix derniers jours auraient dû faire l'objet d'un remboursement à 100 %. En ce qui concerne le caractère excessif des frais d'hébergement, la requérante se plaint du fait que, au lieu de facturer ces derniers à raison de 300 euros par jour pour une chambre individuelle, montant qui lui avait été communiqué oralement à deux reprises avant son hospitalisation, la clinique Anthea aurait gonflé le coût de l'hébergement jusqu'à 1 440 euros par jour sous prétexte de l'avoir logée dans une suite luxueuse, ce qui serait faux étant donné que ladite clinique ne dispose pas de suites pour les patients.

28 Au vu de la réclamation, l'autorité investie du pouvoir de nomination (ci-après l'«AIPN») a demandé l'avis du médecin-conseil du bureau liquidateur (ci-après le «médecin-conseil») sur le point de savoir, d'une part, si les frais d'hospitalisation au-delà de 30 jours consécutifs étaient justifiés et, d'autre part, si la pathologie ayant conduit à l'intervention chirurgicale subie par la requérante pouvait être reconnue comme maladie grave au sens du titre III, chapitre 5, point 1, des DGE. Dans l'avis émis le 18 mai 2010, le médecin-conseil a conclu, quant à la première question, que la sortie de la patiente de la clinique Anthea était possible dès le 8 mars 2009, les thérapies et examens effectués par la suite étant exécutables au domicile ou en consultation externe. Quant à la seconde, il a estimé qu'au moins deux des critères fondamentaux pour la reconnaissance de la maladie grave, à savoir le pronostic vital défavorable et la présence ou le risque d'une infirmité ou d'un handicap grave, n'étaient pas remplis.

29 Conformément à l'article 35, paragraphe 2, de la réglementation commune, l'AIPN a demandé également l'avis du comité de gestion du RCAM (ci-après le «comité de gestion»). Lors de sa réunion des 9 et 10 juin 2010, ce dernier a discuté sur les questions soulevées par la réclamation et s'est adressé au conseil médical sur la question de savoir si la durée de l'hospitalisation était médicalement indispensable. Le conseil médical a répondu, le 24 juin 2010, qu'il n'y avait pas assez d'éléments dans le dossier relatifs à l'hospitalisation au-delà de 30 jours et a considéré que la disposition du titre II, chapitre 2, point 1.3, des DGE, relative au remboursement à 100 % pour les frais de séjour au-delà de 30 jours consécutifs, pourrait s'appliquer à la requérante. Au vu de la réponse du conseil médical, le comité de gestion s'est montré favorable à ce que la décision du bureau liquidateur, de ne pas appliquer à la requérante le taux de remboursement de 100 % pour maladie grave, soit confirmée.

30 La décision de rejet de la réclamation a refusé d'y faire droit en ce qui concerne tant le caractère excessif des frais d'hébergement dépassant 720 euros par jour, TVA comprise, que l'absence de maladie grave au sens du titre III, chapitre 5, point 1, des DGE. Pour ce qui est de la question de

savoir si l'hospitalisation de la requérante au-delà de 30 jours était indispensable, l'AIPN a estimé nécessaire de renvoyer le dossier au bureau liquidateur afin que ce dernier demande une expertise médicale externe.

31 Il ressort également de la décision de rejet de la réclamation que, dans l'avis adopté à la suite de sa réunion des 9 et 10 juin 2010, le comité de gestion a demandé que de l'assistance soit donnée à la requérante par le bureau central et/ou le bureau liquidateur en vue de la récupération auprès de la clinique Anthea de la surfacturation de l'hébergement. Il ne ressort pas du dossier que lesdits bureaux liquidateurs aient donné suite à cette demande du comité de gestion.

Conclusions des parties

32 Les requérants concluent dans la requête à ce qu'il plaise au Tribunal :

— suspendre ou interdire provisoirement l'exécution de la procédure de recouvrement forcé des sommes en cause, et interdire provisoirement le prélèvement d'office sur la pension du requérant (premier chef de conclusions) ;

— constater et déclarer qu'aucun reproche ni grief ne peut être fait à la requérante en ce qui concerne le montant et le paiement des frais d'hébergement tels qu'exigés par la clinique dans laquelle elle a subi son intervention (deuxième chef de conclusions) ;

— qualifier de «graves» la maladie qui a provoqué l'hospitalisation de la requérante et les interventions auxquelles elle a été soumise (troisième chef de conclusions) ;

— considérer inévitable et thérapeutiquement correcte la durée de l'hospitalisation (quatrième chef de conclusions) ;

— déclarer les requérants exempts de tout remboursement des prestations effectuées par le bureau liquidateur (cinquième chef de conclusions) ;

— ordonner à la Commission d'annuler la demande de restitution de la somme de 41 833 euros ou d'une autre somme qui serait éventuellement déterminée (sixième chef de conclusions) ;

— ordonner à la Commission de s'abstenir de tout prélèvement d'office du montant de 41 833 euros, ou de tout autre montant qui serait déterminé, sur la pension du requérant (septième chef de conclusions) ;

— adopter différentes mesures d'instruction (huitième chef de conclusions) ;

— condamner la Commission aux dépens (neuvième chef de conclusions).

33 Les requérants ont précisé et élargi leurs conclusions, à l'occasion de la régularisation de la requête, le 16 novembre 2010, en ce sens que, par leur recours, ils demandent au Tribunal :

— d'annuler la décision de la Commission, telle qu'elle ressort du bordereau de paiement n° 10, du 1er octobre 2009 ;

— d'annuler la décision du 26 janvier 2010 ;

— d'annuler la décision de rejet de la réclamation.

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

— rejeter le recours comme irrecevable et/ou dénué de fondement ;

— condamner les requérants aux dépens.

Procédure

35 Le 5 novembre 2010, le greffe du Tribunal s'est adressé au représentant des requérants, conformément à l'article 36 du règlement de procédure, aux fins de régularisation de la requête, à laquelle n'étaient joints ni l'acte dont l'annulation était demandée, ni le document de légitimation du représentant des requérants, ni non plus un résumé du litige, et lui a octroyé, à cet effet, un délai expirant le 15 novembre 2010. La requête n'ayant été régularisée que le 16 novembre 2010, la deuxième chambre du Tribunal, attributaire de l'affaire, a, lors de sa réunion du 24 octobre 2011, décidé, en vertu du pouvoir d'appréciation que lui reconnaît l'article 36 du règlement de procédure, que, en l'espèce, l'inobservation du délai de régularisation ne devait pas entraîner l'irrecevabilité de la requête.

36 Par acte séparé, déposé au greffe du Tribunal le 15 novembre 2010, les requérants ont introduit une requête par laquelle ils ont demandé au juge des référés d'ordonner le sursis à l'exécution de la procédure de recouvrement forcé, moyennant prélèvement d'office sur la pension d'ancienneté du requérant, des montants non remboursés relatifs à l'hospitalisation de la requérante. Cette requête a été enregistrée sous la référence F-104/10 R.

37 Par ordonnance du 15 février 2011, de Pretis Cagnodo et Trampuz de Pretis Cagnodo/Commission (F-104/10 R), le président du Tribunal a rejeté la demande de sursis à exécution, à défaut pour les requérants d'avoir établi que la condition relative à l'urgence était remplie en l'espèce.

38 Le 11 avril 2011, les requérants ont communiqué au Tribunal l'expertise médicale externe, demandée par le bureau liquidateur pour faire suite à la décision de rejet de la réclamation, que le bureau liquidateur leur avait transmise, le 30 mars 2011. Dans ce document, le médecin spécialiste consulté a conclu que les éléments du dossier permettaient de justifier l'hospitalisation de la requérante au-delà de 30 jours. Le bureau liquidateur a donné suite à cet avis et, dans le bordereau de paiement n° 11, du 18 mars 2011, a comptabilisé 2 066 euros en faveur du requérant, qui ont été soustraits du montant total laissé à sa charge. À la suite de cette opération, outre les 28 800 euros au titre des frais d'hébergement considérés comme excessifs par le bureau liquidateur, il est resté à la charge du requérant un montant de 6 197,98 euros.

39 Le 26 octobre 2011, le greffe du Tribunal a communiqué aux parties les mesures d'organisation de la procédure décidées par le Tribunal, conformément à l'article 56 du règlement de procédure, lesquelles visaient à clarifier certains points et à entendre les requérants sur l'irrecevabilité du recours soulevée par la Commission dans son mémoire en défense.

40 Dans la même communication, le greffe du Tribunal a informé les parties que le Tribunal envisageait, en application de l'article 77 du règlement de procédure, de soulever d'office une fin de non-recevoir tirée du défaut d'intérêt à agir de la requérante, aux motifs, notamment, que le bordereau de paiement n° 10 faisait grief au requérant alors que la requérante était la seule à avoir introduit une réclamation et qu'à première vue, elle ne semblait pas être susceptible de retirer un bénéfice direct de l'annulation éventuelle dudit bordereau de paiement dès lors qu'elle n'en était ni destinataire ni bénéficiaire.

41 Les parties ont disposé de trois semaines pour donner suite aux mesures d'organisation de la procédure, ainsi que pour présenter leurs observations sur la fin de non-recevoir soulevée d'office, et y ont déféré dans le délai imparti.

42 Le juge rapporteur, chargé par le Tribunal à cet effet, en application de l'article 68 du règlement de procédure, a examiné les possibilités d'un règlement amiable du litige entre les requérants et la Commission et a proposé, en mars 2012, une solution qui aurait pu mettre fin au différend, solution qui n'a pas recueilli l'accord des parties. La formation de jugement, lors de la réunion de chambre du 26 avril 2012, a constaté l'échec de la tentative de règlement amiable et a décidé de l'ouverture de la procédure orale.

43 Lors de l'audience du 21 juin 2012, le représentant des requérants a informé le Tribunal qu'il se désistait du quatrième chef de conclusions, tendant à l'annulation du bordereau de paiement n° 10 en ce qu'il n'avait pas reconnu le besoin d'une hospitalisation prolongée, dans la mesure où, au vu des conclusions du spécialiste consulté dans le cadre de l'expertise médicale externe demandée par le bureau liquidateur, ce dernier avait décidé de rembourser à 100 % les frais d'hospitalisation de la requérante au-delà de 30 jours.

Sur la recevabilité

Arguments des parties

44 En premier lieu, dans le mémoire en défense, la Commission, sans demander expressément que le recours soit déclaré irrecevable, a exprimé des doutes à l'égard de la recevabilité du fait que la procédure précontentieuse avait été menée exclusivement par la requérante, laquelle n'a pas la qualité d'affiliée au RCAM, alors que seul l'affilié, à savoir le requérant, serait habilité, en vertu des articles 90 et suivants du statut, à entamer la procédure administrative. À ce propos, la Commission s'en est remise à la sagesse du Tribunal.

45 Par la suite, dans sa réponse aux mesures d'organisation de la procédure, la Commission a repris à son compte la fin de non-recevoir, soulevée d'office par le Tribunal, tirée du défaut d'intérêt à agir de la requérante et a demandé formellement au Tribunal de déclarer le recours irrecevable, car le requérant n'a pas fait précéder son recours d'une réclamation au titre de l'article 90, paragraphe 2, du statut, alors qu'il est le seul destinataire du bordereau de paiement contesté émis par le bureau liquidateur, son épouse n'étant pas formellement destinataire de la facture de la clinique Anthea.

46 En deuxième lieu, dans le mémoire en défense, la Commission a soulevé l'irrecevabilité de la requête parce que celle-ci ne serait pas conforme à l'article 35 du règlement de procédure, dans la mesure où elle n'énoncerait ni les moyens du recours ni les arguments de droit invoqués au soutien des conclusions des requérants.

47 En troisième lieu, de l'avis de la Commission, le recours serait irrecevable, car, en demandant notamment au Tribunal de qualifier de «grave» la maladie de la requérante, les requérants chercheraient à ce que le Tribunal se prononce sur des questions de nature médicale, soustraites, en tant que telles à la compétence de ce dernier.

48 En quatrième lieu, la Commission conclut à ce que le recours soit déclaré irrecevable du fait que les requérants demandent au Tribunal, par certains chefs de conclusions, de lui adresser des injonctions.

49 Les requérants affirment, quant à eux, que l'exception d'irrecevabilité pour défaut d'intérêt à agir de la requérante n'est pas fondée. En effet, l'article 90, paragraphe 2, du statut vise tous ceux qui ont un intérêt à son application. En l'espèce, la réclamation a été introduite par la requérante, qui ne dispose d'aucun revenu propre, sa subsistance dépendant exclusivement de la pension d'ancienneté que perçoit son mari. Partant, tout événement susceptible de grever le montant de cette source de revenu, tel que l'éventuelle retenue sur la pension de son époux des montants dus au titre de frais médicaux, la concerne directement et individuellement. L'introduction de la réclamation par la seule requérante

s'explique par le fait que c'est elle qui a été impliquée dans les événements hospitaliers et qu'elle en connaissait mieux les détails que le requérant. Les requérants ajoutent que, dans la mesure où la requérante a introduit la réclamation en tant qu'épouse du requérant elle l'a fait non seulement en son nom propre mais aussi au nom et pour le compte de ce dernier et concluent que, en tout état de cause, la requête a été introduite par les deux conjoints, ce qui devrait dissiper tout doute tant sur l'existence d'un intérêt à agir dans leurs chefs respectifs que sur la régularité de la procédure précontentieuse. Les requérants n'ont pas pris position sur les autres fins de non-recevoir soulevées par la Commission.

Appréciation du Tribunal

50 Il y a lieu de préciser, à titre liminaire, que c'est à tort que la Commission soutient que la procédure précontentieuse n'aurait pas été suivie correctement.

51 En effet, en vertu de l'article 90, paragraphes 1 et 2, du statut, toute personne visée par le statut peut saisir l'AIPN, soit d'une demande l'invitant à prendre à son égard une décision, soit d'une réclamation dirigée contre un acte lui faisant grief. Il ressort, par ailleurs, de l'article 72, paragraphe 1, premier alinéa, du statut que, en tant que conjoint d'un ancien fonctionnaire, la requérante est couverte contre les risques de maladie. Il s'ensuit que la requérante est une «personne visée par le statut» au sens de l'article 90 de ce texte.

52 Cette appréciation est confirmée par les dispositions de la réglementation commune, notamment ses articles 12 à 14, en vertu desquels le conjoint de l'affilié est assuré du chef de l'affilié, à titre primaire ou complémentaire, selon qu'il dispose ou ne dispose pas, respectivement, de revenus d'origine professionnelle.

53 Il est vrai que les articles 27, 28 et 30 de la réglementation commune réservent aux affiliés la possibilité d'introduire des demandes d'autorisation préalable, des demandes de remboursement ainsi que des demandes d'avances pour faire face à des dépenses importantes.

54 Il n'en demeure pas moins que l'article premier de la réglementation commune inclut, dans la notion de bénéficiaires du RCAM, tant les affiliés que les personnes assurées de leur chef et que les assurés du chef d'un affilié sont, en vertu de l'article 26 de la réglementation commune, tout autant que l'affilié lui-même, enregistrés auprès du bureau central et d'un bureau liquidateur du RCAM. En ce qui concerne la circonstance que le bordereau de paiement n° 10 a été adressé uniquement au requérant, ce n'est que la conséquence du fait que, suivant l'article 30 de la réglementation commune et le point 1 du chapitre 4 du titre III des DGE, c'est l'affilié qui est l'interlocuteur du bureau liquidateur du RCAM lors de l'introduction d'une demande de prise en charge. Même si, en l'espèce, la demande de prise en charge a été introduite par la requérante, elle l'a fait au nom de son époux, possibilité prévue dans le formulaire lui-même.

55 En l'espèce, les factures envoyées par la clinique au bureau liquidateur et acquittées par ce dernier portent le nom de la requérante et, à partir de l'envoi au requérant du bordereau de paiement n° 10, c'est bien la requérante, mieux placée que son conjoint pour connaître la réalité des prestations fournies par la clinique, qui a entamé les démarches auprès du bureau liquidateur, lequel l'a reconnue comme interlocutrice et a saisi le conseil médical. Il en est allé de même lorsque la requérante a introduit une réclamation, sur le fondement de l'article 90, paragraphe 2, du statut, contre la décision du bureau liquidateur. En effet, suite à cette réclamation, l'AIPN a demandé l'avis du médecin-conseil et celui du comité de gestion, le conseil médical ayant également été saisi, et, en réponse, a ensuite adopté la décision de rejet de la réclamation, décision qui a été communiquée à la requérante sous le couvert d'une lettre adressée à son nom, par laquelle elle a été informée que ladite décision était susceptible de faire l'objet de sa part d'un recours devant le Tribunal, dans un délai de trois mois à compter de la date de réception.

56 Dans ces conditions, alors qu'elle a elle-même considéré la requérante comme interlocutrice valable dans le cadre de la procédure précontentieuse, et en vertu de la règle nemo potest venire contra factum proprium, selon laquelle l'administration est tenue de respecter ses propres actes, le Tribunal considère que la Commission ne saurait valablement prétendre à ce stade que la requérante n'avait pas intérêt à agir pour présenter à elle seule, en connaissance de cause, des observations sur le décompte figurant sur le bordereau de paiement n° 10, voire pour introduire une réclamation visant ledit décompte. Il y a lieu d'ajouter que, le recours devant le Tribunal ayant été introduit par les époux requérants, il doit être sous-entendu que, tant au moment de l'introduction de la demande de prise en charge qu'au cours de la procédure précontentieuse, même si les actions ont été menées par la seule requérante et à son nom, les époux requérants ont agi d'un commun accord. Il s'ensuit que le recours n'est pas irrecevable du fait de l'irrégularité supposée de la procédure précontentieuse.

57 En ce qui concerne l'éventuelle violation par la requête de l'article 35, paragraphe 1, sous e), du règlement de procédure, il convient de rappeler que, aux termes de cette disposition, la requête doit contenir l'objet du litige ainsi que les moyens et arguments de fait et de droit invoqués. Il est de jurisprudence constante que de tels éléments doivent être suffisamment clairs et précis pour permettre à la partie défenderesse de préparer sa défense et au Tribunal de statuer sur le recours le cas échéant sans autre information (arrêt du Tribunal du 1er décembre 2010, Gagalis/Conseil, F–89/09, points 36 et 37).

58 Le Tribunal constate que, en l'espèce, les moyens et les arguments de fait et de droit invoqués ne font pas l'objet d'une énumération en tant que tels. Il demeure toutefois qu'une lecture attentive de la requête permet de les déceler dans le texte de celle-ci.

59 Dans la mesure où l'utilisation du modèle de requête qui figure sur Curia, le site internet de la Cour de justice de l'Union européenne, dans la partie réservée au Tribunal, sous la rubrique «[…] informations utiles», n'est pas obligatoire pour les parties, lorsqu'il examine si les conditions posées à l'article 35, paragraphe 1, sous e), du règlement de procédure sont remplies, et pour autant que les moyens et les arguments de fait et de droit invoqués puissent être identifiés, le Tribunal doit donner à cette disposition une interprétation suffisamment souple afin de respecter le droit, conféré aux requérants par l'article 19, quatrième alinéa, du statut de la Cour de justice de l'Union européenne, applicable à la procédure devant le Tribunal conformément à l'article 7, paragraphe 1, de l'annexe I du même statut, de choisir librement son avocat, indépendamment de l'État dans lequel cet avocat est habilité à exercer sa profession.

60 Dans ces circonstances, et au vu de ce que le contenu prétendument incomplet de la requête, selon la Commission, n'a pas empêché, en l'espèce, celle-ci de se défendre, dans la mesure où elle a pu présenter un mémoire en défense qui aborde tant la recevabilité que le fond de l'affaire, il n'y a pas lieu de déclarer le recours irrecevable pour violation de l'article 35, paragraphe 1, sous e), du règlement de procédure.

61 En ce qui concerne la fin de non-recevoir soulevée par la Commission à l'encontre du troisième chef de conclusions de la requête, tendant à ce que le Tribunal qualifie de «graves» la maladie qui a nécessité l'hospitalisation de la requérante et les interventions auxquelles elle a été soumise, il convient de rappeler qu'il ressort d'une jurisprudence constante que, s'il est vrai que les voies de recours prévues par le statut ne peuvent, en principe, être utilisées pour mettre en cause des appréciations médicales proprement dites, lesquelles doivent être tenues pour définitives lorsqu'elles sont intervenues dans des conditions régulières, il n'en demeure pas moins qu'il appartient au Tribunal, sans remettre en cause les appréciations médicales soutenant la décision contestée, en l'espèce celle de refus de reconnaissance du caractère grave de l'affection de la requérante, d'examiner si l'AIPN, en adoptant la décision contestée, a correctement apprécié les faits et exactement appliqué les dispositions légales pertinentes (arrêt du Tribunal du 18 septembre 2007, Botos/Commission, F–10/07, points 39 et 40). Il s'ensuit que le troisième chef de conclusions de la requête ne doit pas, sur le fondement des arguments avancés par la Commission, être déclaré irrecevable.

62 La Commission soulève une quatrième fin de non-recevoir à l'encontre de deux chefs de conclusions de la requête, à savoir le sixième, qui vise à ce que le Tribunal ordonne à la Commission d'annuler la demande de restitution de la somme de 41 833 euros, ou d'une autre somme qui serait éventuellement déterminée, ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le RCAM, et le septième, qui vise à ce que le Tribunal ordonne à la Commission de s'abstenir de tout prélèvement d'office sur la pension du requérant de ladite somme ou de celle qui serait éventuellement déterminée. En outre, le Tribunal relève que, par le deuxième chef de conclusions de la requête, les requérants demandent au Tribunal de constater et de déclarer qu'aucun reproche ni grief ne peut être fait à la requérante pour ce qui est du montant et du paiement des frais d'hébergement facturés par la clinique Anthea.

63 Il ressort d'une jurisprudence constante qu'il n'appartient pas au juge de l'Union d'adresser des injonctions à l'administration ou de faire des déclarations en droit dans le cadre du contrôle de légalité fondé sur l'article 91 du statut (arrêt du Tribunal du 12 décembre 2012, BS/Commission, F–90/11, point 100, et la jurisprudence citée, faisant l'objet d'un pourvoi pendant devant le Tribunal de l'Union européenne, affaire T-83/13 P). Il s'ensuit que les trois chefs de conclusions susmentionnés doivent être rejetés comme irrecevables.

64 Enfin, par le premier chef de conclusions de la requête, les requérants demandent au Tribunal de suspendre provisoirement l'exécution de la procédure de recouvrement forcé des sommes ne faisant pas l'objet d'un remboursement du RCAM et d'interdire provisoirement à la Commission d'effectuer des prélèvements d'office sur la pension du requérant.

65 Or, ces conclusions ont fait l'objet de la requête séparée introduite par les requérants le 15 novembre 2010, qui a donné lieu à l'ordonnance de Pretis Cagnodo et Trampuz de Pretis Cagnodo/Commission, précitée, rejetant lesdites conclusions.

66 Par conséquent, ces conclusions ayant déjà été rejetées, elles ne peuvent pas être soumises au Tribunal ni examinées par celui-ci dans le cadre de la présente procédure.

67 À l'occasion de la régularisation de la requête, les requérants ont cherché à préciser leurs conclusions par l'ajout, dans un mémoire complémentaire, de trois nouveaux chefs de conclusions.

68 Or, si la recevabilité du premier chef de conclusions du mémoire complémentaire, à savoir l'annulation du bordereau de paiement n° 10, ne présente pas de doutes en ce qu'il se confond avec les troisième, quatrième et cinquième chefs de conclusions de la requête, il en va autrement des deuxième et troisième chefs de conclusions du mémoire complémentaire, par lesquels les requérants demandent l'annulation, respectivement, de la décision du 26 janvier 2010 et de la décision de rejet de la réclamation, car ces deux chefs de conclusions ne figuraient pas énoncés dans le texte de la requête.

69 En effet, la régularisation de la requête ne pouvant porter, conformément à l'article 36 du règlement de procédure, que sur les conditions énumérées à l'article 35, paragraphe 1, sous a), b) et c), paragraphe 2, et paragraphe 5, du règlement de procédure, il est exclu, à ce stade, d'élargir l'objet du recours par l'ajout de chefs de conclusions.

70 Il s'ensuit que les deuxième et troisième chefs de conclusions figurant dans le mémoire complémentaire sont irrecevables.

Sur le fond

71 Les premier, deuxième, sixième et septième chefs de conclusions de la requête, ainsi que les deuxième et troisième chefs de conclusions du mémoire complémentaire des requérants ayant été déclarés irrecevables et les requérants s'étant désistés lors de l'audience du quatrième chef de conclusions de la requête, il ne reste à examiner que les troisième et cinquième chefs de conclusions de la requête, tels

que précisés par le premier chef de conclusions du mémoire complémentaire. Le Tribunal examinera d'abord le troisième chef de conclusions, et, ensuite, le cinquième, qui visent tous les deux l'annulation du bordereau de paiement n° 10, du 1er octobre 2009, tel que modifié par le bordereau de paiement n° 11, du 18 mars 2011 (ci-après «le bordereau de paiement litigieux»).

Sur le troisième chef de conclusions, tel que précisé par le premier chef de conclusion du mémoire complémentaire, dirigé contre la décision du bureau liquidateur, telle qu'elle ressort du bordereau de paiement litigieux, de limiter le remboursement des frais d'hospitalisation à 85 % du fait que la maladie de la requérante n'est pas considérée comme «grave»

72 À l'appui de ces conclusions en annulation, les requérants soulèvent un moyen unique, tiré de l'erreur manifeste d'appréciation.

Arguments des parties

73 Les requérants font valoir que l'administration, en refusant de reconnaître que la maladie qui a provoqué l'hospitalisation de la requérante est une maladie grave, a commis une erreur manifeste d'appréciation. En effet, compte tenu du type d'intervention chirurgicale pratiquée lorsqu'elle a été hospitalisée, du fait qu'elle a dû subir une deuxième intervention en urgence, de la période pendant laquelle elle a été soumise à une thérapie de revalidation dans une autre clinique, ainsi que du fait qu'elle est obligée en permanence de déambuler en s'aidant d'une béquille, sa maladie remplirait les conditions énumérées au titre III, chapitre 5, point 1, des DGE pour être considérée comme «maladie grave» au sens de cette disposition. Cette qualification aurait eu pour conséquence de porter à 100 % le taux de remboursement de l'hospitalisation de la requérante. À l'appui de cette thèse, les requérants produisent les avis de deux médecins spécialistes et un certificat émis par un médecin spécialiste d'un organisme de santé publique local.

74 La Commission soutient que la décision relative à l'absence de gravité de la maladie de la requérante a été prise dans le respect de la législation applicable. Elle se réfère à l'avis du médecin-conseil du bureau liquidateur, du 18 mai 2010, dans lequel ce dernier conclut que deux des quatre critères fondamentaux fixés par les DGE ne sont pas remplis en l'espèce.

Appréciation du Tribunal

75 Aux termes de l'article 72, paragraphe 1, premier alinéa, du statut, le taux de remboursement des frais de maladie est porté à 100 % notamment en cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'AIPN. Le point 1 du chapitre 5 du titre III des DGE établit les critères permettant de considérer qu'une maladie est une maladie grave. En vertu de cette disposition, sont reconnues comme maladies graves les mêmes maladies que celles énumérées à l'article 72, paragraphe 1, premier alinéa, du statut, avec la précision que les maladies «reconnues de gravité comparable par l'AIPN» concernent des affections associant, à des degrés variables, quatre critères, à savoir un pronostic vital défavorable, une évolution chronique, la nécessité de mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques lourdes, et la présence ou risque de handicap grave.

76 Il convient d'ajouter, à cet égard, que le Tribunal a déjà jugé que les critères mentionnés au point précédent sont des critères cumulatifs (arrêt Botos/Commission, précité, points 42 et suivants). Ainsi, le fait qu'un seul de ces critères ne soit pas rempli justifie l'adoption d'une décision refusant de reconnaître l'existence d'une maladie grave. Il a également été jugé par le Tribunal, s'agissant des mêmes critères, que ceux-ci n'apparaissaient pas manifestement inappropriés ou erronés au regard de l'objectif poursuivi, à savoir identifier des maladies de «gravité comparable» à celles expressément mentionnées à l'article 72 du statut (voir arrêt du Tribunal du 28 septembre 2011, Allen/Commission, F-23/10, point 49).

77 En effet, les quatre maladies expressément mentionnées à l'article 72 du statut sont susceptibles, dans un certain nombre de cas, d'avoir des conséquences physiques ou psychiques d'une particulière gravité, présentent un caractère durable ou chronique et exigent des mesures thérapeutiques lourdes nécessitant que le diagnostic préalable soit clairement posé, ce qui suppose des analyses ou investigations spécifiques. Ces maladies sont également susceptibles d'exposer la personne concernée à un risque de handicap grave (voir arrêt Allen/Commission, précité, point 50).

78 De plus, il ressort du libellé même de l'article 72, paragraphe 1, du statut que, même s'ils relèvent d'une des quatre maladies expressément mentionnées à cet article, seuls les cas présentant une particulière gravité peuvent être qualifiés de maladie grave et permettre ainsi à la personne concernée de bénéficier du régime plus favorable applicable en cas de reconnaissance d'une telle maladie (voir arrêt Allen/Commission, précité, point 51).

79 S'agissant d'examiner si le refus de reconnaissance du caractère grave de la maladie de la requérante serait erroné, il y a lieu de rappeler la jurisprudence constante mentionnée au point 61 du présent arrêt, selon laquelle les voies de recours prévues par le statut ne peuvent, en principe, être utilisées pour mettre en cause des appréciations médicales proprement dites, lesquelles doivent être tenues pour définitives, lorsqu'elles sont intervenues dans des conditions régulières (voir, en ce sens, arrêt de la Cour du 19 janvier 1988, Biedermann/Cour des comptes, 2/87, point 8 ; arrêt du Tribunal de première instance du 16 mars 1993, Blackman/Parlement, T-33/89 et T-74/89, point 44).

80 Sans remettre en cause les appréciations médicales soutenant la décision limitant le remboursement des frais d'hospitalisation à 85 %, il appartient cependant au Tribunal d'examiner si l'AIPN, lorsqu'elle a refusé de reconnaître que l'affection de la requérante était une maladie grave, a correctement apprécié les faits et exactement appliqué les dispositions légales pertinentes (voir, en ce sens, arrêts du Tribunal de première instance du 7 novembre 2002, G/Commission, T-199/01, point 59, et du 12 mai 2004, Hecq/Commission, T-191/01, point 63).

81 Il revient donc au Tribunal, dans le cadre du contrôle juridictionnel limité qu'il est appelé à exercer en matière médicale, d'examiner si, pour refuser de qualifier de grave la maladie ayant nécessité l'hospitalisation de la requérante, l'AIPN n'a pas commis d'erreur manifeste en déduisant des constatations médicales qui ont été portées à sa connaissance, sur lesquelles le Tribunal ne saurait se prononcer à moins que l'administration n'en ait dénaturé la portée, que ces critères n'étaient pas cumulativement remplis (voir arrêt Botos/Commission, précité, point 41).

82 En l'espèce, l'AIPN s'est fondée, dans la décision de rejet de la réclamation, sur l'avis exprimé par le médecin-conseil le 18 mai 2010, lequel avait conclu que «au moins deux des critères fondamentaux [établis au point 1, du chapitre 5, du titre III, des DGE] ne sont pas respectés, c'est-à-dire le pronostic vital défavorable, et la présence ou le risque, dans l'actualité, d'une infirmité/handicap grave», et a confirmé la décision du bureau liquidateur de ne pas appliquer le taux de remboursement à 100 % pour maladie grave mais le taux normal de 85 %. L'AIPN n'a donc pas commis d'erreur manifeste en déduisant des constatations médicales qui ont été portées à sa connaissance que les conditions prévues par les DGE pour la qualification de maladie grave, et, par conséquent, pour l'application du taux de remboursement à 100 %, n'étaient pas remplies.

83 Il reste à examiner si, en suivant l'avis du médecin-conseil, le bureau liquidateur s'est effectivement fondé sur les critères, énumérés au point 75 du présent arrêt, auxquels la qualification d'une maladie comme «grave» est subordonnée.

84 À cet égard, il ressort de la jurisprudence que, par rapport aux appréciations médicales proprement dites formulées par une commission médicale, voire par une commission d'invalidité, commissions dont les règles de fonctionnement offrent des garanties d'équilibre entre les parties et d'objectivité, les

avis exprimés de manière unilatérale par des médecins-conseils relevant des institutions, ne présentent pas le même niveau de garantie en matière d'équilibre entre les parties (voir arrêt Allen/Commission, précité, points 68 à 70).

85 Par suite, il appartient au Tribunal, lorsqu'il statue sur un refus de reconnaissance de l'existence d'une maladie grave, d'exercer un contrôle plus approfondi que celui qu'il exerce sur les décisions adoptées sur le fondement de l'article 73 ou de l'article 78 du statut, après intervention de la commission médicale ou de la commission d'invalidité. Pour autant, il est clair que le juge ne dispose pas des compétences nécessaires en matière médicale pour lui permettre de valider ou d'invalider une appréciation médicale, voire d'arbitrer entre plusieurs appréciations médicales contradictoires (voir, en ce sens, arrêt Allen/Commission, précité, points 70 et 71).

86 À cet égard, il y a lieu de constater que les critères de la maladie grave (raccourcissement de l'espérance de vie, évolution chronique, nécessité de mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques lourdes, présence ou risque de handicap grave) relèvent de la catégorie des appréciations médicales, car, pour se prononcer sur la question de savoir si l'un ou l'autre de ces critères sont remplis, le médecin-conseil ou le conseil médical du RCAM ne se bornent pas à constater des faits, mais se livrent à une véritable appréciation de ceux-ci, appréciation nécessitant une compétence dans le domaine médical (arrêt Allen/Commission, précité, point 75).

87 Toutefois, même si son contrôle ne s'étend pas aux appréciations proprement médicales telles que celles portant sur la gravité d'une maladie, le juge – lorsque, comme en l'espèce, un requérant conteste l'appréciation portée sur sa situation par l'administration en critiquant l'avis médical sur lequel elle se fonde – doit s'assurer que le médecin-conseil a procédé à un examen concret et circonstancié de la situation qui lui était soumise. Il y a lieu de préciser, à cet égard, que c'est à l'administration qu'il appartient d'établir qu'il a été procédé à une telle appréciation (arrêt Allen/Commission, précité, point 76).

88 Selon l'avis du médecin-conseil, du 18 mai 2010, auquel l'AIPN avait demandé de dire si la pathologie ayant conduit à l'intervention chirurgicale subie par la requérante pouvait être reconnue ou non comme maladie grave au sens du titre III, chapitre 5, point 1, des DGE :

«[...]

2) la pathologie de [la requérante], qui a conduit à l'intervention chirurgicale, ne peut pas être reconnue comme maladie grave, selon les critères fixés par les DGE (Titre [III], [c]hapitre 5, [p]oint l).

Il s'agit en effet d'une pathologie orthopédique […]

Cette pathologie, par sa nature même, ne détermine pas un pronostic vital défavorable ; par ailleurs la patiente ne s'est jamais trouvée, même pendant l'hospitalisation, en danger pour la vie.

Actuellement, selon ce que déclare le [m]édecin [s]pécialiste [o]rthopédique qui traite [la requérante] (rapport du 22 [mars] 2010), les conditions de la patiente sont tout à fait satisfaisantes.

'Le résultat clinique et radiologique est excellent' […]

Au moins deux des critères fondamentaux prévus pour la reconnaissance de maladie grave ne sont pas respectés, c'est-à-dire le pronostic vital défavorable, et la présence ou le risque, dans l'actualité, d'une infirmité/handicap grave.»

89 Il y a lieu de préciser que, en l'espèce, la requérante n'a pas suivi la procédure établie au point 3 du chapitre 5 du titre III des DGE pour les demandes de reconnaissance de maladie grave, laquelle, lorsqu'elle est obtenue, octroie la couverture à 100 % des frais occasionnés par la maladie grave à partir de la date du certificat médical accompagnant la demande de reconnaissance et pour une durée de 5 ans au maximum, mais s'est limitée, à l'occasion des observations qu'elle a soumises sur le bordereau de paiement n° 10 ainsi que dans sa réclamation, à demander que, aux fins du remboursement à 100 % de ses seuls frais d'hospitalisation, la maladie qui les a occasionnés soit considérée comme grave. Dans ces circonstances, l'appréciation des quatre critères énoncés au point 1 du chapitre 5 du titre III des DGE devait s'effectuer par rapport à la situation médicale de la requérante telle qu'elle était immédiatement avant son hospitalisation.

90 Or, il ressort des termes mêmes de l'avis du médecin-conseil, du 18 mai 2010, qu'en ce qui concerne le critère de la présence ou du risque de handicap grave, d'une part, ce dernier s'est fondé sur les données médicales figurant dans un rapport du 23 mars 2010 du médecin spécialiste en orthopédie qui traitait la requérante, soit plus d'un an après les interventions chirurgicales subies par la requérante et, d'autre part, l'appréciation dudit critère a eu lieu par rapport à la situation médicale de la requérante telle qu'elle se présentait en mai 2010 et non telle qu'elle se présentait immédiatement avant l'hospitalisation, en février 2009.

91 Il s'ensuit que la possibilité d'un risque de handicap grave avant l'hospitalisation de la requérante n'a pas été régulièrement examinée.

92 Cette erreur dans l'application des règles applicables ne saurait toutefois entraîner l'annulation de la décision du bureau liquidateur refusant la qualification de maladie grave. En effet, il ressort également des termes de l'avis du médecin-conseil, du 18 mai 2010, que le médecin-conseil ne s'est pas limité à examiner si un seul des quatre critères figurant au point 1, chapitre 5, titre III des DGE, était ou non rempli mais qu'il s'est aussi prononcé sur un deuxième critère, à savoir celui du pronostic vital défavorable. À cet égard, il a indiqué dans l'avis précité que la pathologie orthopédique ayant entraîné l'hospitalisation de la requérante, par sa nature, ne détermine pas un pronostic vital défavorable et que la requérante ne s'était jamais trouvée, même pendant l'hospitalisation, en danger pour sa vie.

93 Dans ces conditions, les quatre critères pour la reconnaissance de la maladie grave étant cumulatifs et devant nécessairement concourir, ne serait-ce qu'à des degrés variables, le fait qu'en l'espèce l'un d'eux faisait défaut suffisait pour écarter la reconnaissance de maladie grave à l'affection ayant provoqué l'hospitalisation de la requérante. Partant, le bureau liquidateur n'a pas commis une erreur manifeste d'appréciation lorsqu'il a refusé de considérer comme grave la maladie de la requérante, sur le fondement de l'avis du médecin-conseil, du 18 mai 2010, qui avait conclu à l'absence de pronostic vital défavorable dans son chef.

94 Le moyen unique soulevé à l'appui du troisième chef de conclusions étant non fondé, il n'y a pas lieu d'annuler la décision du bureau liquidateur, telle qu'elle ressort du bordereau de paiement litigieux, de limiter le remboursement des frais d'hospitalisation à 85 % du fait que la maladie de la requérante n'est pas considérée comme «grave».

Sur le cinquième chef de conclusions, tel que précisé par le premier chef de conclusions du mémoire complémentaire, dirigé contre la décision du bureau liquidateur, telle qu'elle ressort du bordereau de paiement litigieux, de laisser à la charge des requérants la somme de 28 800 euros au titre des frais d'hébergement considérés comme excessifs

95 A l'appui de ce chef de conclusions, les requérants soulèvent un moyen unique tiré de la violation du principe de bonne administration et du devoir de sollicitude.

Arguments des parties

96 Les requérants sont d'accord avec l'appréciation portée par le bureau liquidateur du caractère excessif des frais d'hébergement facturés par la cliniqueAnthea. En effet, un montant de 1 440 euros par jour, TVA comprise, serait un tarif tout à fait exagéré par rapport aux prestations fournies, à savoir, d'une part, une simple chambre de dimensions normales avec un ameublement standard se composant d'un lit de type hospitalier et d'une chaise, chambre identique à toutes les autres chambres de la clinique et, d'autre part, un service de repas qui, de l'avis de la requérante, était banal et tout à fait médiocre.

97 En ce qui concerne la question de savoir qui doit payer la somme de 28 800 euros au titre des frais d'hébergement considérée par le bureau liquidateur comme excessive, les requérants font valoir, en premier lieu, que, au vu du montant élevé facturé au titre de l'hébergement, le bureau liquidateur n'aurait pas dû payer ce montant à la clinique Anthea sans les en informer préalablement. Cette information leur aurait permis de s'opposer au paiement en raison du fait que, avant l'hospitalisation, la clinique Anthea avait informé la requérante que les frais d'hébergement étaient de 300 euros par jour. La manière d'agir du bureau liquidateur aurait empêché les requérants de réagir en temps utile et les aurait mis devant le fait accompli de la mise à leur charge de la somme considérée comme excessive par le bureau liquidateur.

98 En deuxième lieu, les requérants indiquent que, à aucun moment, l'administration ne leur a suggéré l'utilité de transmettre au bureau liquidateur un devis relatif aux frais d'hébergement.

99 En troisième lieu, ils considèrent que le bureau liquidateur a eu un comportement inadmissible et gravement préjudiciable non seulement à leur égard mais surtout à l'égard du RCAM, exposé à un paiement indu. Dans ces circonstances, la Commission étant seule habilitée à agir à l'encontre de la clinique Anthea en vue d'obtenir le remboursement de ce qui a été payé en trop, elle n'aurait pas dû répercuter ce montant sur les requérants.

100 En quatrième lieu, les requérants soutiennent que, en tout état de cause, le préjudice causé par le manque d'attention, de circonspection et de prudence de la part du bureau liquidateur ne saurait leur être imputé.

101 La Commission estime que les allégations des requérants sont dénuées de fondement.

102 En premier lieu, la Commission fait valoir que l'imputation aux requérants par le bureau liquidateur, après avis du conseil médical, de la partie des frais d'hébergement considérés comme excessifs au regard des coûts normaux dans le pays où les frais ont été exposés, est fondée sur l'article 20, paragraphe 2, de la réglementation commune. À cet égard, la Commission rappelle que le requérant a reçu une copie de la lettre du 5 février 2009 par laquelle le bureau liquidateur annonçait à la clinique la prise en charge des frais d'hospitalisation de la requérante, accompagnée d'une fiche informative émanant de l'Office «Gestion et liquidation des droits individuels» (PMO, ci-après la «fiche informative»), relative aux plafonds de remboursement et au recouvrement des montants avancés, qui rappelait notamment que les montants payés par le RCAM n'étaient pas nécessairement remboursables au titre de l'article 72 du statut mais pouvaient faire ensuite l'objet d'un recouvrement auprès de l'affilié.

103 En second lieu, suite à la contestation par la requérante du bordereau de paiement n°°10, la Commission aurait fait preuve de diligence en vérifiant les modalités d'hébergement et en lui fournissant des explications satisfaisantes. En outre, le médecin-conseil a, conformément à l'article 41 de la réglementation commune, soumis l'affaire au conseil médical, lequel a rendu son avis lors de la réunion du 10 décembre 2009. Selon la Commission, il ressort du compte rendu de ladite réunion que le calcul des frais remboursables a été effectué sur la base de la législation applicable en prenant comme valeur de référence les coûts normaux dans le pays où les frais ont été exposés, pour le même type d'hébergement.

Appréciation du Tribunal

104 Il est constant que, en vertu de l'article 20, paragraphe 2, de la réglementation commune, pour les prestations pour lesquelles aucun plafond de remboursement n'est fixé, tels les frais d'hébergement lors d'une hospitalisation, la partie des frais considérée comme excessive au regard des coûts normaux dans le pays où les frais ont été exposés ne donne pas lieu à remboursement. Il est également constant, en vertu de la même disposition, que la partie des frais considérée comme excessive est déterminée au cas par cas par le bureau liquidateur du RCAM.

105 En l'espèce, les parties sont d'accord pour considérer que le tarif de 1 440 euros par jour facturé par la clinique Anthea est excessif par rapport à la moyenne des coûts normaux en Italie pour ce type de prestation mais, surtout, par rapport au tarif de 300 euros par jour, TVA comprise, qui avait été indiqué à la requérante oralement par une employée de la clinique Anthea avant son hospitalisation. À cet égard, la requérante a versé au dossier la déclaration d'un témoin qui se trouvait avec elle, le 13 janvier 2009, lorsqu'elle s'est renseignée auprès de la clinique Anthea sur le tarif d'hébergement. Il ressort du témoignage produit par les requérants que, d'après les informations fournies oralement par l'employée susmentionnée, les tarifs pratiqués à l'époque par la clinique Anthea étaient de 216 euros par jour si le patient partageait la chambre et relevait du droit commun de la sécurité sociale et de 300 euros par jour si le patient était seul dans la chambre et relevait d'une assurance privée.

106 Les parties diffèrent toutefois sur le point de savoir si, comme le prétendent les requérants, les frais d'hébergement considérés comme excessifs par le bureau liquidateur, soit 28 800 euros, doivent être mis à la charge du bureau liquidateur, du fait de ne pas avoir contacté les requérants avant d'acquitter la facture soumise par la clinique Anthea, ou si, comme le prétend la Commission, ils doivent être laissés à la charge du requérant et déduits de la pension d'ancienneté de celui-ci.

107 Il y a lieu de constater, de prime abord, que la possibilité pour les affiliés de pouvoir disposer, conformément à l'article 30 de la réglementation commune, d'avances pour leur permettre de faire face à des dépenses importantes, sous la forme de prises en charge en cas d'hospitalisation, constitue pour eux un avantage incontestable. Par l'envoi systématique aux bénéficiaires du RCAM, lors de l'introduction d'une demande de prise en charge, de la fiche informative, les bénéficiaires pourraient être encouragés, à se renseigner, notamment auprès de l'établissement hospitalier, sur les coûts éventuels auxquels ils pourraient être exposés et de les comparer avec les DGE en vigueur, afin d'éviter des débours considérables qui pourraient s'avérer non remboursables par le RCAM et rester ainsi à leur charge. Il convient d'ajouter, à cet égard, que, s'agissant des frais d'hébergement pendant une hospitalisation, les DGE ne prévoient pas de plafond.

108 En l'espèce, bien que la requérante se soit renseignée auprès de la clinique Anthea sur les frais d'hébergement qu'elle allait exposer, elle a seulement reçu des informations orales et non un document écrit qui aurait valeur probante. Il y a lieu d'ajouter toutefois que, même s'il était souhaitable pour les affiliés de pouvoir disposer d'un tel document, il n'existe pas de disposition, ni dans la réglementation commune ni dans les DGE, les obligeant à se munir d'un devis en bonne et due forme et à le transmettre au bureau liquidateur avec la demande de prise en charge.

109 Dans ces conditions, il ne peut pas être reproché aux requérants d'avoir méconnu une quelconque obligation ou règle de droit. En effet, d'une part, à défaut de plafond établi dans les DGE pour les frais d'hébergement en cas d'hospitalisation, ils ne pouvaient pas comparer le montant des frais qui leur avait été annoncé par la clinique Anthea au montant qui serait éventuellement remboursable. D'autre part, à supposer même qu'ils aient contacté le bureau liquidateur pour demander si des frais d'hébergement d'un montant de 300 euros par jour seraient remboursés, la réponse aurait été en tout état de cause affirmative, au vu de ce que, dans le bordereau de paiement n° 10, ledit bureau a remboursé lesdits frais à raison de 720 euros par jour.

110 Pour ce qui est de la Commission, elle joue un double rôle dans le cadre de la prise en charge des frais d'hospitalisation.

111 D'une part, selon l'article 27 du règlement nº 1605/2002, applicable par analogie à la gestion du RCAM en vertu de l'article 43 de la réglementation commune, la Commission doit assurer l'exécution des recettes et des dépenses suivant le principe de bonne gestion financière, conformément aux principes d'économie, d'efficience et d'efficacité.

112 À cet égard, il ressort de l'article 52 de la réglementation commune que la Commission gère le RCAM par délégation des autres institutions et a le devoir de fixer les règles régissant le remboursement des frais médicaux dans le but de sauvegarder l'équilibre financer du régime entre les dépenses et les recettes. En vertu du principe de bonne administration, la Commission et, par extension, les bureaux liquidateurs du RCAM, dont la création figure parmi les missions de gestionnaire de cette dernière et dont le contrôle, s'agissant du respect des principes de bonne gestion financière, est assuré par le bureau central, doivent donc être vigilants afin de ne pas engager des fonds du RCAM pour payer des factures d'hospitalisation dont les montants sont, à première vue, démesurés par rapport à la moyenne du coût de prestations similaires dans le pays dans lequel les frais ont été exposés. En l'espèce, le bureau liquidateur, en raison de son siège, était bien placé pour connaître les prix moyens pratiqués par les établissements hospitaliers en Italie en matière d'hébergement et réagir au vu de ce que la clinique Anthea avait facturé, en l'espèce, 57 600 euros pour l'hébergement de la requérante pendant quarante jours.

113 Dans le cadre de la prise en charge des frais d'hospitalisation, la Commission est, d'autre part, tenue par le devoir de sollicitude à l'égard du personnel des institutions de l'Union, bénéficiaire du RCAM.

114 Ce devoir de sollicitude oblige la Commission et, par extension les bureaux liquidateurs du RCAM, dans le cas où ils reçoivent une facture telle que celle qui a été transmise au bureau liquidateur par la clinique Anthea, à savoir une facture d'un montant très élevé dans laquelle, alors que les prestations médicales sont énumérées et décrites, l'hébergement est simplement facturé à raison de 40 jours à 1 440 euros par jour, sans aucun détail relatif au type de chambre ni à des prestations complémentaires pouvant justifier un montant aussi élevé, à ne pas payer immédiatement une telle facture, même en présence d'une prise en charge, mais à obtenir des renseignements par écrit de la part de l'établissement hospitalier auteur de la facture et, également, à informer l'affilié auquel, en fin de compte, le bureau liquidateur va imputer, dans la plupart des cas, à tout le moins un pourcentage des frais d'hospitalisation facturés et, éventuellement, comme en l'espèce, la totalité des frais considérés comme excessifs.

115 Dans la présente affaire, si le bureau liquidateur avait pris contact avec les requérants préalablement au paiement de la facture que lui avait adressée la clinique Anthea, ceux-ci auraient pu faire valoir en temps utile que le prix d'hébergement qui leur avait été indiqué était de 300 euros par jour.

116 En revanche, en raison du comportement du bureau liquidateur consistant à avoir payé la facture sans poser aucune question, d'une part, les dépenses du RCAM ont augmenté de manière injustifiée, dans la mesure où, au lieu d'un remboursement au taux de 85 % des frais d'hébergement correspondant à 30 jours, à raison de 300 euros par jour, le bureau liquidateur a accordé un remboursement à raison de 720 euros par jour.

117 D'autre part, les requérants se sont trouvés redevables non seulement de la somme de 28 800 euros au titre des frais d'hébergement considérés comme excessifs par le bureau liquidateur mais aussi de 15 % du montant correspondant à 30 jours d'hébergement, à raison de 720 euros par jour, alors que, si l'hébergement avait été facturé tel qu'il avait été annoncé à la requérante, le montant mis à leur charge aurait été considérablement inférieur.

118 Il y a donc lieu de constater que, en n'ayant pas demandé, préalablement au paiement de la facture, des précisions à la clinique Anthea sur le montant facturé au titre de l'hébergement et en n'ayant pas informé les requérants dudit montant, le bureau liquidateur et, par extension, la Commission, ont manqué tant au principe de bonne administration qu'au devoir de sollicitude à l'égard des requérants.

119 Le moyen soulevé à l'appui du cinquième chef de conclusions étant fondé, il convient d'annuler la décision du bureau liquidateur, telle qu'elle ressort du bordereau de paiement litigieux, de laisser à la charge des requérants la somme de 28 800 euros au titre des frais d'hébergement considérés comme excessifs.

120 Au vu des considérations qui précèdent il n'y a pas lieu de faire droit à la demande des requérants, qui fait l'objet du huitième chef de conclusions de la requête, d'ordonner les mesures d'instruction qu'ils proposent.

Sur les dépens

121 Aux termes de l'article 87, paragraphe 1, du règlement de procédure, sous réserve des autres dispositions du chapitre huitième du titre deuxième dudit règlement, toute partie qui succombe est condamnée aux dépens, s'il est conclu en ce sens. Toutefois, en vertu de l'article 88 dudit règlement, «[u]ne partie, même gagnante, peut être condamnée partiellement voire totalement aux dépens, si cela apparaît justifié en raison de son attitude, y compris avant l'introduction de l'instance, en particulier si elle a fait exposer à l'autre partie des frais qui sont jugés frustratoires ou vexatoires».

122 En l'espèce, s'il résulte des motifs ci-dessus énoncés que les requérants n'obtiennent satisfaction que partiellement en ce qui concerne les conclusions dirigées contre le bordereau de paiement litigieux, ce qui veut dire que la Commission ne succombe que partiellement, en ce qui concerne lesdites conclusions, il en résulte également que le comportement du bureau liquidateur, considéré illégal, a entraîné pour les requérants des frais supplémentaires dans la mesure où le coût de l'hébergement ayant fait l'objet de remboursement au taux de 85 % a été considérablement supérieur à celui auquel les requérants pouvaient s'attendre.

123 Compte tenu des circonstances particulières de l'espèce, et étant précisé que l'application de l'article 88 du règlement de procédure n'est pas restreinte aux seules hypothèses dans lesquelles l'administration a fait exposer à des requérants des frais frustratoires ou vexatoires, la Commission doit supporter ses propres dépens, y compris ceux qu'elle a exposés dans l'instance en référé, et est condamnée à supporter les dépens exposés par les requérants, y compris ceux qu'ils ont exposés dans l'instance en référé.

Par ces motifs,

LE TRIBUNAL DE LA FONCTION PUBLIQUE (deuxième chambre)

déclare et arrête :

1) La décision du bureau liquidateur d'Ispra (Italie), telle qu'elle ressort du bordereau de paiement n° 10, du 1er octobre 2009, de mettre à la charge de M. de Pretis Cagnodo la somme de 28 800 euros au titre des frais d'hébergement de Mme Trampuz de Pretis Cagnodo considérés comme excessifs est annulée.

2) Le recours est rejeté pour le surplus.

3) La Commission européenne supporte l'ensemble de ses propres dépens et est condamnée à supporter l'ensemble des dépens exposés par M. de Pretis Cagnodo et M^me^ Trampuz de Pretis Cagnodo.

Rofes i Pujol Boruta Bradley

Ainsi prononcé en audience publique à Luxembourg, le 16 mai 2013.

Le greffier
W. Hakenberg

Le président
M. I. Rofes i Pujol