

QUATRE-VINGT-QUATRIÈME SESSION

Affaire Gosselin

Jugement No 1674

Le Tribunal administratif,

Vu la requête dirigée contre l'Organisation européenne des brevets (OEB), formée par M. Daniel Gosselin le 27 septembre 1996, la réponse de l'OEB du 20 décembre 1996, la réplique du requérant du 9 avril 1997 et la duplique de l'Organisation du 9 juin 1997;

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 personnel de l'Office européen des brevets, secrétariat de l'OEB, bénéficie d'une couverture médicale en vertu d'un contrat collectif conclu par l'Organisation avec un groupe d'assureurs et dont la gestion a été confiée à la compagnie Van Breda. Le requérant, ressortissant français né en 1956, était, au moment des faits pertinents au présent litige, au service de l'Office à Munich. Le 7 mars 1995, il envoya à Van Breda, pour remboursement, une facture pour frais médicaux s'élevant à 7 639,61 marks allemands. Il joignit à cette demande une lettre de son médecin précisant que, conformément au devis préalablement établi, seuls 5 000 marks étaient à régler.

Par décompte daté du 17 mars 1995, puis par lettre datée du 23 mars, Van Breda refusa le remboursement de la facture en expliquant que son médecin-conseil n'avait pas pu trouver une indication ou nécessité médicale, justifiant les examens performés. L'assureur exigeait un rapport médical plus détaillé afin de lui permettre de reconsidérer son point de vue.

Le requérant demanda au Président de l'Office, par lettre datée du 27 mars 1995, le remboursement des frais précités et, en cas de rejet, que sa demande soit considérée comme un recours interne auprès de la Commission de recours.

Par lettre datée du 21 avril 1995, le directeur de l'administration du personnel informa le requérant qu'une Commission d'invalidité serait constituée dans le but de clarifier le litige portant sur une question médicale et l'invita à nommer un médecin pour le représenter au sein de cette Commission, ce qu'il fit le 22 mai 1995.

Le requérant, par lettre du 13 juin, demanda au Président de révoquer la décision d'instaurer une Commission d'invalidité; à nouveau, sa demande devait être considérée comme un recours interne en cas de rejet.

Par lettre datée du 30 juin 1995, le directeur de l'administration du personnel informa le requérant des démarches entreprises par l'Office pour régler le différend sans réunir la Commission d'invalidité.

Le directeur principal du personnel informa le requérant, par lettre du 17 juillet 1995, que Van Breda ne disposait toujours pas du rapport détaillé requis depuis le mois de mars et qu'il demandait à la Commission d'invalidité de reprendre l'examen de [son] cas. Le même jour, le requérant fit établir, par un autre médecin, le docteur Dauderer, un second diagnostic, qui, selon lui, confirmait dans ses grandes lignes celui de son médecin traitant.

Le 27 septembre 1996, le requérant introduisit la présente requête auprès du Tribunal de céans contre la décision implicite de rejet de son recours en date du 13 juin 1995.

Le 17 février 1997, la Commission de recours, après audition du requérant, recommanda d'accueillir favorablement les recours internes.

Par lettre du 18 mars 1997, le Président révoqua la décision du 21 avril 1995 instaurant une Commission d'invalidité et rejeta le recours en date du 27 mars 1995 visant le remboursement des frais médicaux.

B. Le requérant soutient que le refus par l'Office et le courtier d'assurance de rembourser le montant exposé dans la facture n'est pas motivé et que Van Breda ne peut fournir aucun contre-argument médical à l'appui de ce refus. Il ajoute que ses deux recours datés des 27 mars et 13 juin 1995 n'avaient abouti à aucune décision au moment de l'introduction de sa requête, le 27 septembre 1996.

Selon le requérant, la demande de dossier médical ou de rapport médical plus détaillé ne trouve de base légale ni dans le contrat d'assurance ni dans la jurisprudence du Tribunal et constitue de ce fait un abus de droit. De plus, elle viole le droit allemand qui régit ce contrat pour les questions autres que médicales.

Le requérant conteste la constitution de la Commission d'invalidité car celle-ci n'a pas, en vertu de l'article 6 b) du contrat d'assurance, compétence pour régler les litiges d'ordre médical entre Van Breda et un assuré. De plus, selon le Statut des fonctionnaires, l'Office ne pouvait instaurer une telle Commission sans avoir préalablement épuisé toutes les possibilités d'arbitrage.

Le requérant soutient que Van Breda a violé l'article 6 b) du contrat d'assurance en ne se conformant pas au diagnostic du médecin-arbitre, le docteur Daunderer, et rappelle le principe de la double preuve généralement admis dans les affaires médicales.

Enfin, le requérant soutient que l'Office a manqué à ses obligations car, en tant que preneur d'assurance, il aurait dû essayer d'obtenir de Van Breda le remboursement des frais médicaux encourus.

Le requérant demande au Tribunal d'annuler la décision de constituer une Commission d'invalidité et de condamner Van Breda à se conformer à l'avis du docteur Daunderer et à rembourser les honoraires contestés avec intérêts. Il réclame 50 000 marks allemands de dommages-intérêts pour préjudice matériel et moral. A titre subsidiaire, il demande au Tribunal de condamner la pratique de Van Breda consistant à exiger des rapports médicaux complets et détaillés.

C. Dans sa réponse, l'Organisation affirme que le retard dans le processus de mise en place de la Commission d'invalidité, qui est compétente en vertu de l'article 90(1) du Statut des fonctionnaires, incombe au requérant et à son médecin traitant. Il n'y avait donc aucune justification à l'introduction d'une requête devant le Tribunal avant d'avoir épuisé les moyens de recours internes et celle-ci est, par conséquent, irrecevable. Par ailleurs, l'OEB relève qu'au moment où le requérant a formé son recours contre la lettre du 21 avril 1995 il s'était déjà conformé à la demande contenue dans celle-ci en nommant un médecin pour le représenter à la Commission d'invalidité.

La défenderesse soutient, subsidiairement, que la requête est mal fondée. En effet, elle estime que le refus de remboursement est suffisamment motivé puisque Van Breda a indiqué que son médecin-conseil n'avait pu trouver de justification médicale aux traitements en cause.

D'après l'OEB, il n'est pas contestable que le litige porte sur une question d'ordre médical. Elle rappelle que l'objet de la demande de Van Breda portait sur un rapport médical plus détaillé et non sur l'accès au dossier médical du requérant. Elle soutient que cette demande ressort du droit de contrôle de l'assureur dont le principe et la définition ne sont pas contestés par le requérant. Le médecin-conseil de Van Breda a, en effet, le droit de rechercher un complément d'information en cas de doute sur la justification des traitements.

L'Organisation soutient également que l'article 6 b) du contrat d'assurance n'est pas applicable au cas d'espèce, en tant que le litige oppose un fonctionnaire assuré et Van Breda. Il en résulte que le docteur Daunderer ne peut être défini comme un médecin-arbitre au sens de cet article et que Van Breda n'avait donc pas l'obligation de se soumettre à ses conclusions.

Elle ajoute que la demande subsidiaire, relative à la condamnation de Van Breda, est irrecevable car elle n'a pas été formulée dans le recours interne.

D. Dans sa réplique, le requérant, au vu des faits postérieurs à l'introduction de sa requête, modifie ses conclusions. Il ne demande plus l'annulation de la décision instituant la Commission d'invalidité mais prie le Tribunal de confirmer que celle-ci était bien incompétente en l'espèce. Il maintient ses autres conclusions.

Il s'appuie sur l'avis unanime de la Commission de recours pour réaffirmer que la décision de refus de remboursement ne repose sur aucune motivation médicale et estime qu'il s'agit de la question centrale pour déterminer aussi bien la validité de la décision de refus de Van Breda que de l'instauration de la Commission

d'invalidité. Il nie avoir jamais manifesté son accord à l'institution de cette Commission : s'il y a nommé un médecin, il a toujours clairement indiqué que c'était à titre conservatoire, pour préserver ses droits. Il se défend d'en avoir entravé le bon déroulement et accuse l'Organisation de chercher à le discréditer.

Le requérant soutient encore que les médecins-conseils de Van Breda et de l'Office ont violé le secret médical en échangeant des informations sans y avoir été autorisés. D'autre part, la nomination de ce dernier à la Commission d'invalidité aurait également violé le secret qui en régit le fonctionnement.

E. Dans sa duplique, la défenderesse rappelle que la présente requête concerne la décision d'instaurer une Commission d'invalidité et non le refus de remboursement de frais médicaux. Ce refus ne peut donc être allégué par le requérant à l'appui d'aucun de ses moyens et la question du secret médical est, par conséquent, sans pertinence.

CONSIDÈRE :

1. Le requérant, né le 19 septembre 1956, de nationalité française, est un fonctionnaire de l'OEB, de grade A3, examinateur à la Direction générale 2 à Munich.

Il s'est plaint d'atteintes à sa santé provoquées par l'utilisation par des tiers de désinfectants dans son appartement.

Le 7 mars 1995, il demanda à J. Van Breda & Co. International, courtier d'assurance (ci-après Van Breda), qui représente un groupe d'assureurs avec lesquels l'OEB a conclu un contrat collectif d'assurance en faveur de son personnel pour couvrir la responsabilité propre de l'OEB vis-à-vis de son personnel, notamment en cas de maladie, le paiement de 5 000 marks allemands sur le montant d'une facture représentant la note de son médecin, le docteur Caemmerer.

Le 17 mars, Van Breda lui indiqua par écrit qu'elle n'avait pas approuvé le paiement de cette facture. Cela fut précisé par sa lettre du 23 mars, qui indiquait que le cas avait été soumis à son médecin-conseil, qui n'avait malheureusement pas encore pu donner son accord en ce qui concerne le remboursement de la facture; en effet, ce médecin n'avait pas pu trouver une indication ou nécessité médicale, justifiant les examens performés par le docteur susdit; Van Breda désirait avoir un avis supplémentaire et suggérait que le requérant s'adresse pour cela au médecin-conseil de l'OEB, soit le docteur Hildebrandt.

Par une lettre du 27 mars 1995 que le requérant n'a reçue que le 19 juin, Van Breda confirma sa position, en invitant l'assuré à se faire contrôler par un autre médecin que le docteur Caemmerer.

Le 27 mars, le requérant écrivit au Président de l'Office en demandant que l'Organisation lui rembourse le montant de la facture du docteur Caemmerer; à défaut d'acceptation, la lettre devait être considérée comme un recours. La demande ne fut pas acceptée et le recours (RI/31/95) fut enregistré.

Le 21 avril, le directeur de l'administration du personnel informa le requérant que, vu la contestation existante, il avait décidé, en application des articles 89 à 92 du Statut des fonctionnaires, de consulter la Commission d'invalidité. Par lettre du 13 juin, le requérant a demandé au Président l'annulation de cette décision. Le cas fut aussi soumis au Comité d'appel (RI/72/95).

Espérant que tout le différend pourrait être résolu devant la Commission d'invalidité, l'administration multiplia les démarches en vue de sa mise en uvre. Le requérant y participa, sans s'opposer alors vraiment à cette procédure; il ne demanda pas non plus expressément à la Commission de recours de traiter d'emblée ses recours, nonobstant la procédure en cours devant la Commission d'invalidité.

2. Le 27 septembre 1996, cependant, estimant que la procédure avait trop duré, le requérant s'adressa au Tribunal, en demandant en bref l'annulation de la décision implicite de rejeter sa demande de paiement et celle de saisir la Commission d'invalidité; à titre subsidiaire, il demande que soit condamnée la pratique de Van Breda consistant à exiger systématiquement des médecins un rapport médical complet ou détaillé en lieu et place du diagnostic détaillé qui doit aider à établir la nature de la maladie.

L'OEB conclut au rejet de la requête sur le fond dans la mesure où elle est recevable.

3. Nonobstant la litispendance devant le Tribunal, la Commission de recours a traité les deux cas qui lui étaient

soumis. Par mémoire du 17 février 1997, elle proposa au Président d'admettre les deux recours du requérant.

Par lettre du 18 mars, le Président admit le recours (RI/72/95) dirigé contre la décision de saisir la Commission d'invalidité, alors qu'il rejeta le recours (RI/31/95) dirigé contre la décision de ne pas payer en l'état le montant correspondant à la facture du docteur Caemmerer, du fait que la preuve d'une intoxication n'avait toujours pas été fournie et que le requérant avait suffisamment été renseigné par Van Breda sur le motif invoqué pour ne pas payer en l'état le montant litigieux.

4. La requête est devenue sans objet en ce qu'elle est dirigée contre la décision de saisir la Commission d'invalidité, et le requérant a du reste expressément retiré ses conclusions sur ce point dans sa réplique.

5. La conclusion subsidiaire est irrecevable à deux titres : d'une part, elle est nouvelle, de sorte que les moyens de recours internes n'ont pas été épuisés (article VII, paragraphe 1, du Statut du Tribunal) et, d'autre part, la conclusion en constatation de droit qu'elle implique n'est pas recevable faute d'intérêt, dès lors que la question évoquée peut être posée et résolue dans le cadre du traitement d'une conclusion à fin de condamnation.

6. La conclusion relative au remboursement de la facture du docteur Caemmerer pose le problème de sa recevabilité (article VII, paragraphe 1, du Statut), d'une part, en raison de la décision de base mise en cause et, d'autre part, en raison du fait que le requérant a saisi le Tribunal sans attendre le prononcé de la Commission de recours saisie à la suite de ses recours internes.

a) Selon la jurisprudence du Tribunal, une requête est irrecevable lorsque la communication de base n'est pas une décision faisant grief au requérant. Une décision est un acte d'un agent de l'organisation déployant des effets juridiques pour l'intéressé (voir le jugement 532, affaire Devisme); ce n'est pas le cas d'une lettre accusant réception d'une requête et avisant qu'une décision serait rendue ultérieurement (même jugement), ni (sous forme de décision implicite) du silence opposé à une lettre destinée à ouvrir une discussion (voir le jugement 336, affaire Hayward). L'acte ne fait pas grief au requérant si celui-ci doit s'attendre à une décision ultérieure qu'il pourra attaquer; tel est le cas d'une communication de l'organisation informant le fonctionnaire qu'elle est prête à rembourser dès qu'il lui aura fourni les détails nécessaires (voir le jugement 1506, affaire Delos, aux considérants 7 à 9). De même, le recours interne, puis au Tribunal, n'est pas recevable lorsque le droit interne prévoit une procédure spécifique à suivre préalablement (voir le jugement 468, affaire Jadoul, à propos d'un acte qui n'est qu'un élément d'une procédure complexe, dont seule la dernière décision peut faire l'objet d'un recours contentieux).

Or, en l'espèce, le Président, se ralliant au point de vue de Van Breda, n'a pas rejeté définitivement la demande du requérant; il a simplement demandé des preuves supplémentaires qui n'apparaissent pas d'emblée impossibles. D'autre part, si une entente n'était pas possible, il a montré au requérant la voie à suivre, telle qu'elle est prévue à l'article 90 du Statut des fonctionnaires, qui se lit comme suit :

Compétence

(1) La commission d'invalidité statue sur les mesures à prendre au-delà de la durée maximum du congé de maladie...; elle détermine ... si un fonctionnaire est atteint d'une invalidité permanente...

La commission d'invalidité a également 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.

(2) La commission d'invalidité est saisie soit à l'initiative du Président de l'Office, soit à la demande du fonctionnaire concerné.

Il est à relever que l'article 6 b) du contrat collectif d'assurance conclu entre l'OEB et le groupe d'assureurs règle le contentieux entre le preneur d'assurance (l'OEB) et les assureurs, sans conférer de droit direct aux assurés, lesquels -- comme l'admettent les parties -- doivent au besoin s'adresser à l'OEB qui leur assure une couverture personnelle contre certains risques (article 83 du Statut des fonctionnaires); c'est donc à tort que le requérant pense pouvoir se fonder sur cette disposition (et surtout pour en inférer que le médecin qu'il a consulté à la demande de Van Breda serait l'arbitre commun auquel se réfère cette disposition). En outre, l'avis du requérant selon lequel l'article 90 du Statut des fonctionnaires ne serait pas applicable, faute de motivation de la décision de refus et en l'absence d'une opinion médicale exprimée, apparaît sujet à caution : la prise de position de Van Breda, reprise par l'Organisation, n'était pas dénuée de toute motivation; enfin, la considération que la prétention n'était pas suffisamment prouvée était de nature médicale et pouvait donner lieu à une contestation soumise à la Commission d'invalidité.

Il en résulte donc que l'Organisation n'a pas statué définitivement sur la réclamation et que les voies spécifiques prévues par le Statut des fonctionnaires pour obtenir une solution en cas de conflit demeurent ouvertes. Il importe peu, à cet égard, que le Président ait renoncé à saisir d'office la Commission d'invalidité, devant l'opposition du fonctionnaire; cette voie demeure toujours ouverte à celui-ci, comme il ne le conteste pas.

Ainsi, la contestation apparaît prématurée devant le Tribunal et la requête irrecevable.

b) L'exigence de l'épuisement des moyens de recours internes est satisfaite, en cas de retard à statuer de l'autorité de recours interne, lorsque le requérant a vainement entrepris ce qu'on pouvait attendre de sa part pour accélérer la procédure et que les circonstances démontrent que l'autorité de recours n'est pas à même de statuer dans un délai raisonnable (voir les jugements 1243, affaire Singh No 2, au considérant 16; 1404, affaire Rwegellera, au considérant 8; 1433, affaire McLean, aux considérants 4 et 6; 1486, affaire Wassef No 8, aux considérants 11 et 13; 1534, affaire Wassef No 14, au considérant 3; ainsi que les jugements antérieurs cités).

L'examen des circonstances du cas particulier montre que ces conditions ne sont pas remplies. En effet, le temps écoulé depuis l'introduction des recours internes était dû non pas à la négligence ou à la surcharge de l'autorité de recours mais au fait de l'administration qui a cherché à trouver une solution et mettre un terme au différend devant la Commission d'invalidité; c'est la raison aussi pour laquelle la Commission de recours n'avait pas déposé sa réponse aux recours avant le dépôt de la requête devant le Tribunal de céans. Par ailleurs, le requérant lui-même a été régulièrement tenu au courant des démarches entreprises en vue de la constitution de la Commission d'invalidité; encore le 14 août 1996, le secrétariat lui adressait une note par courrier électronique dans laquelle il lui exposait quel était le dernier état de la procédure. Le requérant et son médecin ont collaboré aux démarches en vue de la constitution de cette Commission; jusqu'au 17 septembre 1996, il n'a pas fait savoir qu'il s'y opposait et il n'a pas davantage demandé clairement que son recours interne relatif à la saisie de cette Commission soit traité préalablement. Enfin, le requérant fait aussi état dans sa requête de démarches personnelles qu'il avait entreprises dans l'espoir d'obtenir un accord à l'amiable.

Ce n'est que le 17 septembre 1996 que le requérant a demandé au président de la Commission de recours quand serait traité son recours RI/72/95; le président lui répondit qu'il avait transmis sa demande au représentant de l'Office chargé de rédiger la réponse de l'administration. Le 20 septembre 1996, le requérant demandait à ce représentant la date à laquelle [il pensait] que ce recours devrait être soumis à la Commission de recours. N'ayant pas reçu aussitôt de réponse, le requérant rédigea et adressa sa requête au Tribunal le 27 septembre.

L'administration devait indiquer au requérant le 1^{er} octobre que sa réponse au recours serait envoyée dans les deux semaines à venir; sa réponse porte la date du 14 octobre, le recours a été mis à l'ordre du jour de la session du 9 au 12 décembre 1996 et c'est le 17 février 1997 que la Commission a présenté sa proposition au Président.

Dans ces conditions, au moment du dépôt de la requête devant le Tribunal, le requérant n'avait pas entrepris ce qu'on pouvait attendre de lui : faire savoir à l'administration de l'Office et à l'autorité de recours qu'il demandait le traitement de ses recours sans retard, préalablement à la constitution de la Commission d'invalidité ou parallèlement, et attendre un temps raisonnable pour voir si cette démarche avait eu du succès.

Dès lors, les moyens de recours internes n'ont pas été épuisés, également de ce point de vue, de telle sorte que la requête est irrecevable.

7. L'irrecevabilité des conclusions principales et subsidiaires entraîne également le rejet en l'état des conclusions accessoires en paiement.

Par ces motifs,

DECIDE :

1. La requête est devenue sans objet en ce qu'elle concerne l'ouverture d'une procédure devant la Commission d'invalidité.

2. La requête est rejetée pour le surplus.

Ainsi jugé par M. Michel Gentot, Président du Tribunal, M. Julio Barberis, Juge, et M. Jean-François Egli, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Allan Gardner, Greffier.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 29 janvier 1998.

Michel Gentot
Julio Barberis
Jean-François Egli

A.B. Gardner

Mise à jour par PFR. Approuvée par CC. Dernière modification: 7 juillet 2000.