

Le Tribunal administratif,

Vu la deuxième requête dirigée contre l'Organisation mondiale de la santé (OMS), formée par M<sup>me</sup> M. A. M. L. le 10 juin 2006, la réponse de l'Organisation datée du 20 septembre, la réplique de la requérante du 12 octobre 2006 et la duplique de l'OMS du 15 janvier 2007;

Vu les articles II, paragraphe 5, et VII 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. La requérante, ressortissante française née en 1934, est entrée au service de l'OMS en mai 1980 en qualité de réviseuse, traductrice et éditrice. Elle a quitté l'Organisation le 31 mai 1991 à la suite d'une résiliation d'engagement par accord mutuel mais a souhaité maintenir son affiliation au régime d'assurance maladie du personnel de l'OMS.

A partir du début de l'année 2005, la requérante s'est plainte des conditions de remboursement de certains de ses frais médicaux. Après un échange de correspondance, elle a demandé au Comité de surveillance du Siège de l'assurance maladie du personnel, par un courrier du 22 janvier 2006, de bien vouloir intervenir auprès du fonctionnaire préposé à l'assurance maladie pour que lui soient remboursées plusieurs factures, notamment celles relatives à des «soins de physiothérapie» reçus en janvier 2005 et à des soins dentaires commencés en juin de la même année. Le 6 avril, la requérante écrivit de nouveau au Comité de surveillance pour se plaindre du silence de l'administration face à ses demandes et réclamer le versement des montants qu'elle estimait lui être dus. N'ayant pas reçu de réponse, elle introduisit, le 10 juin 2006, une requête à l'encontre de la décision implicite de rejet de sa demande.

Par lettre du 17 juillet 2006, la coordonnatrice «Assurances et pensions» a informé la requérante qu'elle avait «personnellement réexaminé chacune de [ses] demandes [de remboursement] et étudié à nouveau l'ensemble des remboursements concernés ainsi que la correspondance qui [lui] a[vait] été adressée pour, selon le cas, solliciter des informations additionnelles sur les demandes que [la requérante] av[ait] soumises ou expliquer les raisons pour lesquelles un remboursement ne pouvait être effectué». Elle faisait ensuite un long récapitulatif des demandes de remboursement soumises à l'assurance maladie depuis le début février 2005, expliquant pour chacune d'elles les modalités du remboursement. Elle indiquait que l'assurance maladie avait, «de façon systématique», procédé au remboursement en accord avec ses Statuts. Elle ajoutait que le dossier serait examiné par le Comité de surveillance lors de sa prochaine réunion et attirait l'attention de l'intéressée, au vu de la requête qu'elle avait introduite auprès du Tribunal de céans, sur le fait qu'elle n'avait pas épuisé les voies de recours interne. Le Comité s'est réuni le 28 juillet 2006. La requérante a été informée, par lettre du 14 août 2006, que le Comité avait «approuvé exceptionnellement le remboursement de [sa] cure thermique» à concurrence d'un montant maximum de 500 dollars des Etats Unis.

B. La requérante affirme qu'elle a réclamé à plusieurs reprises un état des paiements non effectués, sans aucun résultat. Elle soutient que plusieurs demandes de remboursement ont été rejetées pour des motifs peu clairs et parfois contradictoires. Pour d'autres, aucun motif n'a été avancé. Elle relève que les Statuts révisés de l'assurance maladie (selon lesquels les cures thermales n'étaient plus couvertes) n'ont été publiés que le 21 mars 2005 et qu'ils ne pouvaient donc entrer en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005. A supposer qu'il faille considérer les soins de physiothérapie comme une cure, *quod non*, celle-ci devrait donc être remboursée. Elle détaille ensuite les dispositions qui, à ses yeux, justifient le remboursement de ses frais médicaux, notamment en ce qui concerne les soins de physiothérapie et les soins dentaires.

Elle dénonce le «caractère cryptique» des informations reçues et le «manque de cohérence et de transparence que fait apparaître l'analyse des divers décomptes». Selon elle, l'OMS a manqué de respect et d'égards envers sa personne, a porté atteinte à ses intérêts légitimes et ne s'est pas acquittée de ses obligations envers son personnel, telles qu'énoncées par la jurisprudence du Tribunal de céans, notamment en ce qui concerne le principe de bonne foi.

La requérante demande «[le] paiement des frais de maladie non remboursés à ce jour, en regard des crédits disponibles au jour de la demande initiale, ou [l']indemnisation du préjudice matériel découlant du défaut de remboursement ; [l']indemnisation du préjudice moral [... et les] dépens».

C. Dans sa réponse, l'OMS soutient que la requête est irrecevable pour défaut d'épuisement des voies de recours interne. Selon elle, conformément à l'article 550 des Statuts de l'assurance maladie du personnel, l'intéressée aurait dû attendre le résultat de l'analyse détaillée entreprise par l'assurance au sujet de l'ensemble de ses demandes de remboursement pour ensuite décider des aspects de son dossier qu'elle souhaitait porter à l'attention du Comité de surveillance puis, éventuellement, au Directeur général pour décision et, enfin, au Tribunal de céans si elle n'était pas satisfaite des réponses obtenues. La requête ayant été introduite de manière prématurée, elle est irrecevable. L'Organisation reproche à la requérante d'avoir, par ce procédé, tenté d'exercer une pression externe sur un dossier en cours d'examen.

C'est à titre subsidiaire que l'Organisation répond quant au fond. Elle affirme que les demandes de la requérante ont été traitées dans des délais raisonnables et ont reçu une réponse claire quant aux modalités du remboursement. Elle revient ensuite en détail sur les demandes de remboursement qui font l'objet d'une contestation de la part de l'intéressée. Elle explique que celles-ci soit ont été honorées depuis lors, les rendant sans objet (notamment les frais de cure thermique comprenant des séances de physiothérapie en janvier 2005 dont le remboursement a été autorisé à titre exceptionnel), soit n'ont pu l'être car elles n'étaient pas couvertes par les Statuts de l'assurance maladie (frais de cure thermique en juillet 2005, traitements payés à l'avance et non encore exécutés) ou dépassaient les plafonds de remboursement autorisés. La défenderesse fait valoir que les demandes de remboursement de la requérante ont donc été traitées en conformité avec les Statuts de l'assurance maladie et que ses réclamations ne sont pas fondées. Il n'y a par conséquent aucun préjudice moral indemnisable.

D. Dans sa réplique, la requérante soutient que sa requête est recevable. Elle fait valoir que, conformément à l'article VII, paragraphe 3, du Statut du Tribunal, elle avait attendu plus de soixante jours après la date à laquelle elle avait réitéré ses demandes auprès du Comité de surveillance avant d'introduire sa requête.

Sur le fond, elle estime toujours ne pas disposer de renseignements satisfaisants et être dans l'impossibilité de déterminer avec précision les frais qui ne lui ont pas été remboursés. Elle répète qu'elle n'a pas demandé le remboursement d'une cure thermique mais bien de massages et de soins de physiothérapie et reproche au fonctionnaire préposé à l'assurance maladie d'avoir qualifié de manière erronée les factures soumises, ce qui a abouti à leur non remboursement. Elle se plaint également des délais dans lesquels ses demandes ont été traitées. En ce qui concerne les frais dentaires, elle précise qu'elle avait pris soin de demander le montant des crédits dont elle pouvait disposer avant de s'engager financièrement vis à vis du praticien. Elle dénonce par ailleurs les décisions arbitraires de l'OMS et soutient que ses réclamations demeurent fondées, l'OMS l'ayant mise dans une «situation financière catastrophique».

E. Dans sa duplique, la défenderesse réitère ses arguments.

## CONSIDÈRE :

1. La requérante a été au service de l'OMS de mai 1980 à mai 1991. Son affiliation au régime d'assurance maladie du personnel de l'OMS a cependant été maintenue jusqu'à aujourd'hui.

2. Au cours de l'année 2005, la requérante a présenté plusieurs demandes en vue d'obtenir de l'assurance maladie le remboursement de divers frais médicaux. L'assurance maladie a admis une partie de ces demandes. La requérante affirme, dans son mémoire de requête, que «l'OMS [lui] doit un minimum de 2 400 euros».

Le 22 janvier 2006, l'intéressée a adressé au Comité de surveillance du Siège un mémoire explicatif de ses demandes de remboursement, relatives notamment à une cure thermique incluant des séances de physiothérapie ainsi

qu'à des soins dentaires, qu'elle a ensuite rappelées et renouvelées le 22 février 2006.

Le 6 avril, elle s'est plainte à ce comité de l'absence de réponse à ses demandes de remboursement et a réclamé le versement des montants qui en étaient l'objet. Le 2 mai, elle a remis à l'assurance maladie deux autres demandes de remboursement.

N'ayant reçu ni les remboursements demandés ni une décision précise de refus, la requérante a formé le 10 juin 2006 une requête dirigée contre une décision implicite de rejet de ses demandes.

3. L'article VII, paragraphe 3, du Statut du Tribunal permet à un fonctionnaire de s'adresser directement au Tribunal lorsque l'administration, saisie d'une réclamation, n'a pris aucune décision au sujet de celle-ci «dans un délai de soixante jours à dater du jour de la notification qui lui en a été faite». Seul est fondé à introduire une requête contre une décision implicite de rejet celui qui a accompli sans succès tout ce qu'il lui était légalement possible d'accomplir afin d'obtenir une décision définitive dans un délai raisonnable (voir notamment les jugements 1344, au considérant 11, et 1718, au considérant 3).

Le paragraphe 3 de l'article VII du Statut du Tribunal doit se lire à la lumière du paragraphe 1 de cet article, qui prescrit l'obligation d'épuiser les moyens de recours interne avant de former une requête auprès du Tribunal. Une requête contre une décision implicite de rejet n'est donc recevable que si le requérant a épuisé tous les moyens de recours interne mis à sa disposition. Le Tribunal de Gènes ne peut ainsi être saisi d'une telle requête que si le rejet implicite peut être déduit du silence gardé par la dernière autorité compétente pour se prononcer sur le différend qui oppose le fonctionnaire à l'administration (voir le jugement 185).

4. Il est constant qu'au moment du dépôt de la requête l'administration procédait depuis un certain temps à l'analyse détaillée des demandes de remboursement que la requérante lui avait adressées. Au vu des pièces déposées par les parties, il ne semble cependant pas qu'elle ait régulièrement informé cette dernière de ce que ses demandes faisaient l'objet de cette analyse, et ce, bien que l'intéressée se fût plainte à plusieurs reprises de la manière dont son dossier lui paraissait être traité. Ce manque de transparence était sans nul doute de nature à faire naître en elle le sentiment que ses réclamations n'étaient pas considérées avec l'objectivité et le sérieux qu'elles requéraient et à la convaincre en définitive qu'elles avaient été implicitement écartées.

5. Cela dit, la requérante disposait de moyens de recours interne pour attaquer ce qu'elle estimait être un refus de statuer.

L'article 550 des Statuts de l'assurance maladie du personnel se lit comme suit :

«Les réclamations formulées à l'endroit de décisions de caractère administratif prises par le Comité de surveillance du Siège, ou un comité de surveillance régional, au sujet du règlement de toute demande peuvent être adressées au Directeur général dans les 60 jours de la date de notification. La décision du Directeur général est définitive. Toutefois, l'affilié peut contester la décision devant le Tribunal administratif de l'Organisation internationale du Travail, conformément aux dispositions du Statut du Tribunal.»

Cette disposition ne traite pas expressément des décisions implicites de rejet. Cependant, il n'est pas contraire à l'article VII du Statut du Tribunal, qui — comme on vient de le rappeler — pose la condition de l'épuisement préalable des voies de recours interne, que le fonctionnaire qui n'obtient du Comité de surveillance aucune réponse à sa demande puisse s'en plaindre au Directeur général conformément à l'article 550 des Statuts de l'assurance maladie.

Au lieu de suivre cette procédure, la requérante s'est adressée directement au Tribunal de Gènes. Sa requête méconnaît donc la portée des paragraphes 1 et 3 de l'article VII du Statut du Tribunal. Elle est par conséquent irrecevable.

6. La coordonnatrice «Assurances et pensions» de la défenderesse a communiqué à la requérante le 17 juillet 2006 les résultats de l'analyse détaillée qui était en cours au moment où la requête a été déposée, lui indiquant que ses demandes seraient soumises au Comité de surveillance. Celui-ci a ultérieurement décidé d'approuver «exceptionnellement» le remboursement de la cure thermique à concurrence d'un montant maximum de 500 dollars des États-Unis.

Les éléments versés au dossier par les parties ne permettent pas au Tribunal de savoir si le Comité de surveillance

a ou non donné lui-même une réponse formellement satisfaisante à chacune des autres demandes de remboursement de la requérante. Si tel n'était pas le cas, il lui incomberait de le faire sans délai.

En l'absence de telles réponses, la requérante serait fondée à se plaindre d'une décision implicite de rejet auprès du Directeur général, sans qu'il importe que les longues explications fournies par la défenderesse dans sa réponse et sa duplique soient ou non matériellement fondées.

7. N'étant pas recevable au regard de l'article VII, paragraphe 3, du Statut du Tribunal, la requête doit être rejetée en toutes ses conclusions.

Par ces motifs,

DÉCIDE :

La requête est rejetée.

Ainsi jugé, le 27 avril 2007, par M. Michel Gentot, Président du Tribunal, M. Seydou Ba, Vice-Président, et M. Claude Rouiller, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Catherine Comtet, Greffière.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 11 juillet 2007.

Michel Gentot

Seydou Ba

Claude Rouiller

Catherine Comtet