

S.

c.

Eurocontrol

120^e session

Jugement n° 3497

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la requête dirigée contre l'Organisation européenne pour la sécurité de la navigation aérienne (Eurocontrol), formée par M^{me} L. S. le 15 février 2013 et régularisée le 17 avril, la réponse d'Eurocontrol du 9 août, la réplique de la requérante du 17 octobre 2013 et la duplique d'Eurocontrol du 23 janvier 2014;

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 suivants :

La requérante conteste le rejet de sa demande tendant à ce que l'affection dont sa mère est atteinte soit reconnue comme une maladie grave.

La requérante était, au moment des faits, employée en tant qu'agent contractuel et basée en France. Le 28 octobre 2011, ses parents furent assimilés, à sa demande, à des enfants à charge du fait que leur entretien lui imposait de lourdes charges. Le 15 mars 2012, la requérante demanda au Directeur général qu'en application du Règlement d'application n° 10 du Statut administratif du personnel permanent de l'Agence Eurocontrol ses parents soient couverts par le Régime d'assurance maladie d'Eurocontrol (ci-après le «Régime d'assurance»), alléguant que sa mère devait suivre un traitement médical qui n'était pas disponible

dans son pays d'origine. Par memorandum du 23 avril, elle fut informée que sa mère était couverte par le Régime d'assurance depuis le 5 mars 2012, date des «premiers frais médicaux en France», et ce, jusqu'à la fin de la période pendant laquelle elle serait assimilée à un enfant à charge.

Le 4 mai, la requérante déposa une demande de remboursement à 100 pour cent des frais médicaux exposés pour le traitement de sa mère depuis le 5 mars 2012. Le médecin-conseil apposa sur le formulaire de demande une note indiquant qu'il émettait un avis défavorable étant donné que les quatre critères de reconnaissance d'une maladie grave n'étaient pas remplis. Par courrier du 30 mai, la requérante fut informée que sa demande était rejetée au motif que le médecin-conseil avait estimé qu'il n'y avait pas de «pronostic vital défavorable».

Le 12 juillet, la requérante adressa au Régime d'assurance un memorandum intitulé «Demande de reconnaissance de maladie grave». S'appuyant sur un compte rendu d'hospitalisation pour la période allant du 12 au 27 juin, elle affirmait que l'affection dont souffrait sa mère pouvait «tout à fait entraîner un décès» et que le pronostic vital de celle-ci était donc défavorable. Le 28 août, il lui fut répondu que le médecin-conseil, après avoir réexaminé le dossier, avait conclu que celui-ci ne permettait pas la reconnaissance «du statut d'une maladie grave remboursable à 100 %». Il lui était cependant demandé de fournir «sans délai» un rapport afférent à l'hospitalisation à domicile dont sa mère avait fait l'objet au-delà du 27 juin, afin que le médecin-conseil puisse «compléter le premier avis» du 30 mai 2012. Le 10 octobre, le Régime d'assurance reçut communication d'une «synthèse de prise en charge en hospitalisation à domicile» datée du 23 août 2012.

Entre-temps, le 17 août, la requérante avait introduit, en vertu de l'article 92 du Statut administratif, une réclamation à l'encontre de la décision du 30 mai 2012, demandant que l'affection dont souffrait sa mère soit reconnue comme une maladie grave au sens du point 1 du chapitre 5 du titre III des Dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux du Règlement d'application n° 10. En vertu de l'article 35 de ce règlement, la réclamation fut transmise,

le 15 octobre, au Comité de gestion du Régime d'assurance (ci-après le «CGRAM»). Dans l'avis qu'il rendit le 5 novembre, ce dernier conclut, à l'unanimité, que la décision du 28 août 2012 avait «introduit une incohérence» en mentionnant, d'une part, que le médecin-conseil avait réexaminé le dossier (et maintenait son avis du 30 mai) et, d'autre part, que celui-ci avait besoin d'informations supplémentaires afin qu'il «puisse compléter» cet avis. En outre, certains des membres du CGRAM émettaient des doutes quant à la pertinence de l'avis du médecin-conseil, considéraient que les décisions des 30 mai et 28 août 2012 étaient insuffisamment motivées et étaient d'avis que le dossier qui leur avait été communiqué n'était pas complet. À la majorité, le CGRAM recommanda de faire droit à la réclamation de la requérante.

Le 9 janvier 2013, le directeur principal des ressources, agissant sur délégation du Directeur général, informa la requérante qu'il ne pouvait accepter les conclusions du CGRAM. Il soulignait qu'au vu des éléments médicaux qui lui avaient été transmis, le médecin-conseil avait tiré une conclusion appropriée, laquelle avait toujours été fondée sur le même motif, à savoir l'absence de pronostic vital défavorable. En outre, il affirmait que rien ne prouvait que le dossier communiqué au CGRAM était incomplet et il s'interrogeait sur la portée de la remarque selon laquelle la décision du 28 août 2012 était incohérente. Telle est la décision attaquée.

Tous les frais engagés pour le traitement de la mère de la requérante furent avancés par le Régime d'assurance et la requérante conserva à sa charge une somme équivalente à 5 pour cent de ces frais, soit 2 149,10 euros, qu'Eurocontrol récupéra par le biais de deux retenues sur salaire successives.

La requérante demande l'annulation de la décision attaquée, la reconnaissance, à partir du 4 mai 2012 et pour une période de quatre ans, du fait que l'affection dont sa mère est atteinte est une maladie grave, la prise en charge à 100 pour cent des frais médicaux engagés et à venir, des intérêts sur les frais médicaux restant à sa charge, des dommages-intérêts pour le préjudice moral subi et des dépens.

Eurocontrol demande au Tribunal de rejeter toutes les conclusions de la requérante.

CONSIDÈRE :

1. La requérante, qui demande que l'affection dont sa mère est atteinte soit reconnue comme une maladie grave, fait tout d'abord grief à l'administration d'Eurocontrol de n'avoir pas respecté les délais de la procédure de recours interne; elle soutient en effet que celle-ci aurait dû saisir «rapidement» le CGRAM, car cet organe avait deux mois pour donner son avis; qu'ayant été saisi tardivement, il s'est prononcé hors délai; que, de plus, le Directeur général aurait dû donner une réponse à sa réclamation du 17 août 2012 avant le 15 octobre 2012 «d'après les statuts mêmes du Tribunal», or la décision attaquée ne lui a été communiquée que le 9 janvier 2013.

2. La défenderesse estime n'avoir pas fait preuve de mauvaise volonté et soutient avoir respecté les délais prescrits.

3. L'article 92 du Statut administratif du personnel dispose notamment :

«1. Toute personne visée au présent Statut peut saisir le Directeur général d'une demande l'invitant à prendre à son égard une décision. Le Directeur général notifie sa décision motivée à l'intéressé dans un délai de quatre mois à partir du jour de l'introduction de la demande. A l'expiration de ce délai, le défaut de réponse à la demande vaut décision implicite de rejet susceptible de faire l'objet d'une réclamation au sens du paragraphe suivant.

2. Toute personne visée au présent Statut peut saisir le Directeur général d'une réclamation dirigée contre un acte lui faisant grief, soit que celui-ci ait pris une décision, soit qu'il se soit abstenu de prendre une mesure imposée par le Statut. La réclamation doit être introduite dans un délai de trois mois. [...]

Le Directeur général notifie sa décision motivée à l'intéressé dans un délai de quatre mois à partir du jour de l'introduction de la réclamation. A l'expiration de ce délai, le défaut de réponse à la réclamation vaut décision implicite de rejet susceptible de faire l'objet d'un recours au sens de l'article 93.»

L'article 35 du Règlement d'application n° 10 prévoit notamment :

«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.

[...]

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.»

4. Le Tribunal relève qu'il ressort des pièces du dossier que la requérante a introduit sa réclamation le 17 août 2012, que le CGRAM a donné son avis le 5 novembre 2012 et que le directeur principal des ressources, agissant sur délégation du Directeur général, a pris sa décision le 9 janvier 2013.

Il résulte de ce qui précède que le CGRAM, qui a reçu la réclamation le 15 octobre 2012 et notifié son avis le 5 novembre 2012, a respecté le délai de deux mois qui lui était imparti et que la décision du 9 janvier 2013 a été notifiée dans le délai de quatre mois prévu par l'article 92 du Statut administratif.

5. Même si la requérante se prévaut des dispositions de l'article VII, paragraphe 3, du Statut du Tribunal pour soutenir que la décision du Directeur général aurait dû lui être notifiée «avant le 15 octobre 2012», c'est-à-dire dans un délai de soixante jours à compter du jour de la notification de sa réclamation, le Tribunal estime que cette circonstance ne pouvait que permettre à l'intéressée de le saisir éventuellement d'une requête pour attaquer une décision implicite de rejet de sa réclamation.

Le grief tiré du retard dans le traitement de la procédure de recours interne ne peut dès lors être accueilli.

6. La requérante développe ensuite un moyen tiré du défaut de motivation de la décision attaquée en ce qu'aucun avis motivé du médecin-conseil ne lui a jamais été communiqué, ce dernier n'ayant contredit aucun des éléments médicaux qu'elle avait apportés. Elle soutient en outre que la décision du 28 août 2012 rejetant sa demande est incohérente.

7. Les dispositions pertinentes, en l'espèce, se lisent ainsi qu'il suit :

- Article 72, paragraphe 1, du Statut administratif du personnel
«Dans la limite de 80 % des frais exposés, et conformément aux dispositions d'un Règlement d'application du Directeur général, le fonctionnaire [...] et les [...] personnes à sa charge au sens de l'article 2 du Règlement d'application n° 7, 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, examens de laboratoire et prothèses sur prescription médicale à l'exception de prothèses dentaires. Il est porté à 100 % en cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres maladies reconnues de gravité comparable par le Directeur général, ainsi que pour les examens de dépistage et en cas d'accouchement. [...]»
- Article 20, paragraphe 6, du Règlement d'application n° 10
«Conformément à l'article 72 paragraphe 1 du Statut [...], les frais sont remboursés à 100 % en cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladies mentales et autres maladies reconnues de gravité comparable par le Directeur général après avis du médecin conseil du Bureau liquidateur.
Cet avis est émis sur la base des critères généraux fixés dans les dispositions générales d'exécution après consultation du Conseil médical.
[...]»
- Point 1 du chapitre 5 du titre III des Dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux du Règlement d'application n° 10
«Définition
Sont reconnus notamment comme maladies graves, les cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres maladies reconnues de gravité comparable par le Directeur général.
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.»

— Point 3 du chapitre 5 du même titre III

«Procédures

La demande de reconnaissance pour maladie grave doit être accompagnée d'un rapport médical détaillé, sous pli confidentiel adressé au médecin-conseil. Lors d'une première demande, ce rapport précise :

- la date du diagnostic ;
- le diagnostic précis ;
- le stade d'évolution et les complications éventuelles ;
- le traitement nécessaire.

La couverture à 100 % des frais occasionnés par la maladie grave est accordée avec une date de début (date du certificat médical) et une date d'échéance prévoyant une couverture à 100 % de 5 ans au maximum. Cette période peut être prolongée.

[...]

8. En l'espèce, le Tribunal constate que, pour justifier sa recommandation, adoptée à la majorité, de faire droit à la réclamation de la requérante, le CGRAM a, tout d'abord, noté que «les refus communiqués par l'Administration, les 30 mai et 28 août 2012, à [la requérante] [étaie]nt motivés par l'absence d'un des quatre critères de "reconnaissance du statut de maladie grave" prévus au Règlement d'application n° 10 (DGE, Titre III, Chapitre 5, [point] 1), à savoir l'absence de pronostic vital défavorable selon le médecin-conseil, mais qu'aucun élément d'explication additionnel n'[était] fourni à ce sujet, en dépit des éléments détaillés fournis par [la requérante] visant à obtenir la reconnaissance du statut de "maladie grave"»; qu'ensuite, «[c]ertains membres [étaie]nt d'avis que le dossier communiqué au CGRAM ne sembl[ait] pas complet»; que, par ailleurs, «les membres du CGRAM not[ai]ent que le mémo[randum] du 28 août 2012 de l'Administration sembl[ait] avoir introduit une incohérence en mentionnant, d'une part, que le dossier de [la mère de la requérante] avait été réexaminé par le médecin-conseil (qui maint[enai]t son avis) et, d'autre part, en demandant des informations complémentaires à la réclamante afin que le "médecin-conseil puisse compléter le premier avis donné en date du 30 mai 2012"»; qu'«[o]utre l'apparente contradiction, l'Administration ouvr[ait] ainsi la voie à une révision de sa décision initiale de refus».

9. Pour justifier le refus de suivre la recommandation de la majorité du CGRAM, le directeur principal des ressources a indiqué à la requérante ce qui suit :

«Les rapports médicaux ont fourni au médecin-conseil de l'Assurance-Maladie tous les éléments d'appréciation nécessaires sur le diagnostic, l'évolution de la pathologie et le résultat de la thérapie suivie. Cependant aucun des praticiens qui ont été consultés n'a formulé des conclusions particulières en vue d'une reconnaissance administrative d'une maladie grave au sens de la réglementation EUROCONTROL ou nationale. En conséquence, contrairement à l'avis du CGRAM, vous n'avez pas fourni des "éléments détaillés" en vue de soutenir cette demande spécifique. Le médecin-conseil de l'Assurance-Maladie a tiré des conclusions appropriées des éléments médicaux transmis. Sa conclusion a toujours été motivée de manière identique et fondée sur l'absence de pronostic vital défavorable. Aucune contestation scientifique n'a été émise à son encontre à un quelconque moment.»

Il a conclu «qu'il n'y a[vait] eu aucune irrégularité dans la procédure suivant l'avis minoritaire des membres du CGRAM» et qu'en conséquence «[l]a décision de l'administration refusant la reconnaissance d'une maladie grave pour les prestations concernées [était] fondée».

10. Le Tribunal rappelle que, selon sa jurisprudence, le droit d'exercer un recours interne constitue une garantie reconnue aux fonctionnaires des organisations internationales (voir le jugement 2781, au considérant 15). Si le décideur final rejette les conclusions et les recommandations de l'organe de recours interne, il est tenu de dûment motiver sa décision (voir les jugements 2278, 2355, 2699, 2807 et 3042). La garantie perd beaucoup de sa valeur si l'autorité chargée de prendre la décision finale peut rejeter les conclusions et les recommandations de l'organe de recours interne sans donner d'explications. Ne pas exiger qu'une décision soit motivée ouvrirait la porte à l'arbitraire, au non-respect des principes, voire à l'irrationnel. (Voir le jugement 3208, au considérant 11.)

11. En l'espèce, le Tribunal relève que, dans sa réclamation du 17 août 2012, la requérante a pris le soin de souligner que, selon elle, certains éléments du dossier de sa mère n'avaient «pas été totalement compris ou considérés. En effet [le point 1 du chapitre 5 du titre III des Dispositions générales d'exécution du Règlement

d'application n° 10] spécifie que quatre critères peuvent être pris en compte à des degrés variables pour [la] reconnaissance de maladie grave». C'est pourquoi elle «contest[ait] la décision reçue le 30 mai 2012, le pronostic vital pouvant être considéré comme défavorable, même si ce n'[était] pas, heureusement, à 100%».

12. L'analyse de l'avis du CGRAM révèle, même si cela n'est pas expressément affirmé, que ce dernier, à la majorité de ses membres, partage les arguments de la requérante. En effet, des doutes avaient été émis quant à la pertinence de l'avis du médecin-conseil et les refus de l'administration des 30 mai et 28 août 2012 avaient été considérés comme insuffisamment motivés dans la mesure où seul l'un des quatre critères de «reconnaissance du statut de maladie grave» prévus au point 1 du chapitre 5 du titre III des Dispositions générales d'exécution du Règlement d'application n° 10 avait été pris en compte, à savoir l'absence de pronostic vital défavorable.

13. Le Tribunal estime fondés les arguments développés par la requérante et repris par le CGRAM.

Cette dernière se réfère à un arrêt du Tribunal de la fonction publique de l'Union européenne concernant l'interprétation d'un texte européen similaire au point 1 du chapitre 5 du titre III des Dispositions générales d'exécution du Règlement d'application n° 10 précité, selon lequel l'intention des auteurs dudit texte, «comme en témoigne l'emploi de l'expression “associant à des degrés variables, les quatre critères” était de prévoir des indices interdépendants devant être pris en compte en relation les uns avec les autres par le médecin-conseil ou le conseil médical dans le but que soit portée une appréciation globale sur la gravité des conséquences de la maladie en cause et en laissant ainsi aux praticiens une grande liberté dans l'appréciation médicale des situations singulières qu'ils sont amenés à évaluer». Le Tribunal n'a aucune raison d'aboutir à une conclusion différente.

14. Il résulte de ce qui précède qu'en se contentant d'affirmer, dans sa décision de rejet du 9 janvier 2013, que «[l]a conclusion [du médecin-conseil] a[vait] toujours été motivée de manière identique et

fondée sur l'absence de pronostic vital défavorable» et qu'«[a]ucune contestation scientifique n'a[vait] été émise à son encontre à un quelconque moment» sans prendre en compte les trois autres critères, le directeur principal des ressources n'a pas dûment motivé son rejet de la recommandation exprimée par la majorité des membres du CGRAM.

15. La décision attaquée doit donc être annulée.

16. La requérante demande que l'affection dont souffre sa mère soit reconnue comme étant grave au sens des dispositions applicables et que soient pris en charge à 100 pour cent les frais médicaux engagés et à venir. Elle sollicite également des intérêts sur les frais médicaux qui n'ont pas été remboursés.

17. Le Tribunal estime ne pouvoir statuer, en l'état, sur ces demandes.

En effet, la question reste toujours posée de savoir si la mère de la requérante était atteinte d'une maladie grave au sens des dispositions applicables.

18. Le Tribunal n'ayant pas, comme il l'a toujours dit, compétence pour se prononcer sur des questions d'ordre médical, il y a lieu de renvoyer l'affaire à l'Organisation afin qu'une nouvelle décision soit prise à la lumière d'un avis émis, dans des conditions garantissant une parfaite impartialité et une totale transparence, par l'organe compétent en la matière.

19. La requérante demande la réparation du préjudice moral subi et les dépens.

20. L'irrégularité de la décision contestée a causé à la requérante un préjudice moral, qu'il y a lieu de réparer en lui allouant à ce titre une indemnité de 4 000 euros.

21. Obtenant en partie satisfaction, la requérante a droit à des dépens, dont le Tribunal fixe le montant à 1 500 euros.

Par ces motifs,

DÉCIDE :

1. La décision attaquée est annulée.
2. L'affaire est renvoyée à l'Organisation afin qu'il soit procédé comme il est dit au considérant 18 ci-dessus.
3. L'Organisation versera à la requérante une indemnité de 4 000 euros pour tort moral.
4. Elle lui versera également la somme de 1 500 euros à titre de dépens.
5. Le surplus des conclusions de la requérante est rejeté.

Ainsi jugé, le 29 avril 2015, par M. Giuseppe Barbagallo, Président du Tribunal, M. Claude Rouiller, Vice-Président, et M. Seydou Ba, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Dražen Petrović, Greffier.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 30 juin 2015.

GIUSEPPE BARBAGALLO

CLAUDE ROUILLER

SEYDOU BA

DRAŽEN PETROVIĆ