

118^e session

Jugement n° 3361

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la requête dirigée contre l'Organisation européenne pour la sécurité de la navigation aérienne (Eurocontrol), formée par M^{me} I. P. le 21 novembre 2011 et régularisée le 24 décembre 2011, la réponse d'Eurocontrol du 4 avril 2012, la réplique de la requérante du 1^{er} juin et la duplique d'Eurocontrol du 6 septembre 2012;

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. Le 15 mars 2009, la requérante adressa au Régime d'assurance maladie d'Eurocontrol (ci-après le «Régime d'assurance») un devis et une demande d'autorisation préalable concernant un traitement orthodontique. En dépit du refus qui lui fut opposé le 31 juillet, elle entama ce traitement en octobre 2009.

Le 19 août 2010, la requérante présenta une demande de prise en charge à titre d'avance et une demande d'autorisation préalable en prévision d'une opération chirurgicale de nature orthodontique devant entraîner une hospitalisation. L'opération eut lieu le 30 août, bien que l'intéressée eût été informée le 27 août du rejet de sa demande de prise

en charge. Le 14 septembre, le Bureau liquidateur lui fit savoir que le refus qui lui avait été opposé se fondait sur l'avis du médecin-conseil qui considérait le «traitement [...] comme non fonctionnel».

Le 8 décembre 2010, en vertu de l'article 92 du Statut administratif du personnel permanent de l'Agence Eurocontrol (ci-après le «Statut du personnel»), la requérante introduisit une réclamation contre les décisions des 31 juillet 2009 et 14 septembre 2010. Conformément à l'article 35 du Règlement d'application n° 10 (ci-après le «Règlement») du Statut du personnel, lequel est relatif à la couverture des risques de maladie, la réclamation fut transmise au Comité de gestion du Régime d'assurance. Sur la base des recommandations formulées par ce comité, le Directeur général décida notamment de rejeter pour forclusion les conclusions de la réclamation tendant à l'annulation de la décision du 31 juillet 2009 et de ne pas allouer d'indemnité pour tort moral à l'intéressée. Proposant toutefois à celle-ci d'inviter les praticiens lui ayant dispensé les soins en cause à rencontrer le médecin-conseil et le dentiste-conseil du Régime d'assurance, il précisait qu'une décision définitive serait prise après consultation de ces derniers. Par un mémorandum du 12 octobre 2011, qui constitue la décision attaquée, la requérante fut informée que sa réclamation était rejetée pour défaut de fondement.

B. La requérante fait valoir que c'est à tort que la forclusion lui a été opposée concernant le rejet de sa demande du 15 mars 2009 car, à ses yeux, le traitement orthodontique qu'elle a suivi ne peut être dissocié de l'opération chirurgicale qu'elle a subie en 2010. Soulignant que la décision du 27 août 2010 n'était pas motivée, elle se plaint de la désinvolture dont il a été fait preuve à son égard. Elle conteste les motifs de rejet qui lui ont été communiqués le 14 septembre 2010, alléguant que les praticiens qu'elle avait consultés avaient démontré que, dans son cas, un traitement était nécessaire et fonctionnel. Elle déduit de ce qui précède que les frais qu'elle a exposés devaient être pris en charge car, conformément à l'article 20 du Règlement, seuls les traitements considérés comme non fonctionnels ou non nécessaires ne donnent pas lieu à remboursement. Selon elle, Eurocontrol a enfreint

son devoir de sollicitude, lui a fait subir un «acharnement kafkaïen» et a privilégié l'aspect économique au détriment de sa santé.

Par ailleurs, la requérante reproche au Comité de gestion de ne pas avoir demandé, comme l'article 35 du Règlement l'autorisait à le faire, l'avis d'un médecin expert. S'agissant du Directeur général, elle lui fait grief d'avoir d'emblée rejeté la recommandation du Comité de procéder à un arbitrage dans l'hypothèse où la rencontre entre les praticiens susmentionnés, le médecin-conseil et le dentiste-conseil s'avèrerait infructueuse. Elle signale que cette rencontre n'a pu être organisée et qu'en septembre 2011 le Régime d'assurance a finalement sollicité l'avis d'un expert qui non seulement n'a pas été impartial, mais qui ne lui a également pas transmis une copie du rapport qu'il a rédigé.

La requérante demande au Tribunal d'annuler la décision attaquée et, en conséquence, de condamner Eurocontrol, d'une part, à lui payer avec intérêts les frais afférents à son traitement orthodontique ainsi qu'à son opération chirurgicale et, d'autre part, à prendre en charge et à lui rembourser tous les soins postopératoires effectués et à venir. En outre, elle sollicite l'octroi de 5 000 euros en réparation du préjudice moral subi et la même somme à titre de dépens.

C. Dans sa réponse, Eurocontrol indique que le traitement orthodontique suivi par la requérante et l'opération chirurgicale qu'elle a subie n'étaient pas indissociables. N'ayant pas contesté la décision du 31 juillet 2009 dans les délais impartis, la requérante est forclosée sur ce point.

Sur le fond, Eurocontrol indique que le rejet des demandes de prise en charge présentées par la requérante se fonde notamment sur l'avis émis par plusieurs experts externes qui ont conclu qu'un traitement orthodontique et une opération n'étaient ni fonctionnels ni nécessaires. Elle déclare que la requérante n'a pas prouvé qu'elle avait été traitée avec partialité et rappelle que tout «laxisme excessif» doit être évité dans la gestion du Régime d'assurance. Elle souligne la position contradictoire de la requérante qui consiste à reprocher au Comité de gestion aussi bien de ne pas avoir pris l'avis d'un médecin expert que d'en avoir consulté un en septembre 2011.

D. Dans sa réplique, la requérante soutient que sa réclamation est recevable étant donné que c'est la décision, motivée, du 14 septembre 2010 qui faisait courir le délai de recours. Par ailleurs, elle dénonce un conflit d'intérêts. En effet, elle se plaint du fait que le chef du Bureau liquidateur ait, d'une part, soumis aux membres du Comité de gestion un rapport qui, selon elle, préconisait de rejeter sa réclamation pour des motifs financiers et, d'autre part, participé à la réunion au cours de laquelle celle-ci a été examinée.

E. Dans sa duplique, Eurocontrol réitère sa position. Elle précise que c'est dans l'objectif d'émettre un avis éclairé sur la réclamation de la requérante que le Comité de gestion a décidé d'entendre le chef du Bureau liquidateur, lequel, souligne-t-elle, n'avait pas voix délibérative.

CONSIDÈRE :

1. La requête a pour objet la décision du 12 octobre 2011 par laquelle le Directeur général d'Eurocontrol a rejeté la réclamation de la requérante du 8 décembre 2010 demandant que le Régime d'assurance maladie d'Eurocontrol (ci-après le «Régime d'assurance») prenne en charge, d'une part, les coûts d'un traitement orthodontique commencé en octobre 2009 et, d'autre part, ceux d'une opération chirurgicale maxillo-faciale subie le 30 août 2010.

2. Le remboursement des frais médicaux et hospitaliers encourus par les affiliés est régi par le Règlement d'application n° 10 adopté conformément au Statut du personnel et aux Conditions générales d'emploi des agents du Centre Eurocontrol à Maastricht.

3. Lorsque le remboursement des prestations est soumis à une autorisation préalable, l'affilié au Régime d'assurance doit, hormis dans les cas d'urgence, introduire sa demande d'autorisation auprès du Bureau liquidateur avant le début des soins ou des prestations. Le formulaire de demande doit être accompagné d'une prescription médicale détaillée, voire, en fonction des prestations, d'un rapport médical complet. La décision sur la demande est prise après avis

du médecin-conseil, qui se prononce sur la cohérence médicale de la prestation. Le médecin-conseil peut, dans certains cas, prendre contact avec le médecin prescripteur avant d'émettre son avis. (Dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux contenues dans le Règlement.)

Les frais de traitement orthodontique sont des prestations soumises à l'autorisation préalable du Bureau liquidateur, sur présentation d'un devis et après avis du dentiste-conseil. Ils ne sont remboursés aux personnes âgées de plus de dix-huit ans au début du traitement qu'en cas de maladie grave de la sphère buccale, de chirurgie maxillo-faciale, de traumatisme maxillo-facial ou de problèmes graves d'articulation temporo-mandibulaire prouvés radiologiquement et cliniquement. Dans tous les cas, les frais d'orthodontie ne sont remboursés qu'à 80 pour cent et dans la limite d'un montant de 3 300 euros pour l'ensemble du traitement. (Titre II des Dispositions générales d'exécution susmentionnées portant sur les règles de remboursement, chapitre 5 (soins, traitements et prothèses dentaires), paragraphe 3, alinéas 1 et 2.)

Les frais relatifs aux traitements considérés comme non fonctionnels ou non nécessaires par le Bureau liquidateur, après avis du médecin-conseil, ne donnent pas lieu à remboursement (article 20, paragraphe 3, du Règlement).

4. Les procédures applicables en matière d'autorisation préalable et de demande de remboursement sont régies par les articles 27 et 28 du Règlement, qui se lisent comme suit :

«Article 27

Autorisation préalable

Lorsqu'en vertu de la présente Réglementation, le remboursement des frais ne peut être effectué qu'après autorisation préalable, la décision est prise par le Directeur général ou par le Bureau liquidateur désigné par celui-ci, selon la procédure suivante :

- a) la demande d'autorisation préalable, accompagnée d'une prescription et/ou d'un devis du dentiste ou du médecin traitant, est présentée par l'affilié au Bureau liquidateur qui, le cas échéant, en saisit le dentiste-conseil ou le médecin-conseil ; dans ce cas, ce dernier transmet son avis au Bureau liquidateur dans un délai de deux semaines ;

- b) le Bureau liquidateur statue sur la demande s'il a été désigné à cet effet ou transmet son avis et, le cas échéant, celui du dentiste-conseil ou du médecin-conseil au Directeur général pour décision. L'affilié est informé immédiatement de la décision ;
- c) les demandes de remboursement de frais résultant de prestations soumises à autorisation ne seront pas prises en considération si l'autorisation n'a pas été demandée préalablement aux prestations. Une exception peut être faite dans les cas d'urgence médicalement justifiée et reconnue comme telle par le médecin-conseil du Bureau liquidateur.

Article 28

Demande de remboursement

Les demandes sont introduites par les affiliés auprès des bureaux liquidateurs au moyen de formulaires unifiés accompagnés de pièces justificatives originales [...].»

5. L'article 35 du Règlement détermine la procédure de recours dans les termes suivants :

- «1. Toute personne visée à la présente réglementation dispose des voies de recours prévues aux articles 92 et 93 du Statut ou aux articles 91 et 92 des Conditions générales d'emploi.
- 2. Avant de prendre une décision sur une réclamation introduite sur la base de l'article 92 paragraphe 2 du Statut ou de l'article 91, paragraphe 2 des Conditions générales d'emploi, le Directeur général doit demander l'avis du Comité de Gestion.

Celui-ci peut charger son président de prendre les mesures permettant d'obtenir un complément d'informations. Lorsque le conflit est d'ordre médical, le Comité de Gestion peut, avant de se prononcer, demander l'avis d'un médecin expert. Les frais d'expertise sont à charge du Régime d'assurance maladie de l'Agence.

Le Comité de Gestion doit se prononcer dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande d'avis. Cet avis est transmis simultanément au Directeur général et à l'intéressé.

À défaut d'avis du Comité de Gestion dans ce délai, le Directeur général peut arrêter sa décision.»

6. Les dispositions relatives aux Bureaux liquidateurs et au Conseil médical placé auprès du Comité de gestion du Régime d'assurance se lisent comme suit :

«Article 40

Bureaux liquidateurs

[...]

4. Des médecins- et dentistes- conseils sont attachés à chaque Bureau liquidateur et chargés des tâches dévolues dans la présente Réglementation.

[...]

5. Chaque Bureau liquidateur est chargé :
- a) de recevoir et de liquider les demandes de remboursement des frais présentées par les affiliés enregistrés auprès de ce bureau et d'exécuter les paiements y afférents,
 - b) de demander, dans les cas prévus par la présente Réglementation ainsi que dans les cas où des questions de nature médicale se rapportant à la liquidation des prestations sont soulevées par le Comité de Gestion ou par le Bureau central, l'avis du médecin-conseil,
 - c) d'instruire les dossiers de demandes d'autorisation préalable et d'y donner la suite appropriée,
 - d) d'émettre les avis prévus à la présente Réglementation,
 - e) d'assurer le secrétariat des médecins-conseils.

Article 41

Conseil médical

Le Comité de Gestion est assisté d'un Conseil médical composé des médecins-conseils de chaque Bureau liquidateur.

Le Conseil médical peut être consulté par le Comité de Gestion ou le Bureau central sur toute question de nature médicale qui se poserait dans le cadre du présent régime. Il se réunit à la demande du Comité de Gestion ou du Bureau central ou à la demande d'un des médecins-conseils des bureaux liquidateurs et émet son avis dans le délai qui lui est indiqué.»

7. À l'instar du plafonnement des coûts, l'exigence d'une autorisation préalable pour certaines prestations constitue une mesure appropriée pour assurer le fonctionnement et la viabilité du Régime d'assurance maladie, dont les charges financières sont supportées grâce à un effort de solidarité conjoint des fonctionnaires et de l'Organisation elle-même (article 72 du Statut du personnel et des Conditions générales d'emploi; voir le jugement 1094, au considérant 24). Cette mesure tend

notamment à prévenir un recours abusif à des traitements médicaux et chirurgicaux non justifiés, inadaptés ou présentant des risques disproportionnés par rapport au résultat escompté, qu'il sied par conséquent d'éviter en vertu du principe de précaution.

8. Saisi d'une contestation relative à la prise en charge ou au remboursement de frais médicaux, telle qu'une contestation touchant au refus d'une autorisation préalable, le Tribunal de céans, dont la mission est alors de contrôler si les dispositions précitées ont été respectées (voir le jugement 992, au considérant 10), ne peut substituer ses propres appréciations à celles, d'ordre médical, sur lesquelles se fonde la décision attaquée. C'est particulièrement le cas dans des situations comme celle de l'espèce où des spécialistes, considérés par les deux parties comme hautement qualifiés, ont donné des appréciations divergentes sur l'opportunité d'un traitement et d'une opération chirurgicale.

Le Tribunal est en revanche pleinement compétent pour apprécier la régularité de la procédure suivie, en particulier le respect du principe du contradictoire ou du droit d'être entendu, et pour examiner si les rapports qui servent de fondement à une décision administrative sont entachés d'erreur matérielle ou de contradiction, négligent des faits essentiels ou tirent du dossier des conclusions manifestement erronées (voir les jugements 620, au considérant 4, 1284, au considérant 4, et 2361, au considérant 9).

9. La première demande d'autorisation préalable de la requérante avait pour objet un traitement orthodontique. Déposée dans les conditions prévues par l'article 27 du Règlement, elle a été rejetée par le Bureau liquidateur le 31 juillet 2009. Cette décision aurait pu être attaquée par la voie du recours interne prévu à l'article 35 du Règlement dans le délai de trois mois fixé à l'article 92 du Statut du personnel, auquel renvoie cette disposition du Règlement. Or la requérante, qui a commencé et terminé son traitement après avoir reçu notification du rejet de sa demande, n'a pas déposé de réclamation contre celui-ci. Ce n'est que dans celle du 8 décembre 2010, dirigée contre le rejet d'une autre demande d'autorisation préalable, requise pour une

opération chirurgicale maxillo-faciale subséquente, qu'elle a pour la première fois contesté la décision du 31 juillet 2009 par les voies de recours mises à sa disposition. Force est donc de constater que cette réclamation était tardive dans la mesure où elle avait pour objet le refus de l'autorisation préalable requise pour le traitement orthodontique.

Contrairement à ce que soutient la requérante, on ne trouve pas au dossier d'éléments suffisants démontrant qu'il existerait entre le traitement orthodontique de 2009 et l'opération chirurgicale maxillo-faciale de 2010 un lien tel qu'il faille considérer ces deux actes médicaux comme un tout. On ne saurait donc la suivre lorsqu'elle soutient que la réclamation contre le refus d'autoriser l'opération chirurgicale doit être regardée comme recevable en tant qu'elle vise également le refus d'autoriser le traitement orthodontique. La conséquence en serait la restitution injustifiée d'un délai de recours interne qui n'a pas été observé.

Il en résulte que la requête est irrecevable, sur ce point, faute d'épuisement des moyens de recours interne et qu'elle doit être rejetée pour ce motif, comme le demande la défenderesse à titre principal.

10. Le 19 août 2010, la requérante a déposé une nouvelle demande d'autorisation préalable en vertu de l'article 27 du Règlement. Cette demande avait pour objet l'opération chirurgicale maxillo-faciale qu'elle devait subir sur le conseil du spécialiste auquel elle s'était déjà confiée pour le traitement orthodontique. Ladite opération était programmée pour le 30 août 2010. Le 27 août 2010, le Bureau liquidateur a notifié à la requérante le rejet de sa demande sur un formulaire portant simplement la mention que la demande était refusée et qu'un fonctionnaire était à sa disposition pour toute information complémentaire. L'opération a eu lieu à la date prévue. Le 14 septembre 2010, le Bureau liquidateur a procédé à une nouvelle notification du rejet de la demande d'autorisation préalable sur un autre formulaire portant la mention suivante :

«Suite à l'avis du Médecin-conseil en date du 27/08/10 :

Avis défavorable donné à la patiente : traitement considéré comme non fonctionnel par rapport à l'indication à savoir douleurs au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche.»

Le motif de refus était ainsi celui énoncé à l'article 20, paragraphe 3, du Règlement.

11. Il n'est pas contesté que l'opération chirurgicale subie par la requérante le 30 août 2010 entrerait dans la catégorie des prestations dont le remboursement nécessite une autorisation préalable au sens des Dispositions générales d'exécution du Règlement et que la requérante a déposé une demande d'autorisation préalable avant la date prévue pour cette opération.

Contrairement à ce qu'a paru estimer le Comité de gestion du régime d'assurance dans son avis du 29 mars 2011, sur lequel se fonde la décision attaquée, on ne saurait reprocher à la requérante d'avoir accepté de subir son opération en dépit du refus de l'autorisation préalable qui lui a été signifié le 27 août 2010. Les Dispositions générales d'exécution du Règlement exigent certes que la demande d'autorisation préalable soit déposée avant le début des soins ou des prestations, mais non que l'autorisation soit donnée avant ce moment-là. Il était donc loisible à la requérante de courir le risque de supporter elle-même les coûts de son opération si le refus de l'autorisation préalable était ultérieurement confirmé.

Il reste donc à examiner si la décision confirmant ce refus au terme de la procédure de recours était justifiée ou non.

12. Il sied de constater que la demande du 19 août 2010 a été traitée conformément à la procédure établie par le Règlement. Certes, la décision de refus n'était pas motivée, mais ce qui pouvait être considéré comme une irrégularité, en dépit des informations données d'emblée verbalement à la requérante, a été réparé trois semaines plus tard par la notification d'une décision suffisamment motivée au regard de la jurisprudence. Il est plus critiquable qu'à l'issue de la procédure de recours — qui, elle-même, s'était déroulée jusque-là conformément au Règlement — le Comité de gestion ait appelé le chef du Bureau liquidateur qui s'était occupé de l'affaire à participer à sa réunion hors de la présence de la requérante. Pour les raisons qui vont suivre, il n'y a cependant pas lieu d'examiner si cela constitue un vice de procédure.

13. La question de savoir si l'opération chirurgicale maxillo-faciale subie par la requérante était fonctionnelle ou nécessaire s'est avérée fort délicate. Le médecin traitant et l'expert consulté par la requérante ont estimé qu'il s'agissait là du moyen adéquat pour mettre fin à des souffrances dont nul ne conteste qu'elles n'étaient pas tolérables. Les conseils du Régime d'assurance ont proposé d'autres moyens et l'expert mandaté par celui-ci a confirmé leur opinion avec quelques nuances. Les compétences professionnelles des uns et des autres n'ont été mises en cause par aucune des parties. L'opération préconisée par les premiers semble avoir atteint le résultat escompté.

Dans son avis du 29 mars 2011, le Comité de gestion a constaté que la procédure avait été régulière, que le Bureau liquidateur n'avait pas eu un comportement fautif et qu'une indemnité pour tort moral n'était pas justifiée. Il n'en a pas moins considéré que le résultat de cette procédure n'était pas satisfaisant. C'est la raison pour laquelle il a recommandé non seulement la tenue d'une concertation entre les praticiens concernés, mais aussi, pour le cas où cette concertation n'aboutirait pas à une solution, la désignation d'un «médecin indépendant [...] mandaté par les parties pour trancher la question». La concertation demandée a bien eu lieu, sous des formes et dans des conditions qu'il n'y a pas à discuter ici. Elle a échoué. Il appartenait dès lors au Directeur général d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise indépendante, à moins qu'il ne déclare s'écarter de la recommandation sur ce point. Or, tout en ayant déclaré se ranger à l'avis du Comité de gestion dans un mémorandum du 3 mai 2011 auquel se réfère sa décision, le Directeur général n'a pas ordonné cette expertise, estimant suffisant un rapport du Conseil médical. Il s'est donc écarté de la recommandation de l'organe consultatif sur ce point essentiel sans en donner clairement les raisons.

14. Le droit d'exercer un recours interne constitue une garantie reconnue aux fonctionnaires des organisations internationales. L'autorité investie du pouvoir de décision ne peut donc s'écarter des conclusions et recommandations de l'organe de recours interne sans motiver dûment sa décision (voir les jugements 2699, au considérant 24, 2833, au considérant 4, et 3208, au considérant 11). Cette exigence n'ayant

pas été respectée en l'espèce, la décision attaquée doit être annulée dans la mesure où elle confirme le refus de l'autorisation préalable requise pour l'opération chirurgicale maxillo-faciale.

15. Au regard des circonstances révélées par le dossier, il se justifie que le Tribunal ordonne l'expertise recommandée par le Comité de gestion. Il appartiendra donc à Eurocontrol de mandater un expert indépendant pour déterminer définitivement si l'opération maxillo-faciale subie par la requérante était un moyen approprié ou fonctionnel pour rétablir son état de santé.

16. La requérante a droit à une indemnité de 4 000 euros en réparation du tort moral qu'elle a subi.

Obtenant partiellement gain de cause, elle a également droit à une somme de 3 000 euros à titre de dépens.

Par ces motifs,

DÉCIDE :

1. La décision du 12 octobre 2011 est annulée en tant qu'elle confirme le refus de l'autorisation préalable requise pour l'opération chirurgicale maxillo-faciale.
2. L'affaire est renvoyée à l'Organisation pour qu'elle procède comme il est dit au considérant 15 ci-dessus.
3. Eurocontrol versera à la requérante une indemnité de 4 000 euros en réparation du préjudice moral qu'elle a subi.
4. Elle lui versera également la somme de 3 000 euros à titre de dépens.
5. Le surplus des conclusions de la requête est rejeté.

Ainsi jugé, le 9 mai 2014, par M. Claude Rouiller, Vice-Président du Tribunal, M. Seydou Ba, Juge, et M. Patrick Frydman, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Dražen Petrović, Greffier.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 9 juillet 2014.

CLAUDE ROUILLER
SEYDOU BA
PATRICK FRYDMAN
DRAŽEN PETROVIĆ