

## SOIXANTE-TREIZIEME SESSION

### Affaires DOS SANTOS (Nos 1 et 2)

#### Jugement No 1176

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la requête dirigée contre l'Organisation européenne pour la sécurité de la navigation aérienne (Eurocontrol), formée par M. José Manuel Dos Santos le 6 septembre 1991 et régularisée le 11 octobre 1991, la réponse d'Eurocontrol du 30 janvier 1992, la réplique du requérant du 26 mars et la duplique de l'Organisation du 30 avril 1992;

Vu la seconde requête dirigée contre Eurocontrol, formée par M. Dos Santos le 11 octobre 1991 et régularisée le 29 octobre 1991, la réponse de l'Organisation du 30 janvier 1992, la réplique du requérant du 26 mars et la duplique de l'Organisation du 30 avril 1992;

Vu les articles II, paragraphe 5, et VII du Statut du Tribunal, l'article 2 du Règlement d'application No 7 relatif à la rémunération et l'article 2 du Règlement d'application No 10 relatif à la couverture des risques de maladie et d'accident du Statut administratif du personnel permanent de l'Agence;

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 requérant, ressortissant portugais, est un expert titularisé, de grade A5, affecté au siège d'Eurocontrol à Bruxelles, où il vit avec sa femme, ses trois enfants et sa belle-mère. Le 7 septembre 1989, il a introduit, en vertu de l'article 2(4) du Règlement No 7 relatif à la rémunération, une demande d'allocation pour personne à charge en faveur de sa belle-mère que le Directeur général a acceptée le 18 juin 1990, pour la période comprise entre le 1er septembre 1989 et le 31 décembre 1990, et renouvelée le 17 janvier 1991 pour l'année 1991.

Le 3 septembre et le 9 novembre 1990, le requérant a présenté pour sa belle-mère deux demandes de remboursement de frais médicaux qui ont été acceptées par la Caisse maladie de l'Organisation. Le 28 décembre 1990, le requérant a soumis à la Caisse, pour sa belle-mère, une demande d'entente préalable relative à des frais dentaires. La Caisse a rejeté cette demande par note du 10 janvier 1991 au motif que l'intéressée n'était pas à sa charge. Pour la même raison, le 22 janvier 1991, elle a rejeté les demandes de remboursement présentées par le requérant le 2 et le 7 janvier pour une consultation chez un ophtalmologue et pour l'achat de lunettes prescrites à sa belle-mère.

Le 12 avril 1991, le requérant a introduit une réclamation en faisant valoir que sa belle-mère, ayant été assimilée à un enfant à charge par Eurocontrol, devait bénéficier de l'assurance maladie et accident, conformément à l'article 2(2) du Règlement No 10 relatif à la couverture des risques de maladie et d'accident. Cette réclamation a été rejetée par l'Organisation le 12 juillet 1991.

Après avoir introduit sa première requête contre le rejet implicite de sa réclamation, le requérant a reçu la décision du Directeur général datée du 12 juillet à son retour de vacances, le 9 septembre 1991. Telle est la décision qu'il attaque dans sa seconde requête.

B. Le requérant se prévaut de l'article 2(4) du Règlement No 7, qui dispose que "toute personne à l'égard de laquelle le fonctionnaire a des obligations alimentaires légales et dont l'entretien lui impose de lourdes charges" peut être exceptionnellement assimilée à un enfant à charge. A deux reprises, Eurocontrol a décidé d'assimiler la belle-mère du requérant à un enfant à charge. L'article 2(2) du Règlement No 10 dispose que sont assurées du chef de l'affilié les personnes assimilées à un enfant à sa charge lorsqu'elles ne peuvent pas être couvertes contre les risques de maladie par un autre régime public.

Le requérant avait joint à sa demande du 7 septembre 1989 d'allocation pour personne à charge une attestation d'une administration de sécurité sociale de Lisbonne, du 20 avril 1988, selon laquelle le régime public portugais ne

pouvait pas couvrir les dépenses de santé encourues en Belgique par sa belle-mère. Le régime public belge d'assurance santé ne la protégerait pas non plus, étant donné qu'elle n'exerce aucune activité professionnelle dans le pays et qu'elle ne fait pas partie de la famille d'un travailleur couvert par ce régime.

Il demande l'annulation des refus de rembourser les frais médicaux de sa belle-mère et de la décision du 12 juillet 1991, ainsi que le versement d'intérêts moratoires calculés à 8 pour cent l'an à compter de la date d'introduction des demandes de remboursement.

C. Dans ses mémoires en réponse, Eurocontrol fait remarquer que les remboursements de dépenses de santé effectués par la Caisse l'ont été par erreur : le requérant n'ayant pas indiqué que les soins avaient été prodigués à une personne à charge, la Caisse a cru qu'ils l'avaient été à son épouse, qui a le même patronyme. Les décomptes, qui portent le code "C" pour "conjoint", montrent que la Caisse n'avait pas compris que la bénéficiaire des prestations était sa belle-mère. L'erreur a été découverte le 28 décembre 1990 lors de la présentation, par le requérant, d'une demande d'entente préalable relative à des soins dentaires portant le nom, l'état civil et l'année de naissance de sa belle-mère. Par note du 10 janvier 1991, la Caisse lui a déclaré que cette personne n'était pas couverte. Les demandes de remboursement que le requérant avait présentées le 2 et le 7 janvier 1991 n'indiquant pas qui en était le bénéficiaire, la Caisse les a rejetées lorsqu'elle a établi qu'elles avaient été faites au nom de sa belle-mère.

Dans la lettre qu'il a adressée au requérant le 12 juillet 1991, le Directeur général lui a indiqué que, pour que sa belle-mère bénéficie de la couverture de la Caisse, il devait justifier qu'elle ne pouvait être couverte par un autre régime public d'assurance, conformément à l'article 2(2) du Règlement No 10. Il ajoutait que le régime public belge d'assurance maladie couvre, pour une cotisation modique, les personnes résidant en Belgique et que le requérant n'avait fourni aucune preuve d'un refus d'affiliation à ce régime.

Eurocontrol soutient que l'article 2(2) du Règlement No 10 ne mentionne pas l'affiliation automatique à une assurance obligatoire, mais exige, pour son application, que soit remplie une condition supplémentaire : le fonctionnaire doit démontrer que la personne assimilée à un enfant à charge ne peut être couverte par un autre régime public d'assurance maladie. Les mutuelles belges d'assurance maladie acceptent aussi des adhérents volontaires moyennant une cotisation modique. Le requérant n'a pas apporté la preuve, comme il doit le faire, que sa belle-mère ne peut adhérer volontairement à un tel régime.

D. Dans ses répliques, le requérant développe ses moyens et maintient ses conclusions.

Il fait état d'une lettre du 6 novembre 1991, où le Directeur général de l'Institut national belge d'assurance maladie-invalidité (INAMI) déclare que l'arrêté royal du 28 juin 1969 relatif aux personnes non encore protégées par un régime belge ou étranger d'assurance "soins de santé" obligatoire n'est pas applicable à sa belle-mère.

Le requérant conteste l'interprétation de l'article 2(2) du Règlement No 10 donnée par Eurocontrol. Il cite à l'appui de son argumentation une note de service envoyée au personnel d'Eurocontrol sur les demandes de remboursement adressées à la Caisse maladie et les dispositions d'interprétation de la réglementation relative à la couverture des risques de santé des fonctionnaires des Communautés européennes d'où il ressort que l'obligation d'assurance est la caractéristique des régimes publics. Aussi faut-il entendre par "régime public" au sens du Règlement No 10 une assurance maladie obligatoire couvrant le conjoint d'un fonctionnaire, lequel exerce une activité lucrative.

Il soutient subsidiairement que, quand bien même une personne assimilée par Eurocontrol à un enfant à charge pourrait être couverte par le régime belge pour personnes non protégées, la cotisation mensuelle réduirait fortement le montant net de l'allocation versée au fonctionnaire pour lui permettre de couvrir les lourdes charges de l'entretien de cette personne, ce qui est à l'encontre de la raison d'être de l'article 2(4) du Règlement No 7.

E. Dans ses mémoires en duplique, Eurocontrol réfute les arguments avancés par le requérant dans ses répliques. Elle produit une lettre du Directeur général de l'INAMI, datée du 16 avril 1992, exprimant un avis différent de celui contenu dans la lettre du 6 novembre 1991 dont le requérant s'était prévalu. Selon l'INAMI, dans la mesure où l'assimilation d'une personne à un enfant à charge n'ouvre aucun droit aux soins de santé dans le régime d'assurance d'Eurocontrol, cette personne ne serait pas exclue de l'application de l'arrêté royal. La belle-mère du requérant peut donc adhérer au régime public belge.

La défenderesse indique que, de toute manière, il est de jurisprudence constante que des dispositions claires n'ont

pas besoin d'être interprétées.

La cotisation mensuelle à un régime public pour une personne sans revenu est de 1.860 francs belges par mois, soit 15,6 pour cent seulement de l'allocation pour personne assimilée à un enfant à charge. Le requérant n'est donc pas fondé à prétendre qu'Eurocontrol méconnaît la raison d'être de l'article 2(4) du Règlement No 7.

CONSIDERE :

1. Le requérant, de nationalité portugaise, est fonctionnaire d'Eurocontrol, affecté au siège de l'Agence à Bruxelles. Il a accueilli dans son ménage, avec son épouse et ses trois enfants, sa belle-mère, Mme Francisca Do Carmo Correia Lilaia.

2. Sa belle-mère étant sans ressources, le requérant a obtenu de la part de l'Organisation son assimilation à un enfant à charge en vue du paiement de l'allocation correspondante, conformément à l'article 2, paragraphe 4, du Règlement No 7 relatif à la rémunération. Cette disposition est libellée comme suit :

"Peut être exceptionnellement assimilée à l'enfant à charge par décision spéciale et motivée du Directeur général, prise sur la base de documents probants, toute personne à l'égard de laquelle le fonctionnaire a des obligations alimentaires légales et dont l'entretien lui impose de lourdes charges."

3. Sur la base de cette disposition, le requérant a obtenu deux décisions successives d'assimilation, couvrant les quatre derniers mois de 1989 et les années 1990 et 1991. Pendant cette période, il a introduit auprès de la Caisse maladie de l'Organisation plusieurs demandes de remboursement de frais médicaux engagés par sa belle-mère. La Caisse a accueilli ses demandes. Mais elle a refusé ultérieurement d'assumer la charge des frais de maladie encourus par l'intéressée à l'occasion de la consultation d'un ophtalmologue et a rejeté une demande d'entente préalable relative à des frais dentaires.

4. C'est à propos de cette dernière demande que le directeur de la Caisse a fait savoir au requérant, par une note du 10 janvier 1991, que la Caisse ne pouvait pas rembourser les frais médicaux de sa belle-mère, "celle-ci n'étant pas couverte sans décision spéciale du chef de votre affiliation".

5. Le 12 avril 1991, le requérant a adressé une réclamation à l'autorité investie du pouvoir de nomination. L'administration y a répondu par une note du 12 juillet 1991 qui confirmait, en le motivant, le refus de la Caisse.

La jonction des requêtes

6. Le requérant a introduit auprès du Tribunal deux requêtes de portée identique, la première le 6 septembre, la seconde le 11 octobre 1991. Il explique ce double emploi par la circonstance que, le délai prévu pour la réponse de l'administration à sa réclamation étant échu le 12 juin 1991, il a formé une requête contre le refus implicite. Etant parti ensuite en vacances, il n'a trouvé la décision explicite de rejet qu'à son retour, à un moment où la première requête avait déjà été déposée. C'est donc par précaution qu'il a introduit, dans les délais, la seconde requête, dirigée contre la décision explicite.

7. Compte tenu de ces circonstances, les deux requêtes sont recevables et peuvent être jointes.

Les moyens des parties

8. A la lumière des arguments développés au cours des procédures administrative et contentieuse, les positions des parties se résument comme suit.

9. Le requérant considère que sa belle-mère, ayant été assimilée à un enfant à charge en vue du versement de l'indemnité due à ce titre, est admise de plein droit au bénéfice de l'assurance maladie en vertu de l'article 2 du Règlement No 10, qui comprend, parmi les personnes assurées du chef de l'affilié, "les personnes assimilées aux enfants à charge de l'affilié". Comme la même disposition exclut les personnes susceptibles d'être "couvertes contre les risques de maladie par un autre régime public", le requérant fait valoir que sa belle-mère ne conserve aucune attache avec le régime d'assurance maladie de son pays d'origine et ne peut être affiliée à aucun régime public dans son pays de résidence. Il dépose à cet effet un certain nombre de textes légaux et d'attestations, y compris une lettre de l'Institut national belge d'assurance maladie-invalidité (INAMI), du 6 novembre 1991, dont il résulte que ledit institut ne pouvait pas admettre sa belle-mère.

10. Pour sa part, l'Organisation avance deux arguments :

a) Contrairement à ce que prétend le requérant, l'assimilation à un enfant à charge en vertu de l'article 2, paragraphe 4, du Règlement No 7 n'entraîne pas d'office l'affiliation au régime d'assurance maladie. Comme le Règlement No 10 comporte une condition supplémentaire, à savoir la preuve de ce que le bénéficiaire n'est pas susceptible d'être couvert par un autre régime public, l'affiliation au régime d'assurance maladie doit résulter d'une autre décision distincte de celle d'assimilation prise sur la base du Règlement No 7. Le fait que le requérant a bénéficié de quelques remboursements ne saurait en aucun cas valoir affiliation; le bénéficiaire n'ayant pas été clairement identifié, les prestations en question avaient été imputées erronément à l'épouse du requérant.

b) Quant à la portée de la condition posée par le Règlement No 10, l'Organisation fait valoir que l'expression "autre régime public" comprend non seulement l'assurance obligatoire, mais également l'assurance volontaire, qui, en Belgique, serait accessible à tous "moyennant une cotisation assez modique". Au surplus, l'Organisation considère qu'il incombe au requérant de rapporter la preuve de ce que cette condition est remplie, preuve qu'il n'a pas été en mesure de fournir.

Le sort des requêtes

11. L'article 2, paragraphe 2, du Règlement No 10 dispose :

"Sont assurés du chef de l'affilié : ... les personnes assimilées aux enfants à charge de l'affilié, conformément à l'article 2, paragraphe 4 du Règlement No 7, lorsqu'elles ne peuvent pas être couvertes contre les risques de maladie par un autre régime public."

12. Il ressort de ce texte que l'assimilation d'une personne à un enfant à charge de l'affilié, établie en vertu du Règlement No 7, rend de plein droit la même personne admissible au bénéfice de l'assurance maladie. Cela résulte de la référence expresse que le Règlement No 10 fait au Règlement No 7, dont il découle qu'au moment où elle examine la question de l'assimilation au titre du Règlement No 7, l'administration doit prendre en considération les conséquences que sa décision doit entraîner au regard de l'assurance maladie.

13. C'est à ce stade que l'administration est en droit d'exiger que l'affilié collabore avec elle en vue d'établir si la condition supplémentaire de l'article 2, paragraphe 2, du Règlement No 10 est remplie. Toutefois, puisqu'il s'agit d'une preuve négative à fournir dans un contexte de conflit entre régimes de sécurité sociale, l'administration ne saurait en rejeter systématiquement la charge sur l'affilié au risque de rendre cette disposition pratiquement inopérante. A plus forte raison, elle ne saurait, après avoir dûment établi, à la lumière de tous les éléments de conviction disponibles, le statut d'une personne en tant qu'assimilée à un enfant à charge, soulever la question de sa couverture éventuelle par un autre régime public au hasard des autorisations ou demandes de remboursement que l'affilié lui adresse.

14. L'Organisation défenderesse joint à sa duplique copie d'une lettre que l'INAMI lui a adressée en date du 16 avril 1992, dont il ressort que, contrairement à ce que la même institution a indiqué dans sa lettre du 6 novembre 1991, l'inscription de la belle-mère du requérant en qualité de titulaire dans le secteur "soins de santé" serait possible. L'INAMI souligne toutefois qu'une inscription rétroactive de l'intéressée serait interdite et qu'il ne saurait donc être question d'une prise en charge de frais déjà engagés. Il est à noter que cette communication fait état de conversations téléphoniques préparatoires entre les services de l'Organisation défenderesse et ceux de l'INAMI dont la teneur n'a pas été révélée.

15. Même si la communication de l'INAMI du 16 avril 1992 constitue un élément nouveau susceptible d'influencer le sort du litige, le Tribunal ne saurait la prendre en considération aux fins de son jugement, car elle a été portée à sa connaissance à un moment où le requérant n'avait plus l'occasion de se défendre à ce sujet, d'autant moins qu'elle a été préparée par des conversations téléphoniques auxquelles il n'a eu aucun accès. De toute manière, compte tenu de la réserve expresse formulée par l'institut belge, la possibilité d'affiliation qui apparaît maintenant ne saurait influencer la situation pour le passé. Il incombait à l'administration d'Eurocontrol de tirer au clair, avec la coopération du requérant, le statut de l'intéressée en matière de sécurité sociale au moment de lui accorder le bénéfice d'assimilation à un enfant à charge.

16. Il convient donc, en l'état actuel de l'affaire, de constater que le requérant avait droit au remboursement des prestations litigieuses et, pour le surplus, de renvoyer le dossier à la défenderesse pour qu'elle puisse régler la

situation de la belle-mère du requérant en lui accordant le bénéfice des prestations de la Caisse maladie de l'Organisation jusqu'à ce qu'il soit établi, conformément à l'article 2, paragraphe 2, du Règlement No 10, qu'elle peut être effectivement couverte par un régime public.

17. Le requérant ayant eu gain de cause à ce stade, il a droit au paiement d'intérêts moratoires sur les sommes qui lui sont dues, à calculer au taux de 8 pour cent l'an à compter du 10 janvier 1991, ainsi qu'à la somme de 50.000 francs belges à titre de dépens.

Par ces motifs,

DECIDE :

1. Les décisions litigieuses refusant au requérant des prestations du régime d'assurance maladie en faveur de sa belle-mère sont annulées.
2. L'affaire est renvoyée à l'Organisation défenderesse en vue de lui permettre d'établir, avec la coopération du requérant, si sa belle-mère peut être affiliée à un autre régime public au sens de l'article 2, paragraphe 2, du Règlement No 10 relatif aux risques de maladie et d'accident.
3. L'Organisation versera au requérant des intérêts moratoires sur les sommes qui lui sont dues, à calculer au taux de 8 pour cent l'an à compter du 10 janvier 1991.
4. L'Organisation versera également au requérant la somme de 50.000 francs belges à titre de dépens.

Ainsi jugé par M. Jacques Ducoux, Président du Tribunal, Tun Mohamed Suffian, Vice-Président, et M. Pierre Pescatore, Juge suppléant, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Allan Gardner, Greffier.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 15 juillet 1992.

Jacques Ducoux  
Mohamed Suffian  
P. Pescatore  
A.B. Gardner