

SOIXANTE-QUINZIEME SESSION

Affaire FESSEL

Jugement No 1288

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la requête dirigée contre l'Organisation européenne des brevets (OEB), formée par M. Horst Fessel le 20 août 1992 et régularisée le 23 septembre, la réponse de l'OEB du 11 décembre 1992, la réplique du requérant du 11 février 1993 et la duplique de l'Organisation en date du 19 mars 1993;

Vu l'article II, paragraphe 5, du Statut du Tribunal, l'article 90 du Statut des fonctionnaires de l'Office européen des brevets, secrétariat de l'OEB, et les articles 16, 19 et 20 du contrat collectif d'assurance conclu entre l'OEB et J. Van Breda and Company International;

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. L'OEB a conclu avec les courtiers Van Breda and Company International un contrat collectif d'assurance au bénéfice de ses fonctionnaires et des personnes à la charge de ceux-ci. L'article 16 du contrat prévoit le remboursement total des frais "pour traitements médicaux prescrits par des personnes médicalement qualifiées", et l'article 20 b) 4.8 celui des cures thermales pour un maximum de vingt et un jours. Par circulaire 178, publiée le 16 janvier 1989, l'OEB a conseillé à ses fonctionnaires d'obtenir l'accord préalable de Van Breda avant de se soumettre à un traitement ou de suivre une cure dont ils ont des raisons de penser que le coût pourrait être élevé.

L'article 90(1) du Statut dispose que la Commission d'invalidité est compétente "pour statuer sur tous les litiges relatifs aux opinions d'ordre médical exprimées" soit par le médecin-conseil désigné par le Président de l'Office soit par l'intéressé ou son médecin.

Le requérant, ressortissant allemand, est entré au service de l'OEB en avril 1980. Il a deux filles - Iris, 23 ans, et Barbara, 22 ans, au moment des faits - qui, étant à sa charge, sont protégées par le régime d'assurance maladie. Le 8 février 1991, il a présenté à l'Organisation une demande de remboursement de 11 000 marks allemands, coût de cures suivies par ses filles à Davos, en Suisse, en janvier 1991. Il a joint à sa demande des factures de l'hôtel Belvédère, à Davos, s'élevant à : 8 350 deutsche marks pour trois semaines de demi-pension, 1 245 francs suisses pour les boissons et les déjeuners, et 1 047 francs suisses pour massages, physiothérapie, solarium et bains. En même temps, il a présenté deux certificats du médecin de ses filles, en date du 20 et du 21 décembre 1990, déclarant qu'elles souffraient toutes deux d'"infections chroniques de l'appareil respiratoire accompagnées de sinusite chronique" et de "douleurs dorsales dues à un effort", que Barbara était atteinte également d'une "bronchite chronique récurrente", et qu'elles avaient d'urgence besoin d'une "cure".

Dans une lettre du 27 février 1991, la compagnie Van Breda a déclaré à l'Office qu'elle avait l'intention de refuser la demande de remboursement du requérant : les certificats du médecin n'indiquaient pas où le traitement devait être suivi; le médecin responsable à Davos n'avait pas établi de plan de traitement; il n'y avait aucune preuve qu'un traitement avait été suivi; enfin, Davos n'était de toute manière pas une "station de cure". Le 15 mars, Van Breda a reçu du requérant des ordonnances du médecin de ses filles, en date du 20 et du 21 décembre 1990, pour dix bains et dix massages chacune. Les ordonnances déclaraient qu'elles souffraient toutes deux d'un "syndrome récurrent de la colonne vertébrale - durcissement musculaire".

Par lettre du 2 avril, Van Breda a notifié au requérant son refus de remboursement, au motif que le traitement n'était pas une "cure thermale" au sens de l'article 20 b) 4.8 du contrat d'assurance. Par lettre du 15 avril, le requérant a demandé à Van Breda de réexaminer sa demande.

Dans une lettre du 30 avril adressée à Van Breda, le directeur du personnel s'est étonné du "changement soudain apporté à une longue pratique bien établie" de rembourser le coût de toutes les cures et non seulement des "cures thermales" et a demandé à la compagnie de revoir sa politique en la matière.

Dans une lettre du 19 juin adressée au requérant, Van Breda a répondu que, bien que la question des cures thermales ait "déjà été réglée", la compagnie n'était pas en mesure d'accepter sa demande de remboursement, faute de documents médicaux justificatifs, et elle a exposé les raisons de son refus.

Par lettre du 1er juillet adressée au médecin-conseil de l'Organisation, le requérant a refusé que ses filles subissent des examens médicaux, au motif que leur cas ne soulevait que des questions de droit. Le même jour, il a introduit un recours interne qui a été soumis à la Commission de recours. Dans le rapport qu'elle a établi le 23 avril 1992, la commission, faisant observer que sa compétence était limitée aux questions non médicales, a recommandé à l'unanimité au Président de l'Office de rejeter le recours pour absence de pièces justificatives. Elle a également considéré qu'il n'était pas raisonnable de la part du requérant de s'attendre à ce que Van Breda paie des frais de séjour dans un hôtel de luxe à Davos.

Par lettre du 14 mai 1992, le Président de l'Office a fait savoir au requérant qu'il acceptait la recommandation de la commission et qu'il rejetait son recours. Telle est la décision attaquée.

B. Le requérant soutient que la décision attaquée est entachée de vices de procédure et d'erreurs de fait et de droit.

L'Organisation a enfreint son droit d'être entendu. La compagnie Van Breda a attendu le 19 juin 1991 pour lui communiquer les raisons de son refus qu'elle avait indiquées dans la lettre adressée à l'Office le 27 février. De plus, les raisons avancées étaient en contradiction avec celles qu'elle avait données au requérant dans sa lettre du 2 avril, ce qui constitue une violation du principe de la bonne foi.

En concluant que Davos ne se prêtait pas à des cures médicales, l'Organisation a commis une erreur de fait : le requérant produit des preuves du contraire.

Il allègue une erreur de droit : aucun article du contrat d'assurance n'exige une deuxième opinion médicale. De toute manière, le médecin qui a prescrit le traitement est un médecin qualifié au sens de l'article 16 du contrat. Bien qu'un certificat médical d'un médecin de la station de cure soit une forme de preuve admissible, d'autres peuvent être tout aussi acceptables.

Il demande au Tribunal d'annuler la décision contestée, d'ordonner le remboursement du coût des cures et de lui accorder une compensation pour "les intérêts perdus et les différences de taux de change", ainsi que 2 000 marks à titre de dépens.

C. Dans son mémoire en réponse, l'Organisation fait remarquer que, dans ses lettres du 2 avril et du 19 juin 1991, la compagnie Van Breda n'a fait que répéter les raisons indiquées dans sa lettre du 27 février. De plus, pourquoi le requérant a-t-il écrit en mars à Van Breda et fourni les pièces que cette compagnie avait demandées s'il n'était pas au courant des raisons du refus ?

Aucune pièce versée au dossier ne suggère que le médecin avait prescrit un traitement à Davos, et l'offre du requérant de produire de telles pièces est sans intérêt. En tout état de cause, il aurait dû demander l'accord préalable de Van Breda, conformément à la circulaire 178. Les ordonnances qu'il a présentées ne couvrent pas toutes les dépenses dont il demande le remboursement.

D. Dans sa réplique, le requérant développe ses moyens. Il relève que le contrat collectif d'assurance ne limite pas le montant remboursable : par le passé, Van Breda a remboursé des séjours dans des hôtels de luxe. Ni le Statut des fonctionnaires ni le contrat d'assurance n'établissent de procédure de contrôle des demandes de remboursement.

E. Dans sa duplique, l'Organisation développe ses arguments. Elle soutient en particulier que le droit de Van Breda de vérifier les demandes de remboursement ne donne pas toute latitude à cette compagnie : en effet, l'article 90 du Statut confère expressément à la Commission d'invalidité de l'OEB la compétence pour se prononcer sur les litiges d'ordre médical.

CONSIDERE :

1. Le requérant est entré au service de l'OEB en 1980. Lui-même et ses filles Iris et Barbara, âgées respectivement de 23 et 22 ans au moment des faits, sont assurés au sens du titre III du contrat collectif d'assurance conclu entre l'OEB et Van Breda and Company International.

2. L'article 16 du contrat collectif d'assurance se lit comme suit :

"Cette assurance couvre le remboursement, dans les limites indiquées ci-après, des frais exposés par les personnes assurées pour traitements médicaux prescrits par des personnes médicalement qualifiées et résultant d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse et d'un accouchement."

L'article 19 garantit aux personnes assurées la liberté de choix du médecin, du pharmacien, de l'hôpital et des autres personnes ou organismes compétents.

L'article 20 précise quant à lui :

"a) ...

b) Le remboursement des frais pour traitements médicaux est effectué dans les limites suivantes :

1. Honoraires :

1.1 Omnipraticien et spécialiste :

Remboursement à 100%, avec un maximum de DM 4 400,- par personne assurée et par année d'assurance. ...

...

4.8 Cures thermales :

Remboursement à 100% pour un maximum de 21 jours. Sauf dans le cas où la nécessité médicale absolue est démontrée, une cure ne peut être remboursée qu'une fois par période de cinq ans. ..."

Par une circulaire publiée le 16 janvier 1989 et portant le numéro 178, l'OEB a conseillé à ses fonctionnaires d'obtenir l'accord préalable de Van Breda avant de se soumettre à un traitement ou de suivre une cure dont ils ont des raisons de penser que le coût pourrait être élevé.

Enfin, l'article 90(1) du Statut des fonctionnaires de l'OEB dispose que :

"la Commission d'invalidité a ... compétence pour statuer sur tous les litiges relatifs aux opinions d'ordre médical exprimées aux fins du présent statut soit par le médecin-conseil désigné par le Président de l'Office soit par l'intéressé ou son médecin."

3. Le 8 février 1991, le requérant a demandé le remboursement des coûts de cures suivies par ses filles à Davos, Suisse, en janvier 1991. Par lettre du 27 février 1991, la compagnie d'assurance a informé l'OEB de son intention de rejeter cette demande. Le requérant a présenté certaines pièces supplémentaires à la compagnie qui, par lettre du 2 avril, l'a informé du rejet de sa demande de remboursement parce qu'elle ne portait pas sur des cures thermales. Après un échange de correspondance, Van Breda lui a indiqué dans une lettre du 19 juin 1991 les raisons de son refus :

a) l'ordonnance du médecin ne prescrivait pas l'endroit où ses filles devaient suivre des cures;

b) le médecin de la station de cure n'avait établi aucun plan de traitement;

c) il n'y a pas de certificat attestant que ses filles avaient bien suivi les cures;

d) Davos n'est pas reconnu comme une station de cure.

4. Le requérant n'a pas soumis la question à la Commission d'invalidité, conformément à l'article 90(1) du Statut des fonctionnaires, mais à la Commission de recours. Dans son rapport en date du 23 avril 1992, cet organe a considéré que sa compétence se limitait aux questions non médicales, c'est-à-dire aux aspects formels ou légaux de

l'affaire et, après les avoir examinés, a recommandé le rejet du recours interne du requérant.

5. Le requérant soutient, d'une part, qu'il a respecté toutes les dispositions applicables au remboursement des dépenses médicales, d'autre part, que le refus de sa demande contrevenait au principe de la bonne foi et qu'il a été privé de son droit de réponse.

6. Quant à son premier moyen, les certificats médicaux sur lesquels il fonde ses demandes sont presque identiques pour ses deux filles. Il en ressort que celles-ci souffrent d'infections chroniques de l'appareil respiratoire, de sinusite et de douleurs dorsales dues à l'effort. Mlle Barbara Fessel serait également atteinte de bronchite récurrente. Le requérant prétend qu'aucun examen médical par le médecin privé de ses filles ou par un autre médecin n'est nécessaire, que ce soit avant, pendant ou après la cure. C'est la raison pour laquelle il a refusé qu'elles subissent des examens médicaux aux fins de régler les questions soulevées par Van Breda. Il soutient que tout ce qu'il devait faire était de produire les certificats médicaux, les ordonnances et les pièces attestant que ses filles s'étaient rendues dans la station de cure et y avaient suivi un traitement.

7. Le requérant se trompe sur les droits et les obligations des assureurs et des assurés. Selon les principes généraux du droit, les assureurs ont accès aux informations sur la nature de la maladie qui leur permettent de déterminer si le traitement prescrit est approprié. En l'occurrence, ils avaient le droit de savoir ce que les certificats médicaux entendaient par "cure", si le traitement devait être contrôlé à des intervalles réguliers, décidés par le médecin ou laissés à la discrétion des personnes assurées, et si le traitement prescrit avait bien été suivi. Il s'agit là de questions d'ordre médical qui relevaient de la compétence de la Commission d'invalidité. En prétendant que les conditions posées à l'article 16 du contrat collectif d'assurance avaient été remplies du seul fait de la production de certaines pièces, le requérant laisse entendre que ces pièces ne doivent pas être interprétées. Or, comme les pièces produites soulèvent des questions médicales qui n'ont pas été éclaircies, il se trompe en pensant que le Tribunal peut statuer sur une base purement formelle ou juridique. Lorsqu'en juin 1991, l'Organisation a demandé de nouvelles pièces médicales et a pris des dispositions pour que les filles du requérant se fassent examiner par un médecin, il avait le choix entre deux possibilités, dans la mesure où il n'acceptait pas que ses filles se soumettent à des examens : retirer sa demande, ou demander que le litige soit soumis à la Commission d'invalidité aux termes de l'article 90 du Statut des fonctionnaires. Or, il a simplement refusé qu'elles se fassent examiner, et ce refus n'était pas compatible avec ses obligations en tant que recourant.

8. Quant au second moyen du requérant - selon lequel le refus de sa demande de remboursement aurait violé le principe de la bonne foi ainsi que son droit d'être entendu -, il prétend que les quatre raisons invoquées par les assureurs ont été communiquées à l'OEB dans la lettre du 27 février 1991, mais qu'elles n'ont été portées à sa connaissance que quelque quatre mois plus tard. D'après lui, la décision du Président aurait dû être fondée sur des motifs qu'il aurait eu la possibilité de commenter.

9. Le dossier soumis au Tribunal montre que le 15 mars 1991 déjà, date à laquelle les assureurs ont reçu du requérant des informations portant directement sur les motifs contestés, il était au courant des raisons invoquées par les assureurs pour reporter le remboursement et qu'il y avait répondu. Bien que les assureurs aient rejeté sa demande dans une lettre du 2 avril 1991, aux motifs que leur obligation concernait uniquement les cures "thermales", et non les cures climatiques, cette réserve a été levée à la suite de la lettre du directeur du personnel en date du 30 avril 1991, dans laquelle il a désapprouvé ce "changement soudain apporté à une longue pratique bien établie". La reprise par Van Breda des quatre raisons indiquées initialement - et encore non résolues - ne constitue pas une violation de la bonne foi.

Enfin, le conseil donné au personnel par l'OEB dans la circulaire 178 intitulée "Remboursement refusé par Van Breda" était clair : les fonctionnaires étaient invités à demander l'approbation préalable des assureurs pour des cures dont ils ont des raisons de penser qu'elles seront onéreuses et dont le remboursement "risquait d'être difficile". Le fait que le requérant n'a prêté aucune attention à cet avertissement avant que ses filles n'entreprennent leur cure - sans surveillance médicale et dans un hôtel de luxe - révèle une négligence dont il ne peut se prendre qu'à lui-même.

Par conséquent, son second moyen tombe lui aussi.

Par ces motifs,

DECIDE :

La requête est rejetée.

Ainsi jugé par Sir William Douglas, Vice-Président du Tribunal, M. Edilbert Razafindralambo, Juge, et M. Michel Gentot, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Allan Gardner, Greffier.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 14 juillet 1993.

(Signé)

William Douglas
E. Razafindralambo
Michel Gentot
A.B. Gardner