

111^e session

Jugement n° 3030

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la septième requête dirigée contre l'Organisation européenne des brevets (OEB), formée par M. A. R. le 13 mai 2009 et régularisée le 26 juin, la réponse de l'Organisation du 9 octobre, la réplique du requérant du 13 novembre 2009 et la duplique de l'OEB du 22 février 2010;

Vu l'article II, paragraphe 5, 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 occupe un poste de grade A4.

Le 14 juillet 2005, il se vit prescrire par son médecin un médicament d'une valeur de 99,99 euros, dont il réclama le jour même le remboursement au courtier d'assurances qui est chargé de la gestion courante du contrat collectif d'assurance conclu par l'OEB. Le 7 décembre, il fut avisé que ce remboursement était refusé en vertu des accords conclus entre les médecins-conseils de l'Office et du courtier d'assurances. Par lettre télécopiée du 21 décembre 2005, il demanda à ce dernier, notamment, de lui envoyer une copie de ces accords et de procéder au remboursement du médicament en question. Il estimait en

effet que les conditions de remboursement prévues à l'article 16 du contrat précité — avoir exposé des frais pour des «traitements médicaux prescrits par des personnes médicalement qualifiées et résultant d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse et d'un accouchement» — étaient remplies. Il réitéra ses demandes les 23 janvier et 10 février 2006.

Le 13 février 2006, le requérant envoya une lettre télécopiée au Président de l'Office, sollicitant le remboursement du médicament qui lui avait été prescrit et la publication des accords susmentionnés. Il précisait que, dans l'hypothèse où il ne serait pas fait droit à ces demandes, sa lettre devrait être considérée comme introduisant un recours interne. Après un échange de correspondance, la Commission de recours interne fut finalement saisie. Dans son avis du 12 février 2009, celle-ci recommanda à la majorité de rejeter le recours comme infondé. Par un courrier du 13 avril 2009, qui constitue la décision attaquée, le requérant fut informé que la Présidente de l'Office avait décidé de faire sienne cette recommandation.

B. Le requérant allègue qu'en refusant de rembourser des frais qu'il a exposés pour un traitement médical prescrit par une personne médicalement qualifiée, le courtier d'assurances a violé les dispositions de l'article 15 (*recte* 16) du contrat collectif d'assurance. En outre, il déplore que le courtier se soit retranché derrière «des raisonnements d'ordre administratif et de nature secrète» en invoquant de prétendus «accords secrets» conclus entre son médecin-conseil et celui de l'Office, et il dénonce l'ajout de clauses «de nature inconnue au[dit] contrat».

Il demande au Tribunal d'annuler la décision attaquée, d'ordonner le remboursement avec intérêts du médicament qui lui a été prescrit ainsi que la publication des «accords secrets» précités, d'invalider ces accords et de lui allouer une indemnité d'un montant de 1 000 euros. En outre, il réclame la tenue d'un débat oral.

C. Dans sa réponse, l'OEB explique que, lorsqu'il est saisi d'une demande de remboursement, le courtier d'assurances, en application de l'article 16 du contrat collectif d'assurance, doit examiner si le médicament a été prescrit, d'une part, par une personne médicalement qualifiée et, d'autre part, pour le traitement résultant d'une maladie, d'un

accident, d'une grossesse ou d'un accouchement. En outre, la circulaire n° 236 — intitulée «Remboursement des frais de maladie» — prévoit qu'«[i]l ne suffit [...] pas [...] que les frais aient été prescrits par des personnes médicalement qualifiées pour que le droit au remboursement soit [...] reconnu». En effet, il appartient au courtier de «vérifier si les frais présentés au remboursement relèvent bien de ceux couverts par le contrat d'assurance». Ainsi, si le requérant a certes bénéficié d'une prescription médicale, il n'a en revanche pas droit à un remboursement automatique. Sur ce point, l'Organisation indique que les médecins-conseils de l'Office et du courtier étant parvenus à un «consensus» sur la définition d'un médicament au sens du point 2 de l'alinéa b) de l'article 20 du contrat collectif d'assurance, le remboursement de certains produits pharmaceutiques — au nombre desquels figure le médicament prescrit au requérant — n'est possible que si l'assuré «présente une pathologie dûment documentée». À ce sujet, elle précise, en se fondant sur un courriel du 10 mars 2008, que le remboursement du médicament en question ne peut être effectué que si la personne concernée souffre de diabète ou de pathologies neurologiques. Or l'intéressé n'a pas démontré qu'il était atteint de l'une ou l'autre de ces maladies. La défenderesse souligne que, si ce dernier souhaite contester le refus qui lui a été opposé au motif que ses problèmes de santé lui permettent de prétendre au remboursement du médicament en cause, il lui incombe de demander la constitution d'une commission médicale, comme cela lui a d'ailleurs été suggéré dès le mois de mars 2006.

Par ailleurs, l'OEB fait valoir que la publication des accords conclus entre les médecins-conseils de l'Office et du courtier d'assurances ne se justifie pas dans la mesure où elle aurait pour effet d'empêcher toute évolution en fonction des avancées médicales.

Enfin, elle signale que la conclusion du requérant relative au paiement d'une indemnité d'un montant de 1 000 euros peut être interprétée comme une demande tendant à l'octroi de dommages-intérêts ou de dépens.

D. Dans sa réplique, le requérant affirme que, puisqu'il ressort d'un courrier envoyé par son médecin au courtier d'assurances en octobre

2005 que ses problèmes de santé sont la conséquence du stress qu'il subit sur son lieu de travail et de troubles psychologiques temporaires, il a droit au remboursement du médicament qui lui a été prescrit. Se référant au contenu du courriel du 10 mars 2008, il déclare que les «accords secrets» conclus par les médecins-conseils ne font pas apparaître que le remboursement de ce type de médicament est soumis à la condition que l'assuré souffre de diabète ou de pathologies neurologiques. À ses yeux, en introduisant des «restrictions additionnelles», l'OEB démontre sa mauvaise foi.

Le requérant indique que la somme dont il sollicite le remboursement devra porter intérêt au taux de 12 pour cent l'an et que celle de 1 000 euros réclamée dans sa requête est destinée à réparer le préjudice que lui a causé le comportement de l'OEB et du courtier d'assurances et à couvrir les dépens de l'instance. Il ajoute qu'un débat oral lui donnerait la possibilité de faire comparaître son médecin.

E. Dans sa duplique, l'Organisation maintient intégralement sa position. Elle reconnaît que le courriel du 10 mars 2008 ne précise pas les conditions de remboursement d'un médicament du type de celui qui a été prescrit au requérant et que c'est le médecin-conseil de l'Office qui les lui a communiquées. Selon elle, la demande de l'intéressé tendant à faire comparaître son médecin devant le Tribunal doit être rejetée au motif que c'est à une commission médicale qu'il appartient de trancher les questions de nature médicale. Sur ce point, elle fait observer qu'en saisissant cet organe le requérant aurait pu accélérer sensiblement la procédure.

CONSIDÈRE :

1. Le requérant est un fonctionnaire de l'Office européen des brevets. Le 14 juillet 2005, il demanda au courtier d'assurances le remboursement d'un médicament, d'un montant de 99,99 euros, qui lui avait été prescrit le même jour. Ce remboursement fut refusé en vertu d'accords conclus entre le médecin-conseil de l'Office et celui du courtier d'assurances. Ces accords ne lui ayant pas été communiqués,

le requérant adressa le 13 février 2006 au Président de l'Office une lettre télécopiée dans laquelle il demandait leur publication et le remboursement du médicament en question. Il précisait qu'en cas de refus sa lettre devrait être tenue pour un recours interne.

La Commission de recours interne ayant été saisie, elle recommanda, à la majorité de ses membres, le rejet du recours. Elle considérait que sa compétence se limitait à l'examen du fondement juridique de la décision prise par le courtier d'assurances et que la question de savoir si le médicament en cause était remboursable relevait en revanche de la seule compétence de la Commission médicale.

Le requérant fut avisé par un courrier du 13 avril 2009 que la Présidente de l'Office avait décidé de faire sienne la recommandation de la Commission de recours interne. Telle est la décision déferée devant le Tribunal de céans.

2. Le requérant demande la tenue d'un débat oral au cours duquel il pourrait faire comparaître le médecin qui lui a prescrit le médicament dont il réclame le remboursement. Cette demande doit être rejetée, le dossier contenant tous les éléments permettant au Tribunal de se prononcer objectivement sur les questions qui lui sont posées.

3. Le rejet de la demande de remboursement présentée par le requérant est fondé sur l'article 16 du contrat collectif d'assurance conclu par l'OEB et sur le point 2 de l'alinéa b) de l'article 20 du même contrat, qui ont la teneur suivante :

«Article 16

Objet de l'assurance

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

Article 20 Garanties assurées et montant des remboursements

- a) [...]
- b) Le remboursement des frais pour traitements médicaux est effectué dans les limites suivantes :
 - 1. [...]

2. Médicaments

Remboursement à 80% pour autant qu'ils soient prescrits par un médecin.»

La portée de ces dispositions a été précisée par la circulaire n° 236, adoptée le 22 novembre 1995, de laquelle il ressort que le remboursement d'un médicament n'est pas conditionné par le seul fait que celui-ci doit avoir été prescrit par une personne médicalement qualifiée, mais qu'il appartient aussi au courtier d'assurances, chargé de mettre en œuvre la couverture contre les risques de maladie et d'accident prévue à l'article 83 du Statut des fonctionnaires, de vérifier dans chaque cas «si les frais présentés au remboursement relèvent bien de ceux couverts par le contrat d'assurance». Il y est en outre spécifié qu'il incombe à la Commission médicale — avec laquelle l'assuré est tenu de coopérer — de trancher les litiges sur la nature du traitement médical suivi et sur la prise en charge ou non des frais correspondants.

4. Il sied tout d'abord de constater que le médecin-conseil de l'Office a indiqué, dans un courriel du 10 mars 2008, le contenu des accords conclus avec le médecin-conseil du courtier d'assurances au sujet des restrictions apportées au remboursement de certains médicaments. Le requérant ayant pris connaissance de ce courriel, annexé à la réponse de la défenderesse, au plus tard au cours de la présente procédure, il n'a plus d'intérêt actuel et personnel à ce que ces accords soient publiés. La conclusion présentée en ce sens dans sa requête est donc devenue sans objet.

5. Il résulte du courriel du 10 mars 2008 que les accords susmentionnés portent sur une liste de quatre catégories de produits pharmaceutiques et il est admis que le médicament dont le requérant demande le remboursement entre dans l'une de ces catégories. Il résulte également du courriel en question que les médicaments relevant desdites catégories ne sont pris en charge par l'assurance maladie que s'ils ont été prescrits pour soigner une «pathologie documentée».

Se référant à un «consensus» auquel seraient parvenus le médecin-conseil de l'Office et celui du courtier d'assurances quant à la définition d'un médicament au sens du point 2 de l'alinéa b) de

l'article 20 du contrat collectif d'assurance, la défenderesse affirme dans sa réponse que le médicament prescrit à l'intéressé ne serait remboursable qu'en cas de diabète ou de pathologies neurologiques. Aucune pièce du dossier n'attestant l'existence d'un tel consensus, il y a lieu de s'en tenir au courriel précité qui ne fait nullement état de cette condition; il tend manifestement à mettre l'accent sur le devoir particulier qu'a le courtier de procéder à une vérification plus poussée des buts de la prescription de certains produits pharmaceutiques souvent utilisés comme simples médicaments de confort et dont l'efficacité médicale n'est pas toujours évidente.

6. Selon les dispositions applicables, la première condition pour que le remboursement d'un médicament soit effectué est que celui-ci ait été prescrit par une personne médicalement qualifiée. La défenderesse ne conteste pas que tel soit le cas du médecin, auteur de l'ordonnance dont se prévaut le requérant.

7. La seconde condition est que le médicament en question doit avoir été prescrit pour le traitement résultant d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement. En l'occurrence, la seule question à résoudre est par conséquent celle de savoir si, dans le cas du requérant, le médicament a été prescrit pour traiter une maladie. Le médecin de l'intéressé a exposé, dans un courriel que le courtier d'assurances a reçu le 17 octobre 2005, les raisons qui l'ont conduit à prescrire ce médicament. Il y est fait état d'une pathologie sous-jacente, liée à un stress professionnel sévère, et d'un pronostic excellent à court terme moyennant le traitement prescrit.

On se trouve donc en présence d'un «litige sur la nature du traitement médical suivi» au sens de la circulaire n° 236, dont la résolution entre dans la compétence de la Commission médicale. C'est du reste ce qu'a toujours soutenu l'Organisation défenderesse. Mais il appartenait à celle-ci, plutôt que de se borner à suggérer au requérant de s'adresser à cette commission, de saisir elle-même cette dernière et d'inviter l'intéressé à coopérer.

8. La requête doit être admise sans qu'il y ait lieu ni de se prononcer sur les autres arguments des parties ni d'entrer en matière sur les conclusions de la requête qui, tendant au remboursement avec intérêts du montant du médicament prescrit au requérant, sont prématurées. Il appartiendra à la défenderesse de constituer sans retard supplémentaire la Commission médicale conformément à la circulaire n° 236.

9. Dans la requête, il a été demandé une indemnité de 1 000 euros. L'OEB ayant, dans sa réponse, relevé que cette demande pouvait avoir trait aux dépens comme aux dommages subis, le requérant a déclaré, dans sa réplique, que l'indemnité en question tendait à couvrir tant les frais de procédure qu'il a exposés que les préjudices qui lui ont été causés par le comportement de la défenderesse et du courtier d'assurances. Au regard de l'ensemble des circonstances de l'espèce, le Tribunal estime qu'il n'y a lieu d'allouer à l'intéressé ni indemnité à titre de dommages-intérêts ni dépens.

Par ces motifs,

DÉCIDE :

1. La décision du 13 avril 2009 est annulée et l'affaire renvoyée à l'OEB pour qu'elle procède comme indiqué aux considérants 7 et 8 ci-dessus.
2. La requête est rejetée pour le surplus.

Ainsi jugé, le 12 mai 2011, par M. Seydou Ba, Vice-Président du Tribunal, M. Claude Rouiller, Juge, et M. Patrick Frydman, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Catherine Comtet, Greffière.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 6 juillet 2011.

SEYDOU BA
CLAUDE ROUILLER
PATRICK FRYDMAN
CATHERINE COMTET