

Le Tribunal administratif,

Vu la deuxième requête dirigée contre l'Organisation européenne pour la sécurité de la navigation aérienne (Agence Eurocontrol), formée par M. V. L. le 1<sup>er</sup> septembre 2000 et régularisée le 30 novembre 2000, la réponse de l'Agence en date du 9 mars 2001, la réplique du requérant du 15 mai et la duplique d'Eurocontrol du 24 août 2001;

Vu le rapport d'expertise médicale daté du 26 mars 2002 et reçu au greffe du Tribunal le 8 avril, établi par le Dr. M. A., expert désigné par ordonnance du Président du Tribunal le 30 janvier 2002, conformément au jugement 2094 prononcé le même jour;

Vu les observations d'Eurocontrol sur ce rapport datées du 25 avril 2002, le requérant s'étant abstenu d'en fournir;

Vu l'article II, paragraphe 5, du Statut du Tribunal;

Après avoir examiné le dossier, la procédure orale n'ayant été ni sollicitée par les parties ni ordonnée par le Tribunal;

Vu les pièces du dossier, d'où ressortent les faits et les allégations suivants :

A. Les faits et les arguments des parties antérieurs à la décision avant dire droit sont relatés dans le jugement 2094, par lequel le Tribunal a décidé ce qui suit :

«1. Un expert médical sera désigné par ordonnance du Président du Tribunal à l'effet de déterminer si, et dans quelle mesure, les soins spécifiques que nécessitait l'état de santé de la fille du requérant ne pouvaient être obtenus qu'au Memorial Sloan-Kettering Center aux Etats-Unis, et s'il était nécessaire de maintenir cette dernière dans cette institution jusqu'au terme de son traitement, pour l'ensemble des soins que requérait l'évolution de sa maladie.

2. L'expert prendra en considération l'ensemble des dossiers soumis au Tribunal et pourra demander aux parties toutes informations pertinentes dans le respect du principe du contradictoire.

3. L'expert présentera son rapport qui sera communiqué à la greffière du Tribunal en sept exemplaires, au plus tard le 1<sup>er</sup> avril 2002.

4. Les copies du rapport nécessaires seront envoyées aux deux parties, qui disposeront de quinze jours pour présenter d'éventuelles observations.

5. Les honoraires et les frais de l'expert seront pris en charge par Eurocontrol; leur montant sera approuvé par le Président du Tribunal.

6. Les dépens sont réservés.»

B. A la question de savoir si, et dans quelle mesure, les soins spécifiques que nécessitait l'état de santé de la fille du requérant ne pouvaient être obtenus qu'au Memorial Sloan-Kettering Center aux Etats-Unis, l'expert répond qu'il a lui-même pratiqué ce genre de traitement «chez des patients atteints du même type de diagnostic, dans la même localisation». Il affirme que, si l'expertise de la clinique américaine précitée est incontestable, «ce type de traitement pouvait être pratiqué ailleurs qu'aux Etats-Unis».

Quant à la nécessité de maintenir la fille du requérant dans cette institution jusqu'au terme de son traitement, pour

l'ensemble des soins requis par l'évolution de sa maladie, il indique qu'une fois commencé, dans un centre donné, un traitement aussi complexe que celui entrepris pour la fille du requérant, «il est en général préférable de maintenir le traitement dans le même établissement». Il ajoute :

«Il est cependant possible de transférer les soins à un autre centre spécialisé, si la situation médicale n'est pas trop complexe.

Il apparaît, dans des documents mis à la disposition de l'expert, que l'évolution locale postopératoire de la patiente était complexe et a nécessité une réintervention en août 1997.

Il est normal, dans la pratique médicale, et éthiquement correct, de prendre en charge l'ensemble du traitement d'un malade et de ne le confier à une autre équipe que si la situation est sans complication. De toute évidence cela n'a pas été le cas, et l'expert comprend la préférence qu'a accordé le Dr. [B.] à la poursuite du traitement par son équipe et celle du Dr. [M.].

En d'autres termes, si le traitement avait été entrepris dès le départ dans un centre autre que [la clinique américaine], il n'y aurait pas eu de raisons de recourir à [cette dernière].

Par contre, une fois un traitement aussi complexe entrepris [dans cette clinique], vu les complications intervenues, il était préférable de mener ce traitement à terme avec l'équipe experte, plutôt que de transférer une situation complexe à une équipe qui n'avait pas connu la patiente dès le départ.»

C. Dans ses observations, Eurocontrol rappelle qu'il s'agit uniquement de savoir si les frais engendrés ont été correctement remboursés en vertu de l'article 72 du Statut administratif du personnel permanent et du Règlement d'application n° 10. Elle souligne qu'elle a toujours reconnu le droit du requérant au libre choix du médecin et de l'établissement de soins.

Selon elle, le rapport d'expertise médicale confirme la position qu'elle a défendue. La fille du requérant aurait pu être traitée ailleurs qu'aux Etats-Unis, et notamment en Europe. Si son maintien auprès de la même équipe soignante était préférable une fois le traitement entrepris, il «n'était pas impérativement nécessaire».

## CONSIDÈRE :

1. Les faits à l'origine de ce litige sont relatés dans les jugements 1880 et 2094 du Tribunal de céans auxquels il est renvoyé.

En l'espèce, le requérant conteste la décision d'Eurocontrol en date du 5 juin 2000 rejetant, d'une part, sa réclamation introduite le 9 décembre 1999 à l'encontre de trois décomptes de la Caisse maladie, datés du 10 septembre 1999, qui limitaient le remboursement des frais médicaux postopératoires exposés pour sa fille hospitalisée aux Etats-Unis en raison d'une maladie grave et, d'autre part, sa réclamation introduite le 3 mars 2000 à l'encontre de la décision implicite de rejet d'une demande de remboursement spécial présentée à la Caisse maladie le 6 septembre 1999 en application de l'article 72, paragraphe 3, du Statut et de l'article 8, paragraphe 2, du Règlement d'application n° 10.

Le requérant insiste particulièrement sur le caractère impérieux de l'hospitalisation en urgence de sa fille aux Etats-Unis pour justifier ses prétentions au remboursement prévu à l'article 72 du Statut.

2. Le Tribunal, tenant compte de l'objection de la défenderesse qui estime que la décision du requérant de faire hospitaliser sa fille aux Etats-Unis était une décision d'opportunité qui ne saurait être opposée à la Caisse maladie pour obtenir le remboursement exceptionnel de toute la suite du traitement, décida, avant dire droit, par son jugement 2094 précité, d'ordonner une expertise médicale.

3. Dans son rapport daté du 26 mars 2002, l'expert désigné le 30 janvier 2002 par le Président du Tribunal de céans conclut que le «type de traitement [que nécessitait l'état de santé de la fille du requérant] pouvait être pratiqué ailleurs qu'aux Etats-Unis» et que :

«si le traitement avait été entrepris dès le départ dans un centre autre que [la clinique américaine], il n'y aurait

pas eu de raisons de recourir à [cette dernière].

Par contre, une fois un traitement aussi complexe entrepris [dans cette clinique], vu les complications intervenues, il était préférable de mener ce traitement à terme avec l'équipe experte, plutôt que de transférer une situation complexe à une équipe qui n'avait pas connu la patiente dès le départ.»

Il résulte de ce qui précède que le requérant n'était pas contraint de faire hospitaliser sa fille aux Etats-Unis et que c'est à cause de son choix initial du lieu de traitement que s'est imposée la nécessité de maintenir la patiente aux Etats-Unis pour les soins et le traitement postopératoires. Dès lors, il est raisonnable, comme l'a souligné le Tribunal de céans dans son jugement 1880 (au considérant 10), de laisser à la charge du requérant le surplus du coût résultant du traitement aux Etats-Unis, pays non membre d'Eurocontrol.

*Sur le remboursement en application de l'article 72, paragraphe 1, du Statut*

4. Le requérant soutient que la défenderesse a, d'une part, violé l'article 72, paragraphe 1, du Statut, le point XV, paragraphe 3, de l'annexe I au Règlement n° 10, ainsi que les décisions des 11 novembre 1996 et 15 septembre 1997 et, d'autre part, commis une erreur manifeste d'appréciation en ce qu'il ne lui a été accordé, par les trois décomptes du 10 septembre 1999, qu'un remboursement partiel des frais médicaux exposés pour sa fille à l'occasion d'une opération qu'elle a subie en décembre 1998, soit, selon les types de prestations médicales concernés, 27,04 pour cent, 32,22 pour cent et 41,01 pour cent de leur coût réel.

5. Le Tribunal a déjà clairement indiqué dans ses jugements 1094 et 1880 que le taux de couverture de 100 pour cent prévu par l'article 72, paragraphe 1, du Statut n'implique pas qu'en toutes circonstances la personne assurée ait droit au remboursement de la totalité de ses dépenses. En effet, l'article 72 ne garantit des prestations que dans la limite du pourcentage des frais exposés et conformément aux dispositions d'un règlement du Directeur général. La limitation des dépenses remboursées peut s'effectuer au moyen de maxima (plafonds) pour certains types de dépenses ou par des limites calculées au cas par cas en fonction des dépenses engagées sans qu'il y ait violation des règles en vigueur.

L'on ne saurait dès lors, compte tenu du choix du requérant de faire soigner sa fille aux Etats-Unis où les coûts sont beaucoup plus élevés, retenir que l'article 72 du Statut est violé du simple fait que le calcul du remboursement des frais médicaux établi par la Caisse maladie laisse à la charge du requérant une participation qu'il juge démesurée et financièrement écrasante.

6. Le requérant affirme qu'il résulte des trois décomptes du 10 septembre 1999 que, pour la plupart des prestations médicales en cause, les dispositions du point XV, paragraphe 2, de l'annexe I au Règlement n° 10 qui, dans certains cas, permettent la fixation de «montants maxima remboursables», ne sont pas applicables en l'espèce et que des «montants maxima» n'ont été appliqués que pour trois prestations médicales mineures.

Il soutient que c'est en application du paragraphe 3 dudit texte que la Caisse maladie prétend réduire considérablement les remboursements accordés, ceux-ci étant, à tort, jugés excessifs et qu'elle paraît considérer, globalement, comme excessifs tous les frais médicaux exposés aux Etats-Unis dans la mesure où ils dépassent le montant estimé de prestations médicales de même nature en Belgique.

La défenderesse répond que la limitation des remboursements par l'établissement de seuils au-delà desquels les frais sont considérés comme excessifs, est une mesure indispensable pour assurer l'équilibre financier du régime d'assurance maladie, ce que le Tribunal de céans a déjà admis dans ses jugements 1094 et 1880 précités.

Il est à retenir que la référence faite par l'Agence au coût des prestations en Belgique — pour lesquelles le coefficient d'égalité est toujours fixé à 100 — est justifiée par le fait que lorsque les frais sont encourus dans un Etat pour lequel aucun coefficient correcteur n'a été fixé, comme c'est le cas en l'espèce, le coefficient est égal à 100. Cela ne revient toutefois pas à fixer des montants maxima remboursables au sens des dispositions du point XV, paragraphe 2, de l'annexe I au Règlement n° 10, contrairement à ce que prétend le requérant. Lesdites dispositions ne s'appliquent que dans le cas de frais relatifs à des prestations non prévues par les annexes à la réglementation. Or les factures reçues par la Caisse maladie et ayant fait l'objet des décomptes contestés sont relatives à des prestations prévues par les annexes.

Le requérant conteste la pratique consistant à considérer comme excessifs tous les frais médicaux exposés aux Etats-Unis, dans la mesure où ils dépassent le montant estimé de prestations médicales équivalentes fournies en Belgique. Pour lui, cela serait, en effet, contraire à ce que le Tribunal a décidé dans son jugement 1880, lorsque l'ayant-droit est contraint de se faire soigner à l'étranger, ce qui est le cas en l'espèce.

Mais, comme indiqué ci-dessus, le rapport d'expertise a conclu que le requérant n'était pas obligé de faire soigner sa fille aux Etats-Unis. La pratique qu'il conteste pouvait en conséquence lui être appliquée.

7. Le Tribunal estime que toute l'argumentation du requérant essentiellement fondée sur la prétendue impossibilité d'assurer à sa fille en Europe des soins analogues à ceux qui lui ont été prodigués aux Etats-Unis doit être écartée. Il constate que, dans ces circonstances et au vu des pièces du dossier, les taux de remboursement appliqués par la Caisse maladie l'ont été dans le respect des dispositions pertinentes du Statut, du Règlement n° 10 et de l'annexe I.

8. Le requérant soutient que la méthode retenue par la Caisse maladie pour apprécier le caractère excessif des frais médicaux est arbitraire et discriminatoire parce que celle-ci prend pour référence des chiffres qui sont largement inférieurs au coût effectif de prestations équivalentes dans des hôpitaux belges ou, plus généralement, dans des institutions de pays membres d'Eurocontrol. La défenderesse répond que soit les plafonds réglementaires sont appliqués, soit référence est faite aux coûts moyens pratiqués dans l'Etat membre considéré, et qu'en ce qui concerne la Belgique, il est fait référence aux tarifs publiés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Il n'y a donc, selon elle, jamais d'arbitraire.

A ce sujet, le Tribunal rappelle que, dans son jugement 1880, il a déjà admis que «[l]a détermination du niveau des frais en Belgique et dans les Etats membres est une donnée objective valable pour tous les patients se faisant soigner en dehors du cercle de ces Etats». En conséquence, l'allégation du requérant ne saurait être retenue.

9. Le requérant affirme que les décisions des 11 novembre 1996 et 15 septembre 1997 lui garantissaient le remboursement intégral de tous les frais médicaux exposés pour sa fille. Il considère que ces décisions ont été remises en cause par la Caisse maladie qui ne lui a pas accordé les remboursements auxquels il estimait avoir droit.

L'examen des pièces du dossier fait ressortir au contraire que l'engagement contenu dans ces décisions n'implique pas l'acceptation de la nécessité de l'hospitalisation aux Etats-Unis, ni ne constitue la garantie qu'il serait dérogé aux règles applicables en matière de remboursement des frais médicaux.

10. Les conclusions relatives à la réclamation du 9 décembre 1999 à l'encontre des trois décomptes du 10 septembre 1999 émis par la Caisse maladie doivent, en conséquence, être rejetées.

#### *Sur le remboursement spécial*

11. Le requérant soutient que la décision attaquée, en ce qu'elle rejetait sa réclamation du 3 mars 2000 dirigée contre la décision de rejet de sa demande de remboursement spécial, a été prise en violation de l'article 8 du Règlement n° 10 et du point XV de l'annexe I audit règlement.

Il invoque une erreur manifeste d'appréciation, une violation du principe de libre choix du médecin consacré par l'article 9 du Règlement n° 10 ainsi que des principes de non-discrimination, de garantie d'une couverture sociale généralisée et de proportionnalité qui doivent gouverner l'action des institutions.

En effet, selon lui, alors qu'il n'existe aucun «coefficient d'égalité» qui tienne compte de la différence notable de coût des soins médicaux entre les Etats-Unis et la Belgique, la Caisse maladie a fait une erreur dans le calcul des remboursements, ceux-ci devant être le double du montant correspondant à 150 pour cent du plafond fixé par elle, et lui a refusé le bénéfice des remboursements spéciaux cités à l'article 8 du Règlement n° 10.

12. Le Tribunal n'estime pas devoir reprendre l'analyse critique des arguments déjà développés par le requérant et auxquels des réponses ont été données dans le jugement 1880.

Reste alors à se prononcer sur l'octroi d'un remboursement en application des articles 72 du Statut et 8 du Règlement n° 10.

Les réclamations présentées par l'intéressé tendaient à un remboursement spécial en application de l'article 8 du

Règlement n° 10; il lui a été répondu que «[l]es conditions pour l'application de l'article 8.2 [n'étaient] pas remplies».

Le Tribunal avait estimé prématuré de se prononcer sur ce point du fait qu'à l'introduction de la requête qui lui était soumise, le traitement se poursuivait, les frais étaient en cours et que, la période de douze mois prévue à l'article 72 n'étant pas écoulée, la Caisse maladie n'était pas en mesure de déterminer le montant de l'éventuel remboursement spécial.

13. L'article 72, paragraphe 3, du Statut dispose :

«Si le montant des frais non remboursés pour une période de douze mois dépasse la moitié du traitement mensuel de base du fonctionnaire ... un remboursement spécial est accordé par le Directeur Général, compte tenu de la situation de famille de l'intéressé, sur la base des dispositions du Règlement prévu au paragraphe 1 ci-dessus.»

Les paragraphes 1 et 2 de l'article 8 du Règlement d'application n° 10 disposent :

«1. Des remboursements spéciaux peuvent être accordés lorsque les frais exposés se rapportent à des soins prodigués à l'affilié ou à une personne assurée de son chef dans un pays où le coût des soins médicaux est particulièrement élevé et que la partie des frais non remboursés par le régime impose une lourde charge à l'affilié. L'application du présent paragraphe fait l'objet d'une décision du Directeur général prise sur la base d'un rapport du Bureau central assorti de l'avis du Comité de gestion.

2. Lorsque la partie non remboursée des frais entrant dans le champ d'application des barèmes annexés à la présente réglementation et exposés par l'affilié pour lui-même et pour les personnes assurées de son chef dépasse, au cours d'une période de douze mois, la moitié de la moyenne du traitement mensuel de base ... le remboursement spécial prévu à l'article 72, paragraphe 3, du Statut ... est déterminé de la manière suivante :

- la partie non remboursée des frais précités qui dépasse la moitié de la moyenne du traitement mensuel de base ... est remboursée au taux de :

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

- 100% dans les autres cas».

14. La défenderesse soutient qu'en l'espèce les articles 72, paragraphe 3, du Statut et 8, paragraphes 1 et 2, du Règlement n° 10 ne sont applicables qu'à la part des frais médicaux remboursables restés à la charge de l'affilié. Elle estime que les dispositions du paragraphe 1 de l'article 8 ne s'appliquent qu'aux prestations pour lesquelles il existe un plafond, et non à celles ayant fait l'objet d'une limitation en raison de leur coût excessif. Or, pour les quelques prestations pour lesquelles il existe un plafond, celui-ci a été doublé en application du paragraphe 1 de l'article 8.

S'agissant du paragraphe 2 de l'article 8 du Règlement n° 10, l'Agence prétend que cette disposition ne s'applique pas non plus, puisque la partie non remboursée des frais médicaux encourus par la fille du requérant correspond, d'une part, à des dépenses non remboursables (téléphone, télévision, boissons, etc.) et, d'autre part, à des frais considérés comme excessifs. Or, selon elle, la partie des frais jugée excessive après avis du médecin-conseil n'est pas prise en compte pour le remboursement spécial prévu au paragraphe 2 de l'article 8. En effet, le point XV, paragraphe 3, deuxième alinéa de l'annexe I au Règlement n° 10 précise à ce sujet que «[l]a partie des frais considérés comme excessifs par le bureau liquidateur, après avis du médecin-conseil, ne donne pas lieu à remboursement».

15. Le Tribunal relève que, pour s'opposer au remboursement spécial, la défenderesse s'appuie sur l'interprétation de l'article 72, paragraphe 3, et des dispositions d'application de ce texte.

Selon elle, «par "frais non remboursés" il faut entendre la part des frais médicaux remboursables en vertu de la réglementation et qui sont restés à charge de l'affilié (15% ou 20% selon le cas), et non la totalité des frais non remboursés à quelque titre que ce soit (coûts excessifs ou non liés à des prestations médicales)».

Cette interprétation restrictive ne saurait être retenue.

En effet, concernant l'application, en l'espèce, des articles 72, paragraphe 3, du Statut et 8, paragraphe 2, du Règlement n° 10, le Tribunal, dans son jugement 1880, avait estimé prématuré de se prononcer parce que la période de douze mois n'était pas encore écoulée, mais avait bien pris le soin de préciser ce qui suit :

«Ce n'est qu'à l'expiration de ce délai que la Caisse pourra, le cas échéant, déterminer les remboursements non admis mais pouvant être pris en considération, au titre de ces dispositions, en vue d'un remboursement spécial; elle examinera l'application des normes interprétatives ... elle fera en sorte que les règles d'interprétation ne vident point la norme de base - spécialement l'article 72, paragraphe 3, du Statut - de sa substance.»

S'il est justifié d'écarter les frais non liés à des prestations médicales lorsqu'il s'agit de déterminer les remboursements non admis mais pouvant être pris en considération en vue d'un remboursement spécial, il ne saurait en être de même pour tous les frais considérés comme excessifs.

Dans son jugement 1880, au considérant 13 *in fine*, le Tribunal avait déjà relevé que, pour appliquer l'article 72, paragraphe 3, du Statut relatif au remboursement spécial, il n'y avait pas lieu de se fonder sur des règles d'interprétation qui videraient cette disposition de sa substance. Dans la décision attaquée, l'Agence ne s'est point prononcée au sujet de cette considération car elle ne s'est référée qu'aux dispositions d'interprétation du Règlement n° 10.

Dès lors, il y a lieu d'examiner le sens et la portée de l'article 72, paragraphe 3, du Statut. Cette disposition, relative aux prestations en cas de maladie ainsi qu'à la couverture des frais encourus, contient, d'une part, certaines règles de base quant au remboursement spécial et, d'autre part, une délégation d'autorité conférée au Directeur général pour en fixer les modalités dans un règlement. Or l'autorité délégataire ne peut édicter une norme que dans le cadre des pouvoirs qui lui ont été délégués. L'article 72, paragraphe 3, du Statut pose le principe d'une participation spéciale à la couverture des «frais non remboursés», sans faire de distinction quant à la nature de ces frais. Il s'agit là d'une garantie statutaire en faveur du personnel. De plus, il était d'emblée évident au moment de l'adoption de cette norme qu'une grande partie des frais non remboursés se rapporterait aux frais engagés à l'étranger et ne pouvant être remboursés intégralement; en effet, l'article 8, paragraphe 1, du Règlement n° 10 mentionne précisément ce cas. Par ailleurs, le texte de la délégation n'autorise pas le Directeur général à édicter une norme d'application excluant le remboursement spécial du seul fait qu'il s'agirait de frais engagés à l'étranger, considérés comme excessifs et donc exclus du remboursement.

A cet égard, il y a lieu de toute façon de relever que la remarque de l'Agence, selon laquelle on ne saurait admettre, à titre de remboursement spécial, le remboursement de frais jugés excessifs, n'est pas pertinente sans quoi cette dernière restriction serait vidée de son sens. En effet, une telle considération pourrait s'appliquer par définition à tous les frais non remboursés, pour lesquels l'article 72, paragraphe 3, du Statut prévoit précisément un remboursement spécial mais selon des modalités plus restrictives.

16. Il en résulte que la décision du 5 juin 2000 doit être annulée, mais seulement en ce qu'elle rejette les demandes du requérant relatives au remboursement spécial des frais médicaux pour la période allant du 8 septembre 1997 au 7 septembre 1998.

La défenderesse devra, en conséquence, établir le traitement mensuel du requérant pour la période considérée et prendre en compte la part des frais engagés et non remboursés au cours de cette période, à l'exclusion des frais non liés à des prestations médicales, pour déterminer si le requérant peut avoir droit au remboursement spécial prévu par l'article 72, paragraphe 3, du Statut.

17. Le requérant a droit à des dépens fixés à 4 000 euros.

Par ces motifs,

#### DÉCIDE :

1. La décision du 5 juin 2000 est annulée en ce qu'elle rejette les demandes du requérant relatives au remboursement spécial pour la période du 8 septembre 1997 au 7 septembre 1998.

2. L'Agence procédera comme il est dit au considérant 16 ci-dessus pour déterminer si le requérant peut prétendre à un remboursement spécial.

3. Elle versera au requérant la somme de 4 000 euros à titre de dépens.

Ainsi jugé, le 10 mai 2002, par M. Michel Gentot, Président du Tribunal, M. Jean-François Egli, Juge, et M. Seydou Ba, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Catherine Comtet, Greffière.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 15 juillet 2002.

Michel Gentot

Jean-François Egli

Seydou Ba

Catherine Comtet