

Le Tribunal administratif,

Vu la troisième requête dirigée contre l'Organisation européenne des brevets (OEB), formée par M. A. R. le 9 décembre 2002, la réponse de l'Organisation du 18 mars 2003, la réplique du requérant du 16 avril et la duplique de l'OEB du 9 mai 2003;

Vu les articles II, paragraphe 5, et VII du Statut du Tribunal;

Après avoir examiné le dossier;

Vu les pièces du dossier, d'où ressortent les faits et les allégations suivants :

A. Le requérant, ressortissant espagnol né en 1959, est entré au service de l'Office européen des brevets, secrétariat de l'OEB, en 1991. Il est examinateur de grade A3.

Le 30 mai 2000, il introduisit une demande de remboursement de frais afférents à une monture de lunettes pour son épouse. Par un décompte du 9 juin, le courtier d'assurances Van Breda, compagnie chargée de la gestion courante du contrat collectif d'assurance couvrant les employés de l'OEB, lui fit savoir qu'une seule monture de lunettes pouvait être remboursée par période de deux ans (sur la base d'un forfait de 82,5 marks allemands). Un premier remboursement avait déjà été effectué durant la période bisannuelle en cours, en juillet 1999.

Le 31 mai 2000, le requérant introduisit une demande de remboursement de frais d'examens médicaux, également pour son épouse, d'un montant de 49,82 marks. Il ressort du décompte de Van Breda du 13 juin 2000 que ces frais ont été remboursés à 80 pour cent, laissant un solde de 9,96 marks (soit 5,09 euros) à la charge du requérant.

Après un échange de courriers, le requérant introduisit, le 30 janvier 2001, un recours interne contre le refus de Van Breda de verser le forfait de 82,5 marks et de rembourser à 100 pour cent les examens médicaux de son épouse. Il demandait également que l'Office rappelle à Van Breda de veiller à une application correcte du contrat d'assurance. Saisie du recours, la Commission de recours recommanda au Président de l'Office, le 19 septembre 2002, de le rejeter. Le 30 septembre 2002, le Président entérina la recommandation de la Commission. Telle est la décision attaquée.

B. Le requérant fait valoir que le contrat collectif d'assurance précise, au paragraphe 5.2.3 de son article 20, qu'est admis le «[p]aiement d'une somme forfaitaire de DEM 82,50 pour une monture au plus par personne et par période de deux années d'assurance». Il en déduit que la date à prendre en considération pour calculer ces périodes de deux années doit être la date de commencement du contrat d'assurance, soit, pour son épouse, le 29 décembre 1993. Il aurait ainsi droit à un remboursement d'une monture de lunettes pour son épouse pour la période du 29 décembre 1999 au 28 décembre 2001. Le précédent remboursement datant de juillet 1999, il n'entre donc pas, selon lui, dans la même période.

En ce qui concerne les examens médicaux de son épouse, il affirme, définition du dictionnaire à l'appui, qu'ils doivent être qualifiés d'examens histologiques -- et donc remboursés à 100 pour cent conformément au paragraphe 4.3 de l'article 20 -- et non d'examens de laboratoire (examens cytologiques). Il s'agit selon lui d'une question légale relative à l'interprétation des termes du contrat et non d'une question médicale, et il est par conséquent «inacceptable» que la Commission de recours ait repris le point de vue du médecin-conseil de Van Breda.

Le requérant demande la tenue d'un débat oral, le remboursement de la somme forfaitaire de 82,5 marks pour l'achat d'une monture de lunettes ainsi que le versement du solde de 9,96 marks correspondant aux 20 pour cent

non remboursés sur les examens litigieux.

C. Dans sa réponse, l'OEB conclut à l'irrecevabilité de la requête pour deux motifs. Premièrement, le recours interne à l'encontre de la décision de non-remboursement du forfait pour la monture de lunettes n'a pas été introduit à temps. Le requérant a été informé du rejet de la demande de remboursement par le décompte du 9 juin 2000 mais n'a introduit son recours que le 30 janvier 2001. Il est donc forclus. Deuxièmement, la question de la qualification des examens pratiqués est une question médicale pour laquelle la Commission de recours est incompétente, comme elle l'a reconnu elle-même. Le requérant aurait dû saisir la Commission d'invalidité s'il souhaitait contester la position du médecin-conseil de Van Breda sur ce point.

Sur le fond, et à titre subsidiaire, la défenderesse explique que, pour des raisons de bonne administration et de simplification de la gestion, la période de deux années d'assurance visée au paragraphe 5.2.3 de l'article 20 du contrat collectif d'assurance est calculée sur la base d'années civiles. Ainsi, l'épouse du requérant ayant signé le contrat le 29 décembre 1993, la première période courait du 1<sup>er</sup> janvier 1993 au 31 décembre 1994. Selon cette méthode de calcul, la demande du requérant en date du 30 mai 2000 entre dans la même période de deux années d'assurance que celle, précédemment acceptée, de juillet 1999 (période allant du 1<sup>er</sup> janvier 1999 au 31 décembre 2000).

Quant à la demande de remboursement des examens de laboratoire, l'OEB relève que le litige est identique à un litige précédent ayant opposé le requérant à Van Breda. Le courtier d'assurances avait accepté de rembourser la somme en question après que le médecin traitant de l'épouse du requérant eut fourni des informations complémentaires. Elle invite donc ce dernier à procéder de même dans le cas présent.

D. Dans sa réplique, le requérant soutient que réduire à trois jours (du 29 au 31 décembre 1993) une période de prestation théorique d'une année est une pratique abusive qui lui porte préjudice.

Il maintient par ailleurs que la question de la qualification des examens dont le remboursement est demandé n'est pas une question médicale mais un problème d'interprétation d'articles contractuels. L'histologie étant l'étude des tissus et des cellules vivantes, elle englobe entièrement la cytologie qui n'étudie que les cellules vivantes. Il en déduit que toute analyse cytologique est aussi une analyse histologique et qu'elle doit être remboursée à 100 pour cent comme prévu au paragraphe 4.3 de l'article 20 du contrat collectif d'assurance. Il considère que la définition du médecin-conseil de Van Breda lui donne raison.

E. Dans sa duplique, la défenderesse réitère ses objections quant à la recevabilité de la requête.

A titre subsidiaire, elle reprend son argumentation selon laquelle les périodes d'assurance sont calculées sur la base de deux années civiles. S'il est vrai que, dans le cas présent, la première année d'assurance (1993) était «largement théorique» puisque l'épouse du requérant n'était couverte qu'à compter du 29 décembre, la méthode de calcul n'en est pas pour autant illégitime. En effet, elle a eu droit plus rapidement à un nouveau remboursement. Le requérant ne peut se plaindre d'un quelconque préjudice à ce titre.

Quant aux examens pratiqués, leur qualification relève de la compétence d'un médecin biologiste pratiquant des analyses médicales. La comparaison de deux définitions tirées d'un dictionnaire de la langue française n'est pas suffisante pour trancher ce litige. La défenderesse considère qu'en affirmant que tout examen cytologique est un examen histologique, le requérant nie le bien-fondé de la distinction entre les deux termes et s'arroge une compétence médicale; en outre, il dénature les propos du médecin-conseil.

#### CONSIDÈRE :

1. Dans sa requête, le requérant demande implicitement l'annulation de la décision entreprise ainsi que l'octroi des prestations qui lui ont été refusées. Il estime que la qualification des examens de laboratoire litigieux est une question légale et que l'administration et le juge sont en mesure d'interpréter la notion d'«examens histologiques» qui, à son avis, comprennent par définition les «examens cytologiques».

L'Organisation conclut à l'irrecevabilité de la requête, estimant que le recours interne à l'encontre de la décision de non-remboursement du forfait pour la monture de lunettes n'a pas été interjeté à temps et que la question de la

qualification des examens pratiqués, qui est d'ordre médical, devait être soumise à une commission d'invalidité et non à la Commission de recours, incompétente en la matière. A titre subsidiaire, elle conclut au rejet de la requête pour les motifs exposés sous C ci-dessus.

2. Le débat oral demandé par le requérant ne se justifie pas, les parties ayant eu amplement l'occasion de s'expliquer par écrit dans le cadre d'un double échange d'écritures.

3. Le moyen tiré de la tardiveté du recours interne avancé par l'Organisation est mal fondé, comme l'a admis avec raison la Commission de recours. En effet, le représentant des assureurs n'est pas un organe de l'Organisation, capable de rendre des décisions au sens du Statut des fonctionnaires de l'Office. Les décisions en matière de prestations d'assurance sont prises par l'administration, et plus spécialement par le Président de l'Office, en application de l'article 83 dudit statut. En l'occurrence, le requérant a formé, en même temps que sa demande, un recours contre le refus éventuel de celle-ci; ce faisant, il a agi à temps.

4. La question du remboursement forfaitaire d'une nouvelle monture de lunettes requiert l'interprétation du contrat collectif d'assurance.

A cet égard, il est nécessaire de rechercher le sens raisonnable qu'il convient d'attribuer à une clause contractuelle. En cas de doute, il est admis que le principe de la bonne foi exige que des clauses équivoques soient interprétées au détriment de celui qui a rédigé le contrat. Ce principe s'applique surtout pour les contrats d'adhésion; il devrait s'appliquer avec plus de circonspection lorsque le contrat a fait l'objet d'une négociation poussée entre partenaires avertis, ce qui a certainement été le cas du contrat collectif conclu entre une organisation importante et un courtier d'assurances, encore que les assurés ne soient pas directement parties au contrat.

En l'espèce, le texte même du contrat collectif d'assurance ne permet pas de dégager avec certitude le sens à donner à l'expression «période [...] d'assurance» à prendre en considération pour limiter les prestations de l'assureur, s'agissant de frais qui se renouvellent et dont le contrat collectif veut limiter la prise en charge. La même notion est exprimée aux paragraphes 1.1, 1.2, 1.3, 4.6, 4.7, 5.1 et 5.5 de l'article 20 dudit contrat, sans que ces dispositions indiquent ce que signifie la «période [...] d'assurance»; à ce sujet, le paragraphe 4.8 n'est pas plus précis («une seule fois tous les cinq ans»). Même le paragraphe 5.1, qui, pour les prothèses dentaires, prévoit une limitation «par période de deux années d'assurance, la première période se terminant au 31.12.1980» ne permet pas d'en déduire avec certitude le mode de calcul de la «période [...] d'assurance» au-delà de cette date pour tous les contrats individuels ayant débuté en cours d'année.

En l'absence de tout autre élément permettant de dégager le sens de cette expression, le Tribunal est contraint de s'en tenir à une interprétation littérale des termes utilisés dans le contrat. Dans la mesure où il s'agit de clauses destinées à l'usage des assurés, il y a lieu de déterminer comment ceux-ci devraient comprendre ces termes. Or, en l'absence de toute indication relative à un mode de calcul pratiqué par les assureurs et se référant aux années civiles, l'expression «période [...] d'assurance» doit se comprendre comme la période pendant laquelle l'intéressé a été assuré, c'est-à-dire à compter du jour où il a commencé à bénéficier de la couverture d'assurance.

Il en résulte que, pendant la période de deux ans à partir du 29 décembre 1999, l'épouse du requérant n'a bénéficié d'aucun remboursement et que la prétention litigieuse est fondée.

Le Tribunal tient à relever que l'Organisation se doit de lever toute ambiguïté quant à la portée du contrat collectif, soit en faisant connaître à ses agents la portée du présent jugement soit, au besoin, en modifiant les conditions d'assurance.

5. En ce qui concerne les frais d'examen médicaux de l'épouse du requérant, la décision attaquée se réfère à la recommandation de la Commission de recours, aux termes de laquelle il est juste, d'un point de vue juridique, de s'en tenir à l'avis du médecin-conseil de Van Breda. Selon ce dernier, les frais en question concernent un examen «cytologique» et non «histologique», de sorte qu'ils ne font pas l'objet d'un remboursement à 100 pour cent, mais seulement à 80 pour cent, en tant qu'«examens de laboratoire». L'Organisation relève qu'une contestation de cette opinion médicale devrait être soumise à la Commission d'invalidité en application de l'article 90 du Statut mais que, jusqu'à un avis contraire de cette commission, elle doit s'en tenir à l'avis exprimé par le médecin-conseil.

Si le requérant soutient avec une certaine logique que la cytologie (étude des cellules) fait partie de l'histologie (étude des tissus), il n'en demeure pas moins que la contestation porte sur un avis médical qui est du ressort de la

Commission d'invalidité. Il n'est du reste pas exclu que la terminologie médicale s'écarte du langage courant et que les spécialistes soient à même de trancher la question.

L'avis exprimé en l'espèce par l'Organisation échappe donc à la critique (voir à ce sujet, par exemple, le jugement 2249). Il y a toutefois lieu de relever qu'une solution différente pourrait encore intervenir s'il devait être établi que, médicalement, les examens litigieux doivent être qualifiés d'«histologiques» soit par la Commission d'invalidité, soit par Van Breda à la suite d'un complément d'information. Le Tribunal a noté que l'Organisation suggère à cet égard que le médecin de l'épouse du requérant «fourni[sse] au médecin-conseil de Van Breda des informations supplémentaires», dès lors que le présent litige paraît similaire à un litige antérieur concernant également l'épouse du requérant, pour lequel le complément d'information apporté avait finalement permis d'admettre un remboursement à 100 pour cent.

Sur ce point, la requête est mal fondée.

Par ces motifs,

#### DÉCIDE :

1. La décision attaquée est annulée en tant qu'elle concerne le remboursement forfaitaire d'une monture de lunettes.
2. La requête est rejetée pour le surplus.

Ainsi jugé, le 19 novembre 2003, 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 4 février 2004.

Michel Gentot

Jean-François Egli

Seydou Ba

Catherine Comtet