

## QUATRE-VINGT-SEPTIÈME SESSION

Jugement No 1880

Le Tribunal administratif,

Vu la requête dirigée contre l'Organisation européenne pour la sécurité de la navigation aérienne (Agence Eurocontrol), formée par M. V. L. le 27 janvier 1998 et régularisée le 10 mars, la réponse de l'Agence en date du 19 juin, le mémoire en réplique du requérant du 25 août, la duplique d'Eurocontrol datée du 18 décembre 1998, les écritures supplémentaires du requérant en date du 23 février 1999 et les observations de l'Agence à leur sujet du 4 avril 1999;

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 requérant, ressortissant grec né en 1948, est assistant principal de grade B1 affecté à l'Organisme central de gestion des courants de trafic aérien (connu sous le sigle anglais de CFMU) de l'Agence à Bruxelles.

Le 16 octobre 1996, le requérant demanda à la Caisse maladie d'Eurocontrol que sa fille puisse bénéficier, conformément à l'article 72, paragraphe 1, du Statut administratif du personnel permanent, d'une couverture à 100 pour cent pour maladie grave. Par lettre datée du 11 novembre 1996, la Caisse accepta cette demande pour la période du 12 septembre 1996 au 11 septembre 1997, période qui fut ensuite prolongée jusqu'au 11 septembre 1998 par décision du 15 septembre 1997.

Début 1997, l'état de santé de la fille du requérant s'étant dégradé, son médecin traitant recommanda un traitement aux Etats-Unis. Le 5 février, le requérant présenta à la Caisse une demande de prise en charge directe des frais médicaux et l'informa qu'il partait immédiatement aux Etats-Unis pour accompagner sa fille qui devait y être opérée. La prise en charge directe lui fut accordée le jour même pour une durée de vingt jours. Le 12 février, la Caisse versa 90 000 dollars des Etats-Unis de provision à la clinique américaine où était soignée la fille du requérant. Le même jour, elle rappela à ce dernier les règles de remboursement fixées par le Règlement d'application No 10 relatif à la couverture des risques de maladie et d'accidents. Le remboursement des frais médicaux pour lesquels aucune limite n'était fixée était basé sur le coût de services équivalents en Belgique ce qui, d'après la Caisse, correspondait en général à environ 30 pour cent des frais facturés aux Etats-Unis, 70 pour cent restant à la charge de l'assuré. Le 7 mars, le requérant demanda une extension de la prise en charge directe. Celle-ci fut refusée au motif que la provision versée à la clinique n'était pas encore épuisée.

Par mémorandum en date du 4 avril 1997, le chef de la gestion du personnel informa le requérant que, conformément à l'avis du médecin-conseil du régime d'assurance maladie, il avait été décidé, à titre exceptionnel, de rembourser tous les frais médicaux pour le traitement préopératoire et l'opération en elle-même à un taux effectif de 100 pour cent, à l'exception des frais de séjour à l'hôpital qui étaient limités à 20 000 francs belges par jour. Il lui précisa toutefois que, le médecin-conseil estimant que le traitement post-opératoire pouvait être administré en Europe, les limites fixées par le Règlement No 10 seraient appliquées à tous les frais postérieurs à l'opération. Comme convenu lors d'une réunion qui eut lieu le 7 avril, le requérant indiqua par courrier électronique, le 9 avril, que sa fille devait être opérée vers la mi-mai et resterait hospitalisée jusqu'à la fin mai. Le 10 avril, la Caisse maladie informa la clinique américaine que la prise en charge directe était prolongée jusqu'au 31 mai 1997.

Le 16 avril 1997, le directeur des ressources humaines publia une note d'information au personnel indiquant que la Caisse maladie n'autoriserait plus la prise en charge directe des frais hospitaliers dans les Etats non membres d'Eurocontrol, soit, notamment, aux Etats-Unis. La fille du requérant fut opérée le 14 mai. Le 11 juin, la Caisse refusa une nouvelle demande de prise en charge directe formulée par le requérant le 29 mai et en informa la clinique américaine.

Le 2 juillet 1997, le requérant déposa une réclamation contre la décision du 4 avril. Dans un avis daté du 22 août, le Comité de gestion de la Caisse maladie approuva le respect strict des limites fixées par le Règlement No 10 mais

recommanda instamment au Directeur général d'aider le requérant dans le cadre de l'article 76 du Statut du personnel qui prévoit la possibilité d'accorder des dons, prêts ou avances à des fonctionnaires se trouvant «dans une situation particulièrement difficile, notamment par suite d'une maladie grave ou prolongée ou en raison de leur situation de famille». Par lettre du 29 octobre 1997, qui constitue la décision attaquée, le directeur des ressources humaines rejeta la réclamation au nom du Directeur général.

B. Le requérant soutient, en premier lieu, que la mise au bénéfice de la couverture à 100 pour cent pour maladie grave, conformément à l'article 72, paragraphe 1, du Statut, excluait l'application de plafonds de remboursement. Il invoque l'erreur manifeste d'appréciation. La Caisse maladie aurait appliqué globalement des montants maximaux aux remboursements des frais médicaux pour sa fille en se référant de manière arbitraire au coût présumé de prestations médicales équivalentes en Belgique, alors même que de telles prestations n'existent pas dans ce pays.

En deuxième lieu, il invoque la violation des articles 8 et 9 du Règlement d'application No 10, relatifs aux «remboursements spéciaux» et au «libre choix du médecin et de l'établissement de soins», ainsi que des principes de non-discrimination et de proportionnalité. La Caisse aurait refusé de fixer un coefficient correcteur, appelé «coefficient d'égalité», -- afin de tenir compte de la différence de coût des prestations médicales entre les Etats-Unis et la Belgique -- au motif, notamment, que les Etats-Unis ne faisaient pas partie des Etats membres de l'Organisation.

En dernier lieu, le requérant soutient que la note d'information au personnel en date du 16 avril 1997 viole ses droits acquis et les principes de non-discrimination et de non-rétroactivité. De plus, s'agissant, selon lui, de dispositions nouvelles, l'Organisation aurait dû respecter l'article 100 du Statut du personnel relatif aux dispositions générales d'exécution du Statut.

Il demande l'annulation de la décision attaquée et des dépens.

C. Dans sa réponse, la défenderesse soutient que la requête n'est recevable qu'en ce qu'elle conteste la limite de 20 000 francs belges appliquée aux frais de séjour puisque la décision du 4 avril 1997 était, pour le reste, favorable au requérant et que celui-ci n'avait pas encore demandé le remboursement des frais post-opératoires. Elle ajoute que la note d'information au personnel ne constituait pas une décision individuelle susceptible d'être attaquée.

Faisant référence au jugement 1094 (affaires Gérard et consorts), l'Organisation affirme que l'application du taux de remboursement à 100 pour cent n'est pas sans limites et, en particulier, ne permet pas le remboursement de frais considérés comme étant excessifs par le médecin-conseil. L'équilibre financier de la Caisse doit être pris en compte.

Elle fait observer que la mise en œuvre de l'article 8 du Règlement d'application No 10 aurait été moins favorable au requérant que le remboursement exceptionnel auquel il a eu droit et explique que les coefficients d'égalité n'étaient calculés que pour les Etats membres d'Eurocontrol, car le régime d'assurance maladie mis en place était «supposé se substituer aux régimes nationaux de ces pays». Elle ne nie pas le droit du requérant au libre choix du médecin, mais soutient que la fille du requérant aurait pu être traitée en Europe et que les règles de remboursement s'appliquent quel que soit le lieu du traitement.

A titre subsidiaire, Eurocontrol fait observer que la prise en charge directe des frais d'hospitalisation n'est pas un droit mais une facilité offerte aux assurés. Une note de service n'était donc pas nécessaire pour modifier cette pratique. En outre, le requérant ayant bénéficié de cette facilité jusqu'au 31 mai 1997, il ne peut invoquer la rétroactivité de la note du 16 avril. L'Agence demande au Tribunal de condamner le requérant à supporter la totalité des dépens.

D. Dans sa réplique, le requérant fait valoir que son choix de la clinique américaine n'était pas un «simple caprice», mais que c'était le seul qui disposait des moyens thérapeutiques de pointe -- dont un traitement expérimental -- et du degré de spécialisation permettant de sauver la vie de sa fille après de nombreuses erreurs médicales commises en Belgique. Il invite le Tribunal à ordonner une expertise médicale pour se convaincre de la gravité de ces erreurs.

Il soutient que la décision du 4 avril 1997 lui faisait grief puisqu'elle définissait des modalités de remboursement rigides pour l'avenir. De plus, l'article 92, paragraphe 2, du Statut du personnel comme l'article VII, paragraphe 2, du Statut du Tribunal permettent de contester une mesure de caractère général telle que la note d'information du 16 avril. Sa requête est donc recevable.

Sur le fond, le requérant affirme que l'estimation faite par l'Agence du coût des prestations équivalentes en Europe est irréaliste. Il fait valoir que les frais de séjour hospitalier pour une chambre dans un hôpital bruxellois spécialisé dans le traitement du cancer, hors prestation médicale, seraient de 34 000 francs belges par jour. La Caisse aurait dû évaluer ce coût en prenant en compte le caractère exceptionnel des soins reçus par sa fille et non pas de manière automatique. Il accuse l'Organisation d'avoir, en interrompant le règlement direct des factures, essayé de l'«étrangler financièrement» et «de le contraindre ... à rapatrier sa fille en Europe», mettant ainsi la vie de celle-ci en danger. Enfin, il affirme qu'un engagement, pris par le Directeur général devant le Comité de gestion de la Caisse maladie le 22 août 1997, de débloquer 9 millions de francs belges au titre de l'article 76 du Statut du personnel pour lui venir en aide n'a pas été respecté puisque c'est un prêt, avec intérêts, de 4,5 millions qui lui a finalement été proposé.

Le requérant développe ses conclusions. Il demande que le Tribunal constate le caractère discriminatoire de la décision d'interrompre le règlement direct des factures et ordonne à la défenderesse de rembourser, sans aucune restriction, la totalité des frais médicaux engagés aux Etats-Unis pour sa fille.

E. Dans sa duplique, l'Agence invite le Tribunal à se prononcer sur la recevabilité des nouvelles conclusions du requérant. Elle maintient que la fille du requérant aurait pu être soignée en Europe, mais précise que cela est sans pertinence dans le contexte de l'affaire. Elle fait observer que le coût des prestations équivalentes est déterminé par référence aux tarifs publiés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), organisme belge, et que les remboursements dont a bénéficié le requérant étaient «très généreux». Elle ajoute que les frais de séjour hospitalier mentionnés par le requérant sont ceux qui seraient appliqués à un patient non-mutualiste alors que les fonctionnaires d'Eurocontrol et leurs ayants droit sont assimilés, du fait d'une convention financière passée avec l'hôpital bruxellois en question, à des assurés mutualistes. Enfin, elle affirme que l'allégation selon laquelle le Directeur général aurait pris des engagements devant le Comité de gestion de la Caisse maladie est fautive : il n'y participe jamais. Elle ajoute que le Comité est allé au-delà de son mandat en recommandant l'application de l'article 76 du Statut du personnel puisque cet article ne concerne pas la couverture des risques de maladie.

F. Dans des écritures supplémentaires, le requérant conteste que les fonctionnaires d'Eurocontrol puissent être assimilés à des assurés mutualistes et soutient que les frais hospitaliers qui leur sont appliqués sont toujours plus élevés que pour ces derniers.

G. Dans ses observations sur ces écritures supplémentaires, la défenderesse maintient que les membres de son personnel sont considérés comme des assurés mutualistes dans l'hôpital en question du fait de la convention financière dont elle produit une copie. Elle souligne que le requérant semble confondre les notions de frais de séjour et de frais médicaux, et explique que les seuls frais de séjour étaient compris, en 1997, entre 11 000 et 15 000 francs belges dans l'hôpital cité par le requérant, c'est-à-dire bien inférieurs au seuil de 20 000 francs contesté.

#### CONSIDÈRE :

1. V. L., de nationalité grecque, est fonctionnaire de grade B1 au service d'Eurocontrol, au siège de l'Agence, à Bruxelles.

Tout fonctionnaire d'Eurocontrol ainsi que les personnes qu'il a à sa charge sont couverts par l'Agence contre les risques de maladie en vertu de l'article 72 du Statut administratif du personnel permanent (ci-après le Statut). Le Règlement d'application No 10 relatif à la couverture des risques de maladie et d'accident (ci-après le Règlement No 10) régit l'assurance maladie et accident. S'il a été créé une Caisse maladie d'Eurocontrol, les contestations relatives aux prestations de la Caisse, soumises par les fonctionnaires, suivent la voie ordinaire.

Dans le courant de l'année 1996, la fille du requérant a été traitée en Belgique pour un kyste. Un premier diagnostic a conclu à une affection relativement bénigne mais qui s'est toutefois révélée être plus grave, exigeant un traitement spécifique; le médecin spécialiste qui posa ce diagnostic parla d'une évolution dramatique. Sur le conseil du médecin traitant de sa fille, le requérant décida alors de la faire soigner à New York dans le cadre du Memorial Sloan-Kettering Center (ci-après la clinique américaine) où elle fut reçue le 5 février 1997. Les soins consistèrent en un traitement spécifique, puis en une opération délicate suivie d'un nouveau traitement. Le cas fut admis par la Caisse maladie d'Eurocontrol. Cependant, l'étendue des prestations de celle-ci donna lieu à contestation. Dans la mesure nécessaire, ce point sera examiné ci-dessous. La Caisse accepta le remboursement des frais à 100 pour cent au sens de l'article 72 du Statut. Pour la période prenant fin au 31 mai 1997, elle assura la couverture de tous les frais médicaux, à l'exception des frais de séjour à l'hôpital limités à raison de 20 000 francs belges par jour -- le

surplus étant considéré comme «excessif» par rapport aux tarifs pratiqués en Belgique -- et d'un montant de 1 303,85 francs belges non remboursables pour le téléphone, la télévision et des boissons.

Le 4 avril 1997, le chef de la gestion du personnel adressa au requérant un mémorandum concernant les factures dont le remboursement était sollicité. Un montant de 1 293 317 francs belges était admis. En revanche, en application du Règlement No 10, les frais de séjour à l'hôpital étaient calculés sur la base des taux appliqués en Belgique, soit à concurrence de 20 000 francs par jour; en outre, le montant des frais de téléphone, télévision et des boissons n'était pas couvert. Au total, un montant de 434 634 francs demeurait à la charge du fonctionnaire. A la fin du mémorandum, le chef de la gestion du personnel attirait l'attention du requérant sur le fait qu'après l'intervention chirurgicale il ne pourrait plus bénéficier de prestations exceptionnelles, mais seulement des prestations ordinaires.

Le 16 avril 1997, le directeur des ressources humaines adressa au personnel une note d'information relative à la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'assurance maladie.

Le 6 novembre 1997, ce directeur écrivit à la clinique américaine pour lui rappeler que la garantie donnée par Eurocontrol pour le paiement des frais d'hospitalisation avait été limitée au 31 mai 1997; toute facture ultérieure devait être adressée directement au requérant.

2. Le requérant présenta une réclamation contre la décision du 4 avril 1997, contre la communication du médecin-conseil, ainsi que, «plus généralement, contre tout autre acte préparatoire ou connexe, antérieur ou postérieur, invoqué à l'appui desdites décisions litigieuses».

Le 29 octobre 1997, le directeur des ressources humaines informa le requérant que le Directeur général avait décidé de rejeter sa réclamation; il lui en indiquait les motifs.

Dans sa requête, M. L. remet en cause non seulement la décision du 4 avril 1997, mais également la communication du médecin-conseil, la note d'information du directeur des ressources humaines au personnel et l'avis à la clinique américaine. Au fond, il estime que le plafonnement des dépenses serait contraire à la règle donnant droit au remboursement à 100 pour cent.

L'Agence conclut au rejet de la requête; seule la décision du 4 avril 1997 représenterait à son avis une décision attaquable. Au fond, elle se réfère à la jurisprudence du Tribunal (voir le jugement 1094, affaires Gérard et consorts), selon laquelle la couverture à 100 pour cent n'empêche point le plafonnement des dépenses pour éviter la prise en charge de «frais excessifs».

#### *Sur la recevabilité*

3. Les soins dont le remboursement du coût est litigieux ont été prodigués à une personne majeure, fille d'un fonctionnaire; les dispositions invoquées sont applicables de par le contrat d'engagement du fonctionnaire. Sauf en cas de décès du fonctionnaire, seul le fonctionnaire lui-même a qualité pour saisir le Tribunal (article II, alinéa 6, du Statut du Tribunal). Il en résulte qu'il a aussi nécessairement qualité pour demander le respect des dispositions du Statut en faveur des personnes à sa charge, fussent-elles majeures.

4. Dans sa requête, M. L. demande l'annulation de quatre actes qu'il tient pour des décisions de l'Agence, soit 1) la décision de l'Agence du 4 avril 1997 -- présentée comme telle et qui se prononce sur l'admission de factures soumises à la Caisse maladie; 2) la lettre du 4 avril 1997 par laquelle le médecin-conseil émet son avis personnel quant aux obligations de la Caisse; 3) la note d'information au personnel du directeur des ressources humaines du 16 avril 1997 concernant la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'assurance maladie; et 4) la communication de ce directeur du 6 novembre 1997 à la clinique américaine, lui rappelant que l'engagement de la Caisse de procéder à des paiements directs pour les soins administrés avait pris fin au 31 mai 1997. En bref, le requérant contestait, d'une part, les réductions apportées au titre de «frais excessifs» et, d'autre part, la cessation des paiements directs de la Caisse à la clinique américaine.

L'Agence admet la recevabilité de la requête dirigée contre la décision du 4 avril 1997 et conteste sa recevabilité pour le surplus, faute de décision individuelle.

En réplique, le requérant remarque que sa demande relative aux paiements directs n'est plus litigieuse, car il a trouvé un arrangement pour le paiement des factures avec la clinique américaine; en revanche, il requiert du Tribunal la constatation de droit que l'Agence était tenue de poursuivre ses paiements directs. Au demeurant, il

demande l'annulation de la décision du Directeur général refusant «le remboursement effectif de la totalité des frais médicaux exposés aux Etats-Unis pour [sa fille]» et demande qu'il soit dit «que l'ensemble des frais médicaux précités devront, sans aucune restriction ni réduction généralement quelconques», lui être remboursés.

Il résulte de ce qui précède que les conclusions tendant à ce que l'Agence soit condamnée à procéder à des paiements directs à la clinique américaine sont devenues sans objet. Les conclusions nouvelles tendant à la constatation de droit, sur ce point, ne sont pas non plus recevables faute d'un intérêt juridique suffisant à une telle constatation; si la question se présente à nouveau, elle pourra être résolue à l'occasion d'un cas concret : voir par exemple le jugement 1666 (affaire Bedrikow), au considérant 4 a).

Il en est de même des conclusions en constatation de droit relatives aux obligations futures de l'Agence quant à l'étendue de ses remboursements; en effet, ces questions peuvent être examinées à l'occasion de chaque décision concrète relative au remboursement. En l'occurrence, du reste, la décision du 4 avril 1997 permet d'examiner certaines des questions litigieuses.

L'indication figurant au bas du mémorandum du 4 avril 1997, concernant les intentions de la Caisse pour l'avenir, n'est pas présentée sous la forme d'une décision contraignante; elle apparaît comme une simple déclaration d'intention. Elle ne constitue donc pas une décision susceptible d'être attaquée (voir sur la notion de décision le jugement 1694, au considérant 7, et les jugements cités).

En outre, l'Agence remarque à juste titre que la lettre du médecin-conseil ne présente pas non plus les caractéristiques d'une décision concrète faisant grief au requérant et qu'il en est de même de la note d'information au personnel.

La requête est donc recevable seulement en tant qu'elle met en cause les réductions mentionnées dans la décision du 4 avril 1997.

5. Un montant de 1 303,85 francs belges n'a pas donné lieu à remboursement, car il s'agissait de dépenses pour frais de téléphone, télévision et boissons, non couvertes par l'assurance. Cette motivation n'a pas été contestée; le requérant n'a pas non plus prétendu que l'article 72 du Statut lui donnerait un droit au remboursement de cette somme. Il n'y a donc pas de litige sur ce point.

En l'état actuel de la procédure, le différend se limite donc à la déduction imposée à l'assuré sur les frais de séjour à l'hôpital, au motif que le surplus, dépassant 20 000 francs belges par jour, serait à considérer comme des frais «excessifs» ne donnant pas lieu à remboursement.

*Sur le fond*

*Les dispositions applicables*

6. La réglementation en vigueur à Eurocontrol contient les dispositions ci-après concernant l'assurance maladie et notamment le remboursement des frais engagés.

Le Statut prévoit que :

«Article 72

1. Dans la limite de 80 % des frais exposés, et conformément aux dispositions d'un règlement du Directeur général, le fonctionnaire, son conjoint, lorsque celui-ci ne peut pas bénéficier de prestations de même nature et de même niveau en application de toutes autres dispositions légales ou réglementaires, ses enfants et les autres personnes à sa charge, 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 l'autorité investie du pouvoir de nomination, ainsi que pour les examens de dépistage et en cas d'accouchement. Toutefois, les remboursements prévus à 100 % ne s'appliquent pas en cas de maladie professionnelle ou d'accident ayant entraîné l'application de l'article 73.

Le tiers de la contribution nécessaire pour assurer cette couverture est mis à la charge de l'affilié sans que cette participation puisse dépasser 2 % de son traitement de base.

...

3. Si le montant des frais non remboursés pour une période de douze mois dépasse la moitié du traitement mensuel de base du fonctionnaire ..., un remboursement spécial est accordé par le Directeur général, compte tenu de la situation de famille de l'intéressé, sur la base des dispositions du Règlement prévu au paragraphe 1 ci-dessus.

...

## Article 76

Des dons, prêts ou avances peuvent être accordés à un fonctionnaire, à un ancien fonctionnaire ou à des ayants droit d'un fonctionnaire décédé, qui se trouvent dans une situation particulièrement difficile, notamment par suite d'une maladie grave ou prolongée ou en raison de leur situation de famille.»

Le Directeur général a, en application de l'article 72 du Statut, édicté le Règlement No 10 qui, dans sa teneur actuelle, comporte en particulier les dispositions suivantes :

### «Article 1

#### Objet

En application de l'article 72 du Statut administratif ... il est institué au sein de l'Agence un régime d'assurance maladie. Ce régime garantit aux bénéficiaires, dans les limites et conditions prévues dans la présente réglementation et ses annexes, le remboursement des frais exposés par suite de maladie...

## Article 8

### Remboursements spéciaux

1. Des remboursements spéciaux peuvent être accordés lorsque les frais exposés se rapportent à des soins prodigués à l'affilié ou à une personne assurée de son chef dans un pays où le coût des soins médicaux est particulièrement élevé et que la partie des frais non remboursés par le régime impose une lourde charge à l'affilié. L'application du présent paragraphe fait l'objet d'une décision du Directeur général prise sur la base d'un rapport du Bureau central assorti de l'avis du Comité de gestion.

2. Lorsque la partie non remboursée des frais entrant dans le champ d'application des barèmes annexés à la présente réglementation et exposés par l'affilié pour lui-même et pour les personnes assurées de son chef dépasse, au cours d'une période de douze mois, la moitié de la moyenne du traitement mensuel de base ... le remboursement spécial prévu à l'article 72, paragraphe 3 du Statut ... est déterminé de la manière suivante :

-- la partie non remboursée des frais précités qui dépasse la moitié de la moyenne du traitement mensuel de base ... est remboursée au taux de :

- 90 % lorsqu'il s'agit d'un affilié sans personne assurée de son chef;

- 100 % dans les autres cas.

...

4. Lorsque l'affilié en fait la demande, le coefficient correcteur de son lieu d'affectation ... sera appliqué au traitement mensuel de base...

5. La décision relative à toute demande de remboursement spécial est prise :

-- soit par l'autorité investie du pouvoir de nomination sur la base d'un avis du bureau liquidateur émis conformément aux critères généraux arrêtés par le Comité de gestion après consultation du Conseil médical, relatifs au caractère éventuellement excessif des frais exposés;

-- soit par le bureau liquidateur sur la base des mêmes critères, s'il a été désigné à cet effet par ladite autorité.

## Article 9

### Libre choix du médecin et de l'établissement de soins

1. Les bénéficiaires du présent régime ont le libre choix du médecin et des établissements de soins.

2. L'Agence s'efforce, dans la mesure du possible, de négocier avec les représentants du corps médical et/ou les autorités, associations et établissements compétents, des accords fixant les taux applicables aux bénéficiaires, compte tenu des conditions locales et, le cas échéant, des barèmes déjà en vigueur, tant du point de vue médical que du point de vue hospitalier.

...

## Article 27

### Equilibre financier

Les prestations fournies au titre du présent Régime doivent être équilibrées financièrement, par période de trois ans, avec les contributions de l'Agence et des affiliés.»

En annexe I au Règlement No 10 figurent les «règles régissant le remboursement de frais médicaux». Elles contiennent un tarif maximum, exprimé en francs belges, pour les principales opérations médicales et des règles concernant le mode de calcul pour les opérations tarifées et non tarifées. Il y a lieu d'en citer les points suivants :

### «III. HOSPITALISATION

1. Les frais de séjour sont, en cas d'intervention chirurgicale ou en cas d'hospitalisation médicale, remboursés à 85 % avec un montant maximum remboursable de 4.127 BEF et 3.851 BEF par jour respectivement.

Les frais de séjour comprennent les frais de pension, de service et de taxes.

2. Les frais d'intervention chirurgicale, tels qu'ils sont spécifiés au point II, les frais de salle d'opération, de salle de plâtres, de pansements et autres frais pour soins généralement quelconques relatifs à l'intervention chirurgicale, les honoraires médicaux pour visites et consultations, les analyses et examens de laboratoire, les recherches radiologiques, les médicaments et autres prestations pour diagnostic ou traitement sont remboursés séparément, conformément aux dispositions relatives au remboursement de chacune de ces catégories de frais. Si, dans un centre hospitalier, le prix forfaitaire de la journée d'hospitalisation comprend les frais de séjour visés au paragraphe 1, deuxième alinéa, ainsi que la totalité ou partie des frais énumérés ci-dessus, le remboursement s'effectue à 85 %.

...

### IV. CAS SPECIAUX

1. En cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladies mentales et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'autorité investie du pouvoir de nomination, les frais sont remboursés à 100 %.

Toutefois, les montants à rembourser dans un de ces cas, pour des prestations visées au point VI, paragraphe 1, deuxième alinéa, au point XI, paragraphe 1, alinéa a), au point XII, points E et F, à l'Annexe III, points A et B, paragraphes 2. et 3. et à l'Annexe IV, point B, paragraphe 2), ne peuvent dépasser un montant égal au double du montant maximum prévu dans les dispositions précitées.

Les montants à rembourser pour des prestations visées au point III, paragraphe 3, au point VI, paragraphe 3, au point VIII, premier et quatrième alinéas, au point X, au point XI, paragraphe 1, alinéa b), au point XII, point B et à l'Annexe III, point B, paragraphe 1. ne peuvent dépasser les montants maxima prévus dans la réglementation.

Toute demande introduite en vue de la reconnaissance visée au premier alinéa doit être adressée au bureau liquidateur, accompagnée du rapport du médecin traitant de l'intéressé.

La décision est prise par l'autorité investie du pouvoir de nomination ou par le bureau liquidateur s'il a été désigné à cet effet par ladite autorité ; après avis du médecin-conseil, émis sur la base des critères généraux établis par le Conseil médical.

Les remboursements prévus à 100 % ne s'appliquent pas en cas de maladie professionnelle ou d'accident ayant entraîné l'application des dispositions de l'article 73 du Statut.

...

### XV. DISPOSITIONS COMMUNES AU REMBOURSEMENT DES DIVERSES PRESTATIONS

1. Les dispositions qui suivent sont applicables au remboursement des frais médicaux visés aux points I à XIII.

2. Les frais relatifs à des prestations non prévues par les annexes de la réglementation peuvent être remboursés à 80 % après avis du médecin-conseil du bureau liquidateur. Des montants maxima remboursables pourront être fixés après avis du Comité de gestion.

3. 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.

La partie des frais considérés comme excessifs par le bureau liquidateur, après avis du médecin-conseil, ne donne pas lieu à remboursement.

...»

Comme indiqué ci-dessous, les montants admis par jour d'hospitalisation ont toutefois été augmentés postérieurement à l'adoption initiale de cette annexe.

En application de l'article 31 du Règlement No 10, le Directeur général a, en outre, édicté des «dispositions d'interprétation» de ce Règlement, dont il y a lieu de citer les règles ci-après :

«ARTICLE 8 du Règlement n° 10

## 1) Paragraphe 1

Afin de réaliser un traitement égal des prestations liquidées dans des devises autres que les francs belge et luxembourgeois, des coefficients d'égalité sont instaurés. La liste de ces coefficients arrêtés périodiquement par le Directeur général est portée régulièrement à la connaissance des affiliés au moyen d'une note de service.

L'article 8 du Règlement n° 10 n'exclut pas que des décisions spéciales soient prises dans des cas individuels non couverts par les coefficients d'égalité.

Dans ces cas,

- le remboursement est effectué dans la limite du double des plafonds de remboursement figurant aux annexes du règlement, sur proposition, le cas échéant, du Bureau central et avis du Comité de gestion ;
- la condition de « lourde charge » est réputée remplie lorsque les sommes non remboursées au titre des « frais exposés » atteignent 60 % de ces frais ;
- les « frais exposés » sont à apprécier prestation par prestation.

## Paragraphe 2

...

b) L'application de ce paragraphe se fait sous réserve de l'application des dispositions d'interprétation de l'article 8, paragraphe 1, et du point XV de l'Annexe I.

...

## ANNEXE I - POINT XV

### Paragraphe 3, deuxième alinéa

1. Les frais dépassant de 50 % (cinquante pour cent) le coût correspondant à 100 % (cent pour cent) des plafonds prévus à l'Annexe I du Règlement n° 10, sont à considérer comme excessifs et ne donnent pas lieu à remboursement au titre de l'article 8, paragraphe 2 de la réglementation, sous réserve de ce qui est prévu à l'annexe I, point IV, paragraphe 1, deuxième alinéa de la réglementation.

2. En ce qui concerne les prestations exprimées en devises affectées d'un coefficient d'égalité, ce pourcentage (50 %) est d'effet après application de ce coefficient.»

L'Agence a également établi une liste des coefficients d'égalité pour les soins administrés en dehors de Belgique, sur le territoire des autres Etats parties à la Convention Eurocontrol. Il n'y est mentionné aucun coefficient d'égalité relatif à des Etats situés en dehors de leur cercle.

### *Les moyens invoqués*

7. Le requérant se prévaut des moyens suivants :

1) En bref, la décision du 4 avril 1997 violerait l'article 72 du Statut du personnel ainsi que ses dispositions d'application, car cet article garantit, en cas de maladie grave, un remboursement à 100 pour cent; la disposition du point XV, paragraphe 2, de l'annexe I au Règlement No 10 qui prévoit pour certaines prestations des «montants maxima remboursables» ne serait pas applicable, aux dires mêmes de l'Agence, aux frais d'hospitalisation qui n'y sont pas mentionnés; c'est en revanche le paragraphe 3 du point XV de l'annexe I au Règlement No 10 qui aurait été invoqué par l'Agence, disposition qui permet de refuser le remboursement de la «partie des frais considérés comme excessifs par le bureau liquidateur, après avis du médecin-conseil»; la Caisse maladie paraît considérer comme «excessifs» tous les frais médicaux concernant la fille du requérant, soignée aux Etats-Unis, qui dépassent le coût présumé des mêmes prestations effectuées en Belgique; cela serait arbitraire et reviendrait en définitive à appliquer le paragraphe 2 du point XV, quand bien même l'Agence l'a déclaré inapplicable; le caractère «excessif» suppose une évaluation du cas particulier, ce qui n'a pas eu lieu; or, dans le cas présent, l'état de santé de la malade exigeait des soins prodigués aux Etats-Unis, de telle sorte que les frais de traitement n'étaient pas «excessifs».

2) Dans un second moyen, le requérant se plaint d'une violation de l'article 8, paragraphes 1 et 2, du Règlement No 10, ainsi que des dispositions d'interprétation du Règlement No 10, annexe I, point XV, en ce que la Caisse maladie refuse d'appliquer en l'espèce des coefficients d'égalité qui tiennent compte de la différence du coût des

soins médicaux aux Etats-Unis et en Belgique, et omet de considérer que les soins donnés à New York n'avaient pas d'équivalent en Belgique. En outre, la Caisse aurait violé les dispositions interprétatives du Règlement No 10 en ne tenant pas compte d'une «tolérance» de 50 pour cent, «l'excessivité n'apparaissant donc qu'au-delà de 150 % du plafond initialement prévu; compte tenu des règles d'interprétation de l'article 8, paragraphe 1, du Règlement No 10, c'est le double desdits 150 % (soit 300 % du plafond initialement prévu, après application d'un coefficient d'égalité) qui doit être remboursé». En outre, la Caisse maladie devrait également accorder au requérant le bénéfice de l'article 8, paragraphe 2, du Règlement No 10, cette disposition devant être mise en œuvre, selon le requérant, «dès que la quotité non remboursée des frais médicaux dépasse, sur une période de 12 mois, la moitié du traitement mensuel de base».

L'Agence conteste les reproches qui lui sont adressés. Dans la mesure utile, ses arguments seront examinés ci-dessous à propos de l'examen de chacun des griefs concernant la question litigieuse.

#### *Sur la possibilité de limiter les prestations*

8. Invoquant l'article 72 du Statut du personnel, le requérant sollicite la couverture de 100 pour cent des frais exposés, du fait de l'admission du cas par la Caisse. Il ne prétend pas expressément que cette disposition interdirait toute possibilité de réduction, mais soutient plutôt que les conditions d'une réduction ne seraient pas remplies en l'espèce.

Selon une jurisprudence que le Tribunal n'a point de raisons de modifier (voir les jugements 1094, affaires Gérard et consorts, et 1095, affaire Gilles), le taux de couverture à 100 pour cent n'implique pas qu'en toutes circonstances la personne assurée ait droit au remboursement de la totalité de ses dépenses. En effet, l'article 72 ne garantit des prestations que dans la limite du pourcentage des frais exposés et conformément aux dispositions d'un règlement du Directeur général. Or, la possibilité donnée à la Caisse de ne pas rembourser le surplus des dépenses jugées excessives est un moyen conforme au but de l'assurance maladie, permettant un financement raisonnable et des prestations comparables aux personnes assurées; elle s'inscrit donc dans le cadre de l'autorité conférée au Directeur général; la limitation des dépenses remboursées peut s'effectuer au moyen de maxima (plafonds) pour certains types de dépenses ou par des limites calculées au cas par cas en fonction des dépenses engagées. Fondées sur cette délégation d'autorité, les dispositions du règlement respectent la hiérarchie des normes en ce qui concerne la possibilité de limiter les prestations de la Caisse dans la mesure indiquée.

#### *Sur une éventuelle promesse de remboursement à 100 pour cent*

9. Le requérant se prévaut d'une déclaration de la Caisse du 11 novembre 1996, promettant un remboursement intégral de tous les frais médicaux, décision prorogée le 15 septembre 1997, avec effet jusqu'au 11 septembre 1998.

L'examen des documents invoqués montre qu'ils n'ont pas la signification que le requérant semble leur attribuer. En effet, tant la demande du requérant à la Caisse que la décision de celle-ci font allusion à une prise en charge de 100 pour cent au sens de cet article du Statut et de ses dispositions d'application. Il ne pouvait donc pas échapper au requérant que l'engagement de la Caisse concernait un remboursement à 100 pour cent au sens de cet article et n'impliquait pas une promesse de payer ses dépenses aux Etats-Unis quel qu'en soit le montant.

De même, les promesses de paiements directs adressées à la clinique américaine n'impliquaient pas non plus que la Caisse paierait la totalité des dépenses en les prenant définitivement à sa charge, c'est-à-dire sans décompte.

Du reste, par mémorandum du 12 février 1997, la Caisse maladie de l'Agence informa exactement le requérant du mode de remboursement, tel qu'elle l'entrevoyait, pour des soins médicaux donnés aux Etats-Unis.

Le moyen n'est donc pas fondé.

#### *Sur le coefficient d'égalité*

10. Invoquant la disposition d'interprétation relative à l'article 8, paragraphe 1, du Règlement No 10, le requérant voudrait que l'Agence adopte et lui applique des coefficients d'égalité valables pour les soins administrés aux Etats-Unis. Toutefois, de tels coefficients n'ont été établis que pour les Etats parties à la Convention Eurocontrol; pour les Etats non membres, la Caisse peut appliquer le coefficient d'égalité 100; ce coefficient de base correspond à celui appliqué aux prestations dispensées en Belgique et au Luxembourg.

L'Agence explique à ce sujet qu'un coefficient d'égalité a dû être introduit entre les Etats membres, parce que l'article 24 de la Convention amendée prévoit que l'assurance maladie propre à Eurocontrol se substitue aux régimes nationaux de sécurité sociale. Cet article stipule que : «En raison de son régime propre de prévoyance sociale, l'Organisation, le Directeur général et les membres du personnel de l'Organisation sont exemptés de toutes contributions obligatoires à des organismes nationaux de prévoyance sociale.» Les assurés au régime d'assurance maladie d'Eurocontrol ayant de ce fait un droit à ces prestations -- dans une mesure se substituant au régime national de sécurité sociale -- il s'imposait de fixer de tels coefficients d'égalité entre les Etats membres. Tel n'est pas le cas pour les Etats non membres; lorsque des soins sont prodigués dans de tels Etats et qu'ils sont particulièrement élevés, la Caisse a la faculté de faire application de l'article 8, paragraphe 1, du Règlement No 10.

Selon l'argumentation du requérant, la protection sociale assurée par l'article 72 du Statut exigerait que les fonctionnaires et ayants droit aux prestations de l'assurance, dès lors qu'ils bénéficient du choix du médecin (article 9 du Règlement No 10), puissent aussi obtenir des prestations équivalentes de la Caisse, quel que soit le pays dans lequel les soins sont prodigués; cela impliquerait notamment que, pour un pays comme les Etats-Unis, où les coûts médicaux sont particulièrement élevés, l'Agence établisse aussi un coefficient d'égalité permettant aux assurés qui y sont soignés d'obtenir une couverture effective égale à celle dont ils bénéficieraient sur le territoire d'un des Etats membres. L'absence de coefficient d'égalité ou de dispositif équivalent violerait les principes inhérents à l'article 72, ce qui devrait entraîner l'annulation de la décision attaquée.

Le requérant remarque, à juste titre, que les coûts élevés de la médecine aux Etats-Unis, joints à l'absence de coefficient d'égalité pour ce pays et à la détermination de la participation de la Caisse en fonction des prix pratiqués en Belgique, ont pour conséquence de fixer la participation de la Caisse à une part relativement faible du coût effectif des soins facturés aux Etats-Unis, en laissant le solde à la charge de l'intéressé.

Le jugement 1094, cité ci-dessus, a montré que le but de l'article 72 est d'assurer aux fonctionnaires la jouissance d'un régime d'assurance maladie capable de fonctionner; cette disposition fixe certains éléments fondamentaux du régime, parmi lesquels les taux de remboursement applicables aux diverses catégories de prestations; en outre, la couverture doit être assurée conformément aux dispositions d'un règlement du Directeur général. Celui-ci se trouve donc investi du pouvoir de prendre, dans le respect des dispositions du Statut, toutes mesures nécessaires en vue d'assurer le fonctionnement et la viabilité de ce régime, dont les charges financières sont supportées grâce à un effort de solidarité conjoint des fonctionnaires et de l'Organisation elle-même. Le jugement constate que, dans cette perspective, le plafonnement de certaines prestations, de même que certaines autorisations préalables, constituent des mécanismes modérateurs appropriés.

C'est également dans cette perspective que doit être résolu le problème des soins administrés dans un Etat non membre d'Eurocontrol. La liberté de choix du médecin ou de l'établissement hospitalier n'est pas en cause. En revanche, la gestion économe de la Caisse telle qu'elle est décrite ci-dessus s'accommoderait mal d'une situation conduisant l'intéressé à charger la Caisse de frais supplémentaires -- pour le même traitement -- du seul fait qu'il choisirait de se faire soigner en dehors du cercle des Etats membres; en effet, tel serait le cas si la Caisse était tenue de fixer pour un Etat en dehors de ce cercle un coefficient d'égalité tenant compte d'un coût des soins dans cet Etat plus élevé qu'en Belgique. Par ailleurs, l'ayant droit n'est point privé de la protection sociale voulue par l'article 72 s'il a la faculté de se faire soigner dans un des Etats membres; il lui appartient aussi d'éviter de causer à la Caisse des frais inutiles; dans ces conditions, il est raisonnable que la Caisse lui reconnaisse le choix du lieu où le traitement est prodigué, tout en lui laissant le soin de couvrir lui-même le surplus de coût pouvant résulter d'un traitement dans un autre pays. En revanche, cette considération ne saurait s'appliquer lorsque l'ayant droit est contraint de se faire soigner à l'étranger.

Répondant à une préoccupation d'équité, le Directeur général a édicté, à l'article 8, paragraphe 1, du Règlement No 10, une réglementation souple permettant l'octroi de remboursements spéciaux lorsque des soins médicaux ont été donnés dans un pays où leur coût est particulièrement élevé et que la partie non remboursée impose à l'intéressé une lourde charge. Une application adéquate de cette norme permet de tenir compte de cas où un correctif s'impose.

Il est vrai que la disposition interprétative de l'article 8, paragraphe 1, du Règlement No 10, qui prévoit l'introduction de coefficients d'égalité, ne fait pas expressément de distinction entre les prestations effectuées sur le territoire des Etats membres ou en dehors de celui-ci. L'interprétation donnée à cette norme par l'Agence apparaît toutefois raisonnable; en effet, ainsi qu'elle l'a expliqué, elle est tenue d'assurer aux ressortissants de ses Etats membres des prestations équivalentes à celles qui leur seraient accordées par les systèmes nationaux de prévoyance

sociale, ce qui vaut en tout cas pour les soins administrés sur le territoire de l'Etat dont l'intéressé est ressortissant, alors qu'aucune obligation équivalente n'existe à l'égard d'autres Etats et de leurs ressortissants. L'article 8, paragraphe 1, du Règlement No 10 présuppose du reste qu'il y ait des pays pour lesquels aucun coefficient d'égalité n'est introduit et constitue une base légale suffisante pour la pratique différenciée de l'Agence.

Celle-ci ne viole pas non plus le droit à l'égalité de traitement. En effet, tous les ayants droit sont soumis à la même réglementation. Celle-ci fait en outre des différenciations qui trouvent une justification objective et reposent sur la considération que tous les ayants droit sont tenus de collaborer à la réduction des coûts dans une mesure raisonnable.

Cela étant, la réglementation sur ce point et la non-fixation d'un coefficient d'égalité pour les Etats-Unis échappent à la critique et ne révèlent aucun abus du pouvoir d'appréciation du Directeur général.

Même dans l'hypothèse où il serait nécessaire de recourir à des soins médicaux dans un pays situé hors du territoire des Etats membres, où le coût de la santé est très élevé, on ne saurait considérer comme étant contraire à l'article 72 que la Caisse demande à l'intéressé une participation relativement modeste, au titre des «frais excessifs».

Tel était le cas en l'occurrence, puisque pour la période prise en compte dans la décision attaquée la Caisse a pris en charge, en définitive, 92 pour cent des dépenses, laissant seulement 8 pour cent à la charge du requérant (à titre de facturation excessive pour les frais d'hospitalisation).

Dès lors, il n'y a pas lieu de rechercher si la santé de la fille du requérant exigeait un traitement aux Etats-Unis, ce que prétend le requérant et que conteste la Caisse. L'expertise demandée par le requérant apparaît donc superflue.

#### *Sur les «frais excessifs»*

11. Le requérant conteste la réduction opérée, aux fins de remboursement, sur la facture d'hospitalisation, considérée comme comportant des «frais excessifs» au sens du point XV, paragraphe 3, deuxième alinéa de l'annexe I au Règlement No 10.

a) Le requérant estime tout d'abord que, dans son cas, ce n'est pas le point XV, paragraphe 3, de l'annexe I qui serait applicable -- puisque l'Agence veut introduire des «montants maxima remboursables» --, mais le point XV, paragraphe 2, qui vise cette éventualité.

La Caisse maladie au contraire considère que le paragraphe 2 n'est pas applicable, en l'espèce et en l'état, car ce sont des soins prévus dans les annexes qui ont été administrés à la fille du requérant, ce qui exclut l'application du paragraphe 2. Au demeurant, il n'y aurait pas lieu de confondre les «maxima» au sens du paragraphe 2 et les «seuils» retenus applicables (sans qu'il s'agisse de «maxima» absolus) pour lesquels seul le paragraphe 3 entre en ligne de compte.

Comme le requérant ne conteste pas que les soins administrés sont prévus dans les annexes au Règlement No 10, rien ne s'oppose, de ce point de vue, à l'application du point XV, paragraphe 3, de l'annexe I.

b) Le requérant soutient entre autres que, à supposer qu'une réduction soit admissible d'une manière générale, un maximum de 20 000 francs belges par jour pour les frais d'hospitalisation serait manifestement insuffisant compte tenu de leur coût en Belgique et dans les Etats membres d'Eurocontrol; la fixation d'un maximum insuffisant violerait donc la notion de «frais excessifs», ce qui appellerait la correction du Tribunal.

L'Agence le conteste. Elle expose que le plafond des frais de séjour remboursés à 85 pour cent, fixé au point III, paragraphe 1, de l'annexe I au Règlement No 10, s'élevait en cas d'intervention chirurgicale à 4 127 francs par jour et, en cas d'hospitalisation médicale, à 3 851 francs par jour. A la suite de l'évolution des prix pratiqués par les hôpitaux, le Comité de gestion de la Caisse maladie a décidé, en 1994, de remplacer ces plafonds par des montants maxima remboursables de 8 500 francs en cas de remboursement à 85 pour cent et de 10 000 francs en cas de remboursement à 100 pour cent; cela fit l'objet d'une disposition d'interprétation du point III, paragraphe 1, deuxième alinéa, et paragraphe 2, de l'annexe I au Règlement No 10. Enfin, par note du 22 juillet 1997, le montant de 10 000 francs a été remplacé par celui de 20 000 francs avec effet au 1<sup>er</sup> juin 1996; au-delà de ce montant, l'avis du médecin-conseil est requis pour déterminer si les frais sont à considérer comme excessifs. Dans le cas présent, après consultation du médecin-conseil, il a été considéré qu'il n'y avait pas lieu d'aller au-delà d'une

participation de 20 000 francs par jour, du fait que le montant facturé par la clinique américaine, à titre de frais d'hospitalisation, ne comprenait que la pension, le service et les taxes, à l'exclusion de toute participation à des frais médicaux.

Ces faits ne sont pas contestés comme tels. Le requérant signale qu'à Bruxelles, pour une hospitalisation équivalente, l'Institut Jules Bordet facture actuellement 34 000 francs par jour (plus 1 500 francs pour un second lit), chiffre qui ne comprend aucune prestation médicale.

L'Agence explique que les tarifs indiqués par le requérant s'appliquent à des patients non couverts par une mutuelle ou par le régime d'assurance maladie d'une organisation internationale; Eurocontrol a passé avec cet hôpital -- comme avec d'autres -- un accord et dans aucun cas il ne peut être facturé un prix de pension supérieur à 20 000 francs par jour.

Dans un mémoire supplémentaire, le requérant conteste que les fonctionnaires d'Eurocontrol jouissent dans cet hôpital des tarifs appliqués aux patients affiliés à une mutuelle. En réponse, Eurocontrol dépose des pièces dont il résulte que ses agents bénéficient des arrangements valables pour les fonctionnaires de l'Union européenne, soit des mêmes tarifs que les patients «mutualistes». Elle explique aussi qu'en 1997 le coût des frais de séjour à l'Institut Bordet, pour les membres des mutuelles belges, était de l'ordre de 11 000 à 15 000 francs par jour pour une chambre privée.

On ne saurait donc en déduire que le montant de 20 000 francs par jour soit inférieur à ce que coûterait une hospitalisation en Belgique d'un fonctionnaire d'Eurocontrol dans un établissement comparable à la clinique américaine.

c) Le requérant reproche à la décision attaquée de n'avoir point jugé le caractère excessif en fonction du cas particulier de sa fille, mais sur la base d'une règle schématique applicable à chacun, sans prendre en considération le montant effectif des frais qui lui ont été imposés, ainsi que la nécessité de ces frais pour sauver la vie de sa fille.

Le grief n'apparaît pas justifié.

La détermination du niveau des frais en Belgique et dans les Etats membres est une donnée objective valable pour tous les patients se faisant soigner en dehors du cercle de ces Etats.

Par ailleurs, la réglementation d'Eurocontrol permet d'examiner la nécessité des frais engagés dans le cas particulier et considérés comme non excessifs, et d'y adapter le montant de la contribution de la Caisse.

En l'espèce, c'est précisément ce qu'a fait la Caisse. Pour la première partie du séjour aux Etats-Unis (seul objet de la présente procédure), elle a admis la totalité des frais médicaux proprement dits, en considérant sans doute que le requérant pouvait avoir de sérieuses raisons de confier sa fille à une clinique américaine; en revanche, en procédant à une analyse de la facturation à titre de frais d'hospitalisation, elle a considéré que celle-ci ne comportait aucune participation forfaitaire à certains soins médicaux; elle en a déduit, après avis de son médecin-conseil, qu'il ne se justifiait pas d'allouer une participation plus élevée que le seuil supérieur prévu de 20 000 francs par jour.

d) Si le requérant entend soutenir par là qu'il aurait droit au remboursement de la totalité des frais de clinique engagés aux Etats-Unis pour soigner sa fille, son argumentation se heurterait aux considérations émises par le Tribunal, dans la jurisprudence citée ci-dessus, quant à la limitation des prestations de la Caisse maladie d'Eurocontrol -- fondée sur le financement de cette assurance maladie à la charge de l'Agence et des fonctionnaires et sur une certaine égalité dans les prestations de la Caisse.

Dans ces conditions, une part des frais d'hébergement pouvait être laissée à la charge de la personne assurée, même si le traitement aux Etats-Unis pouvait être préférable pour la fille du requérant.

*Sur le non-octroi d'un «remboursement spécial»*

12. Le requérant paraît estimer que l'octroi d'un remboursement spécial selon l'article 8, paragraphe 1, du Règlement No 10 lui permettrait d'obtenir la couverture de la totalité de ses frais.

L'Agence répond que, pour la période examinée dans la décision du 4 avril 1997, la prise en charge de la totalité des frais médicaux proprement dits était une mesure spéciale qui a permis au requérant d'obtenir un remboursement

global de 92 pour cent. Si, dit-elle, «l'on admettait ... de recourir par décision spéciale à l'article 8, paragraphe 1 et ses règles d'interprétation, le résultat serait de toute façon moins favorable au requérant (remboursement à environ 67 % seulement)»; en cela, elle envisage manifestement l'hypothèse où les soins médicaux auraient été remboursés à concurrence du montant dû en Belgique pour des soins équivalents, le surplus étant considéré comme des montants excédant les maxima, voire comme des «frais excessifs», avec le correctif d'un remboursement spécial selon l'article 8, paragraphe 1.

Effectivement, compte tenu de la prise en charge de la totalité des frais médicaux pour cette période, l'octroi de cet avantage financier important équivaut à un remboursement spécial au sens de l'article 8, paragraphe 1, du Règlement No 10 et le montant alloué ne révèle en aucun cas un abus du pouvoir d'appréciation de la Caisse, partant de l'Agence.

Au demeurant, il est à relever que, selon la Caisse, le requérant ne pourrait bénéficier d'un remboursement spécial, du fait que la réduction a été opérée à titre de «frais excessifs» et que, selon le point XV, paragraphe 3, deuxième alinéa de l'annexe I au Règlement No 10, «la partie des frais considérés comme excessifs par le bureau liquidateur, après avis du médecin-conseil, ne donne pas lieu à remboursement». Pour le motif indiqué ci-dessus, il n'est toutefois point nécessaire de se prononcer à ce sujet.

13. Le requérant affirme également avoir droit à un remboursement spécial, en application de l'article 72, paragraphe 3, du Statut et de l'article 8, paragraphe 2, du Règlement No 10 (frais non remboursés sur une période de douze mois, excédant la moitié de la moyenne du traitement mensuel de base).

L'Agence oppose ici aussi à cette prétention la règle du point XV, paragraphe 3, alinéa 2, de l'annexe I, «Dispositions communes au remboursement des diverses prestations», selon laquelle «la partie des frais considérés comme excessifs par le bureau liquidateur, après avis du médecin-conseil, ne donne pas lieu à remboursement». Elle explique qu'à défaut d'une telle règle la limitation des prestations en cas de frais excessifs serait inopérante. Elle s'était déjà prononcée dans ce sens dans la décision attaquée. On peut donc admettre que, sur ce point, tous les aspects du problème ont été examinés.

Cependant, la demande de remboursement fondée sur l'article 8, paragraphe 2, du Règlement No 10 apparaît prématurée. En effet, elle suppose l'établissement d'un salaire moyen du fonctionnaire calculé sur une période de douze mois, ainsi que la prise en compte de la part des frais engagés et non remboursés «au cours d'une période de douze mois». De toute évidence, la période à prendre en considération est celle pour laquelle les frais ont été engagés. Or, en l'espèce, l'incident ayant révélé la maladie dont était atteinte la fille du requérant s'est produit en septembre 1996, une biopsie a été effectuée le 13 septembre 1996 et une première opération a eu lieu le 24 septembre 1996, le cas étant admis par la Caisse maladie d'Eurocontrol le 11 novembre 1996; la fille du requérant fut ensuite hospitalisée aux Etats-Unis et la décision au fond, contestée, du 4 avril 1997, concerne les frais engagés pour la période du 5 février au 3 mars 1997. A ce moment-là, le traitement se poursuivait, les frais étaient en cours. La période de douze mois n'était donc pas écoulée et la Caisse n'était pas non plus en mesure de déterminer le montant éventuel du remboursement spécial selon les articles 72, paragraphe 3, du Statut et 8, paragraphe 2, du Règlement No 10.

Ce n'est qu'à l'expiration de ce délai que la Caisse pourra, le cas échéant, déterminer les remboursements non admis mais pouvant être pris en considération, au titre de ces dispositions, en vue d'un remboursement spécial; elle examinera l'application des normes interprétatives, soit de l'annexe I, points IV et XV, ainsi que des dispositions d'interprétation *ad* article 8 du Règlement No 10 et *ad* points IV et XV de l'annexe I; elle fera en sorte que les règles d'interprétation ne vident point la norme de base -- spécialement l'article 72, paragraphe 3, du Statut -- de sa substance.

14. En résumé, la requête doit être rejetée. Toutefois, le Tribunal retient qu'il était prématuré pour la Caisse de se prononcer sur l'octroi d'un remboursement spécial, selon les articles 72, paragraphe 3, du Statut et 8, paragraphe 2, du Règlement No 10.

L'Agence demande que le requérant soit condamné au paiement des dépens. Succombant, il devra supporter ses propres frais. Le Tribunal estime qu'il n'y a pas lieu de le condamner à payer des dépens à l'Organisation.

Par ces motifs,

DECIDE :

La requête est rejetée.

Ainsi jugé, le 20 mai 1999, par M. Michel Gentot, Président du Tribunal, M. Jean-François Egli, Juge, et M. Seydou Ba, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Catherine Comtet, Greffière.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 8 juillet 1999.

Michel Gentot  
Jean-François Egli  
Seydou Ba

Catherine Comtet