

Egalité de barèmes de prix de soins de santé

Quelle est la portée actuelle de l'arrêt Ferlini ?

L'arrêt Angelo Ferlini contre Centre hospitalier de Luxembourg, C-411/98,¹ est rendu le 3 octobre 2000 dans un contexte juridique qui a partiellement évolué.

Il est essentiel de noter que le litige est né à une époque où la Commission européenne n'avait conclu aucune convention avec l'Entente des hôpitaux de Luxembourg devenue la Fédération des Hôpitaux de Luxembourg, ni avec le Centre hospitalier de Luxembourg (CHL) ni avec l'Association des médecins et médecins –dentistes.

L'accouchement de Mme Ferlini a lieu le 17 janvier 1989 au CHL. Le 24 février 1989, le CHL envoie à M. Ferlini une facture de 73460 LUF, se décomposant en 49030 LUF pour un accouchement normal simple, 5042 LUF pour l'assistance par le médecin de l'hôpital et 674 LUF de frais pharmaceutiques.

Or, à cette époque, le RCAM remboursait 85% des frais de séjour, plafonnés à 5946 BEF par jour pendant 10 jours et 100% des honoraires, limités à 33230 BEF. Le montant restant à charge de l'affilié n'est pas mentionné mais si le CHL a facturé 8 jours et si les médicaments étaient remboursés à 85%, ce reliquat a pu représenter 20277 LUF soit 27,6 % du total, voire plus, sur une base de 7 jours.

Dans le régime luxembourgeois, l'État remboursait aux assurées un forfait en cas d'accouchement, couvrant les prestations normalement nécessaires, à savoir l'assistance médicale, les frais de la maternité et les produits diététiques (pour le nouveau-né). Pour les autres prestations en cas de maladie, l'Union des caisses de maladie devait signer des conventions avec les catégories de prestataires de soins. Le système était caractérisé par une uniformité des tarifs, indépendamment des revenus du patient ou des qualifications du prestataire. Cette règle du conventionnement à prix fixes est toujours en vigueur.

La facture en cause est établie selon des « *tarifs hospitaliers à partir du 1^{er} janvier 1989 valables pour les personnes et organismes non affiliés au système de la sécurité sociale nationale* », fixés *unilatéralement* par l'Entente des Hôpitaux de Luxembourg (EHL).

L'article 4 du code de la sécurité sociale prévoyait en effet que les personnes soumises à un régime d'assurance maladie en raison de leur activité au service d'un organisme international ou en vertu d'une pension qui leur a été accordée à ce titre n'étaient pas assujetties à l'assurance nationale.

¹ Arrêt du 3 octobre 2000, Rec. p. 8126.

Comme aujourd'hui, cette disposition concerne les fonctionnaires ou agents des institutions et agences de l'Union européenne, les agents de la BEI, d'Eurocontrol, de la Cour AELE et du centre d'approvisionnement de l'OTAN, devenue la NSPA.

M. Ferlini a refusé de payer le montant facturé au motif qu'il était discriminatoire : le forfait remboursable par l'UCM aurait été de 36 854 LUF alors qu'il devait payer 59 306 LUF pour les mêmes prestations soit 71,43% plus cher. Le CHL a engagé une procédure de recouvrement judiciaire devant le Tribunal de paix de Luxembourg. M. Ferlini s'y est opposé.

Au stade de l'appel devant le Tribunal d'arrondissement de Luxembourg, il soulève deux moyens:

- 1) une violation du principe d'égalité, en vertu de l'article 6, premier alinéa, du traité CEE, en raison de la fixation des frais de soins hospitaliers opérée par l'EHL pour des personnes non assurées dans le régime national selon un barème différent et plus onéreux,
- 2) une violation de l'article 85, paragraphe 1, du traité CEE, interdisant les pratiques concertées susceptibles d'affecter le commerce entre les États membres et qui ont pour objet ou pour effet d'empêcher, de restreindre ou de fausser le jeu de la concurrence à l'intérieur du marché commun, dans le cadre de l'application du système luxembourgeois de tarification aux fonctionnaires des Communautés européennes.

La Commission européenne a soutenu la thèse de M. Ferlini, en dépit du fait qu'elle avait signé en 1996, puis en 1999, une convention avec l'EHL et avec l'État Luxembourgeois réglementant les tarifs des prestations médicales.

Le Tribunal d'arrondissement qui a soumis la demande de décision préjudicielle à la Cour a été sensible à son argumentation car il a estimé que les fonctionnaires des Communautés européennes appelés à résider dans un autre État membre (que leur pays d'origine) ne devaient pas être placés dans une situation moins favorable que celle de tout travailleur faisant usage de la libre circulation des personnes. La juridiction de renvoi ayant des doutes quant à l'interprétation correcte du principe de l'égalité de traitement et des principes du droit de la concurrence a donc soumis une question visant à déterminer si l'EHL pouvait appliquer *unilatéralement* à des personnes non assurées par le régime national des tarifs *supérieurs* à ceux appliqués aux résidents affiliés au régime de sécurité sociale nationale.

La Cour a interprété la question comme portant, d'une part, sur l'existence ou non d'une discrimination en raison de la nationalité et, d'autre part, sur une violation de l'article 85, paragraphe 1, du traité CEE.

Pour y répondre, elle a examiné si le règlement (CEE) n° 1408/71, du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, était applicable à M. Ferlini. Elle a conclu que les fonctionnaires de la Communauté échappent à toute affiliation à un régime national et, partant, qu'ils ne sont pas couverts par le régime luxembourgeois. Cette position a été récemment confirmée dans l'arrêt du 10 mai 2017, De Lobkowicz, C-690/15. Les membres du personnel des institutions de l'Union, actifs ou pensionnés, ne sont pas tenus de cotiser à un régime

national et ils n'en bénéficient pas non plus. Le cas des personnes qui cumulent une pension de l'UE et une pension nationale n'est pas abordé ici.

En revanche, les fonctionnaires des Communautés européennes (de l'UE) sont des travailleurs migrants au sens de l'article 48 du traité CEE, selon les arrêts du 15 mars 1989, Echternach et Moritz, 389/87 et 390/87, Rec. p.723, point 11, et du 27 mai 1993, Schmid, C-310/91, Rec. P. I-3011, point 20.

La Cour a écarté la possibilité pour M. Ferlini de bénéficier d'un avantage social sous la forme de la prise en charge par l'État d'une somme forfaitaire pour le remboursement des frais d'accouchement, avantage auquel le requérant ne prétendait nullement. Il s'est borné à demander l'égalité de traitement.

Sur l'existence d'une discrimination contraire à l'article 6, premier alinéa, du traité CEE

Les Juges relèvent que la fixation des tarifs de soins par l'EHL ne relève pas de la législation nationale en matière de sécurité sociale, adoptée sous forme de conventions collectives. Ces tarifs ont été fixés unilatéralement par l'ensemble des hôpitaux réunis au sein de l'EHL, en l'absence d'accords conclus avec le RCAM fixant les prix applicables à ses affiliés. La Cour retient que le principe d'égalité prévu dans le traité CEE, et repris dans le traité CE, s'applique à une organisation telle que l'EHL.

Le CHL a soutenu devant la juridiction interne des arguments, repris devant la Cour par le gouvernement luxembourgeois, tenant à :

- 1) l'exonération de l'impôt sur le revenu dont bénéficient les fonctionnaires des Communautés,
- 2) l'absence de contributions au régime national de sécurité sociale
- 3) le fait que les fonctionnaires auraient des revenus moyens supérieurs à ceux des résidents.

Tous ces arguments ont été rejetés.

En effet, la différenciation de traitement n'aurait été justifiée que si « *elle était fondée sur des considérations objectives indépendantes de la nationalité des personnes concernées et proportionnées à l'objectif légitimement poursuivi* ». Les juges constatent que cette différence n'est pas justifiée et, dès lors, qu'« *il n'est pas nécessaire d'examiner la question posée sous l'angle de l'article 85 du traité* » CEE.

La Cour a dit pour droit :

« L'application, de manière unilatérale, par un groupe de prestataires de soins aux fonctionnaires des Communautés européennes de tarifs concernant les soins médicaux et hospitaliers dispensés en cas de maternité plus élevés que ceux applicables aux résidents affiliés au régime national de sécurité sociale constitue une discrimination en raison de la nationalité interdite par l'article 6, premier alinéa, du traité CE (devenu, après modification, article 12, premier alinéa, CE), en l'absence de justification objective à cet égard ».

Quelle a été la suite de cette jurisprudence?

Curieusement, les divergences n'ont pas cessé quant à l'interprétation à donner à cet arrêt. Le PMO a longtemps validé sans réserves les inégalités de traitement et prétendu que la Cour avait admis des justifications objectives des majorations appliquées par les prestataires de soins. Il a affirmé que si les conventions tarifaires étaient résiliées, cela ouvrirait immédiatement la voie à des augmentations de prix complètement anarchiques contre lesquelles le PMO serait totalement impuissant, puisqu'il est obligé de payer les factures sur base des prises en charge. Les responsables de la caisse de maladie ont invoqué le fait que les affiliés ne contribuent pas au financement des hôpitaux. Cette argumentation continue à être avancée en 2017 par une partie du PMO. Un autre argument a été avancé il y a quelques années, consistant à prétendre que le taux de 15% servirait à provisionner l'inflation du prix des prestations. Pourtant, les hôpitaux fixent chaque année leur barème, sans aucun contrôle ni de la CNS ni du PMO, à appliquer l'année suivante donc l'inflation est déjà incluse dans les prix annoncés. Depuis l'année 2015, les prix des services hospitaliers ont augmenté de presque 55%, sans compter 2017. Or, une inflation de l'ordre de 5 ou 6% par an, ne saurait justifier l'ajout de 15% à une hausse annuelle des prix décidée unilatéralement par des opérateurs économiques.

Cette contradiction est d'autant plus surprenante que le nouveau directeur du PMO, Mme Gaffey, a clairement pris position dans une lettre du 1^{er} février 2017 adressée au président du Comité du personnel de la Cour de justice en qualifiant les tarifs de prohibitifs, injustifiés et clairement discriminatoires. Mme Gaffey envisage de faire appel à l'argument tiré du caractère incomplet de la transposition de la directive 2011/24/UE afin de mettre un terme à ces pratiques.

Ainsi, en dehors de la réponse donnée par la Cour dans un litige individuel, l'arrêt C-411/98 n'a donc eu aucune incidence sur les majorations mises en œuvre par les prestataires de soins, en dépit des innombrables rappels effectués par les représentants du personnel et les OSP.

Que serait-il advenu si aucune convention tarifaire n'avait été conclue entre le RCAM et les prestataires de soins au Luxembourg?

Sur la base de la jurisprudence Ferlini, les majorations de tarifs par rapport aux prix uniformes prévus par le droit luxembourgeois, décidées unilatéralement par les hôpitaux et autres prestataires de soins, auraient été illégales car discriminatoires, puisque, aux termes du point 59 de l'arrêt, « *Une telle différenciation ne pourrait être justifiée que si elle était fondée sur des considérations objectives indépendantes de la nationalité des personnes concernées et proportionnées à l'objectif légitimement poursuivi* ».

Au vu de cet arrêt, si elle en avait eu la volonté, la Commission aurait pu:

- 1) résilier au plus vite les conventions tarifaires de 1996 et 1999,
- 2) éviter d'en signer d'autres, notamment celle avec l'Association des médecins et médecins dentistes,
- 3) imposer l'égalité des barèmes, sur la base des principes d'égalité de traitement et de non-discrimination, en lançant une procédure en manquement,

- 4) au besoin, ouvrir une enquête en droit de la concurrence pour établir si le comportement des opérateurs économiques du secteur de la santé enfreignait l'interdiction des pratiques concertées, restreignait et faussait la concurrence, puis prononcer des sanctions pécuniaires.

Mais, en pratique, aucune de ces mesures n'a été prise. Pourtant, elles auraient permis d'économiser plusieurs millions d'euros chaque année. Il ne serait pas trop tard pour y remédier et pour protéger la pérennité du RCAM qui sera mise à rude épreuve dans les prochaines années avec l'augmentation du nombre de pensionnés et la stagnation des recettes dues au remplacement rapide de fonctionnaires AST par des agents contractuels ou des fonctionnaires AST/SC. Avec un taux de contribution fixe, les nouveaux venus, rémunérés à des niveaux inférieurs à ceux de leurs prédécesseurs, parviennent de moins en moins à alimenter la solidarité entre les générations des actifs à l'égard des post-actifs. Pire, encore, ils sont parfois réticents à l'idée de payer pour des anciens qui ont bénéficié d'un statut plus enviable.

Comment le droit de l'Union européenne a-t-il évolué depuis l'arrêt Ferlini ?

Le Traité sur l'Union européenne, signé à Maastricht le 7 février 1992, reprend le principe d'égalité à l'article 3, paragraphe 3, deuxième alinéa, comme suit :

L'Union « combat l'exclusion sociale et les discriminations, et promeut la justice et la protection sociales, l'égalité entre les femmes et les hommes, la solidarité entre les générations et la protection des droits de l'enfant ».

À l'article 6, le Traité confère une valeur juridique à la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne identique à celle des traités. L'Union adhère à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) énonce à l'article 18:

« Dans le domaine d'application des traités, et sans préjudice des dispositions particulières qu'ils prévoient, est interdite toute discrimination exercée en raison de la nationalité.

Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, peuvent prendre toute réglementation en vue de l'interdiction de ces discriminations ».

Le législateur de l'Union a exactement suivi les orientations des traités en adoptant le 9 mars 2011 la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers, (JO L88, du 4 avril 2011, p. 45). Ce texte, appelé « directive 'soins transfrontaliers' » (en anglais: cross-border health care directive) est fondé sur l'article 114 du TFUE car elle vise à améliorer le marché intérieur, la libre circulation des marchandises, des personnes et des services, alors que le règlement (CE) n° 883/2004 qui a succédé au règlement (CEE) n°1408/71, organise la coordination des régimes nationaux de sécurité sociale. Le contrôle de la mise en œuvre de la directive est confié à la DG SANTE, tandis que la coordination des systèmes de sécurité sociale est l'une des principales missions de la DG EMPLOI. La directive est également fondée sur l'article 168, paragraphe 1, TFUE qui prévoit qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine doit être assuré lorsque l'Union adopte des actes en vertu d'autres dispositions du traité.

L'arrêt Ferlini, l'article 18 TFUE et la directive 2011/24/UE se complètent et se renforcent mutuellement

L'élimination des discriminations injustifiées est un leitmotiv de la directive. Elle étend le champ d'application personnel aux patients : alors qu' « *une personne assurée* » est une personne couverte par l'article 2 du règlement n°883/2004 et assurée au sens de l'article 1^{er}, point c), dudit règlement, ou un ressortissant d'un pays tiers couvert par le règlement (CE) n° 859/2003 ou par le règlement (UE) n° 1231/2010, un « *patient* » désigne « *toute personne physique qui cherche à bénéficier ou bénéficie de soins de santé dans un État membre* ».

Dès lors que l'égalité des barèmes de prix des soins était déjà un principe fondamental de la coordination des régimes d'assurance maladie nationaux de l'UE pour les assurés se faisant soigner dans un autre pays que l'État membre de leur affiliation, la simple répétition de ce principe dans une directive postérieure n'aurait aucun sens. La distinction opérée par la directive entre les assurés et les patients doit nécessairement se comprendre comme une extension du champ d'application *ratione personae* à des personnes non couvertes par une assurance nationale, mais ressortissantes d'un État de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen.

En conséquence, les ressortissants des États couverts géographiquement par la directive qui se font soigner dans l'un de ces mêmes États sont tous des patients au sens de l'article 3, sous h), de la directive « soins transfrontaliers ».

Le législateur belge, lorsqu'il a transposé la directive en 2013, a correctement interprété son article 4 imposant aux États membres de garantir « *que les prestataires de soins de santé appliquent, sur leur territoire, aux patients d'autres États membres le même barème d'honoraires de soins de santé que pour des patients nationaux se trouvant dans une situation médicale comparable, ou qu'ils appliquent un prix calculé sur la base de critères objectifs et non discriminatoires s'il n'existe pas de prix comparable pour les patients nationaux* ».

Il faut en déduire qu'un patient est soit un patient national, soit un patient étranger. Le patient national est couvert par un régime national d'assurance maladie, par exemple par la CNS, quel que soit sa nationalité. Un patient étranger n'est pas couvert par une caisse primaire d'assurance maladie nationale dans le pays de traitement.

Les patients étrangers sont:

- soit des assurés d'un autre Etat membre, selon la définition donnée par la directive, quelle que soit leur nationalité,
- soit des ressortissants d'Etats tiers liés par une convention en matière de sécurité sociale avec un Etat de l'UE,
- soit des ressortissants des pays couverts par la directive, affiliés à un régime public non national.

Les patients exclus sont des ressortissants d'États tiers, non couverts par des conventions bilatérales en matière de sécurité sociale, parfois dépourvus de toute assurance.

En tout état de cause, quand bien même les affiliés aux régimes des organisations internationales ne seraient pas reconnus comme des patients, il n'en demeure pas moins que leur droit à l'égalité prend sa source dans les Traités.

A cet égard, il convient de souligner que l'article 4, paragraphe 3, de la directive énonce que « *le principe de non-discrimination en ce qui concerne la nationalité s'applique aux patients d'autres États membres* ». Or, la Cour a relevé dans l'arrêt Ferlini que les fonctionnaires de l'Union sont à la fois des ressortissants des États membres de l'Union, mais qu'en même temps, ils comptent très peu de citoyens luxembourgeois, si bien que l'application aux fonctionnaires et aux agents des organisations internationales établies au Grand-Duché doit s'analyser comme une discrimination en raison de la nationalité.

Dans ces conditions, la réponse de M. Xavier Bettel, Premier ministre du Luxembourg, du 6 janvier 2017, à la lettre de l'USF du 1^{er} décembre 2016, est exacte quant à la non-affiliation à la CNS des fonctionnaires et agents des institutions de l'Union. En revanche, l'affirmation selon laquelle ils ne relèvent pas d'un régime *légal* est erronée : le caractère réglementaire du RCAM ne fait pas l'ombre d'un doute, comme l'a réaffirmé la Cour sans le récent arrêt De Lobkowicz, prononcé le 10 mai 2017, aux points 36, 37 et 42 :

« 36. En effet, 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 européen et le Conseil, par voie de règlements selon la procédure législative ordinaire et après consultation des institutions.

37. Ce régime des prestations sociales a été instauré par le statut qui édicte, à 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. (...)

42. D'autre part, le statut, en ce qu'il a été établi par le règlement no 259/68, 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 ».

La négation de la portée du droit de l'Union par la Chambre des députés du Luxembourg

Un agent de la Banque européenne d'investissement, M. Vanhoudt, a lancé une pétition auprès de la Chambre des députés, visant à obtenir l'amendement de la loi luxembourgeoise de transposition de la directive 2011/24/UE, de sorte à garantir aux assurés des organisations internationales qui se font soigner au Luxembourg l'application des tarifs de la CNS. Cette pétition a rencontré un vif succès, avec 5200 signatures, dont plus de 4800 ont été validées. Ayant atteint le seuil des 4500 signatures, la pétition a fait l'objet d'un débat public le 19 octobre 2017.

Le pétitionnaire a fait valoir des arguments tirés des traités, de l'arrêt Ferlini, de la directive soins transfrontaliers et de l'article 1^{er} des statuts de la Caisse Nationale de Santé. En vain. Les députés luxembourgeois et le Ministre de la Sécurité sociale ne reconnaissent aucune autorité au droit de l'Union, comme s'il était purement et simplement inexistant. Ils estiment que le RCAM est une caisse

privée, que rien ne les oblige à accorder une égalité de tarifs, que la seule voie possible pour avoir accès aux tarifs de la CNS est de s'y affilier. Pour eux, le terme « patients » s'applique exclusivement aux assurés visés par le règlement (CE) n°883/2004.

Les députés ont fait valoir que les Luxembourgeois sont confrontés à des majorations considérables de tarifs dès qu'ils doivent se faire soigner en Italie, en Grèce, en Allemagne, en Autriche, et, de ce fait, qu'il était logique que les étrangers ne relevant pas de la CNS n'accèdent pas aux mêmes tarifs que les assurés nationaux. Ils ont cependant concédé que les hôpitaux ne devraient pas dépasser des majorations de plus de 15%. Un tel raisonnement ne fait que corroborer la nécessité d'une application uniforme de la directive dans tous les Etats membres de l'UE.

En revanche, un consensus a été dégagé sur l'utilité des calculs visant à déterminer les coûts de revient des prestations hospitalières. Cette démarche s'inscrit dans un processus entamé depuis plusieurs années par le ministère de la Sécurité sociale, consistant à développer une comptabilité analytique pour assurer une meilleure gestion des hôpitaux. M. Romain Schneider, ministre de la Sécurité sociale, a déclaré qu'il était disposé à accorder son soutien à la commission technique en cours de mise en place et qu'il donnerait des instructions à ses services et à la CNS afin d'y contribuer techniquement.

Il convient de signaler que le ministre a affirmé que l'Etat et la CNS ne sont pas des parties contractantes dans la convention de 1996 mais qu'ils apparaissent dans un rôle purement technique.

Conclusion

La revendication de l'égalité des tarifs n'est donc pas fondée sur l'affiliation à un régime national. Les fonctionnaires et agents d'organisations internationales établies au Luxembourg, ainsi que leurs pensionnés, ne revendiquent pas l'accès à une caisse nationale mais la possibilité de se faire soigner aux mêmes prix que les assurés du système national parce qu'ils sont des travailleurs migrants ou des personnes ayant exercé leur liberté de circulation et qu'ils ont un droit subjectif à l'égalité de traitement, déjà reconnu par la Cour de justice avant les conventions tarifaires et avant la directive « soins transfrontaliers ». Quant aux citoyens luxembourgeois qui travailleraient pour une organisation internationale dans leur propre pays, qui ne sont pas des migrants, ils devraient bénéficier eux aussi d'une égalité de traitement avec leurs compatriotes affiliés à la CNS, sinon il s'agirait d'une discrimination à rebours, tout aussi illégale que celle contre les étrangers.

Il ne s'agit nullement d'une prétention à des remboursements par les caisses nationales sans y contribuer ou d'obtenir du RCAM des remboursements identiques à ceux de la CNS.

Il est urgent que la Commission impose la mise en œuvre de la directive et du droit de l'Union dans les pays où les discriminations de prix sont monnaie courante, voire systématiques. Il s'agit de rétablir la coopération loyale qui doit régir les relations entre l'UE et les États membres, en prenant aussi en considération des intérêts des autres organisations internationales : la BEI, Eurocontrol, la Cour AELE et la NSPA au Luxembourg.

Concrètement, au-delà des affiliés du RCAM qui approchent les 90 000 personnes, des dizaines de milliers de membres du personnel et de pensionnés d'organisations internationales basées dans l'Union européenne, l'Espace économique européen et la Suisse sont affectés par ces pratiques contestables et sont privés de droits reconnus aux citoyens ordinaires. Les membres des Institutions sont concernés eux aussi.

La problématique de l'inégalité des barèmes de prix appliqués aux personnes ne relevant pas d'un système national de sécurité sociale se pose avec une grande acuité dans d'autres États de l'Union. Les outils juridiques sont là, reste à trouver la volonté politique de défendre notre intérêt général contre les intérêts des opérateurs économiques du secteur de la santé lorsqu'ils s'affranchissent du principe de l'égalité de traitement.

Annexes

[Arrêt de la Cour de justice du 3 octobre 2000, Ferlini, C-411/98](#)

Lettre du Comité du personnel de la Cour de justice à Mme Gaffey, directeur du PMO, du 6 octobre 2016

La réponse de Mme Gaffey du 1^{er} février 2017

[Lettre de l'Union syndicale fédérale](#) à M. Xavier Bettel, Premier ministre du Grand-duché de Luxembourg, du 1^{er} décembre 2016

La [réponse de M. Xavier Bettel](#), Premier ministre à l'USF du 6 janvier 2017.

Sept 2017