

SOIXANTE-CINQUIEME SESSION

Affaire BOLAND (No 3)

Jugement No 924

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la troisième requête dirigée contre l'Organisation européenne pour la sécurité de la navigation aérienne (Agence Eurocontrol), formée par M. Pierre Boland le 8 mars 1988 et régularisée le 12 avril, la réponse d'Eurocontrol en date du 7 juillet, la réplique du requérant du 1er août et la duplique d'Eurocontrol datée du 28 septembre 1988;

Vu les articles II, paragraphe 5, et VII, paragraphe 3, du Statut du Tribunal, les articles 72 et 92 du Statut administratif du personnel permanent de l'Agence et le Règlement No 10 relatif à la couverture des risques de maladie et d'accident;

Après avoir examiné le dossier et rejeté la demande de procédure orale formulée par le requérant;

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

A. Comme il est indiqué au paragraphe A du jugement No 923 relatif à la première requête du requérant, tout fonctionnaire de l'Agence et les personnes qu'il a à sa charge sont couverts contre les risques de maladie en vertu de l'article 72 du Statut administratif du personnel permanent, selon le régime d'assurance-maladie prévu au Règlement No 10.

L'article 2(2) du Règlement No 10 prévoit que le conjoint est assuré pour autant que, au cas où il exerce une activité professionnelle lucrative, "il soit couvert par un régime d'assurance-maladie public et que son activité professionnelle ne donne pas lieu à des revenus supérieurs" à un montant déterminé, avant déduction de l'impôt. L'article 3(1) dispose que "lorsqu'un affilié ou une personne assurée de son chef peut prétendre à des remboursements de frais au titre d'une assurance-maladie obligatoire, l'affilié est tenu : ... b) de demander ou, le cas échéant, de faire demander par priorité, le remboursement garanti par l'autre régime". Selon l'article 3(2), toute somme remboursée au titre de l'autre régime est déduite du montant à rembourser par Eurocontrol.

L'épouse du requérant est affiliée à un régime d'assurance-maladie public au Luxembourg et, à l'époque considérée, son revenu ne dépassait pas le montant déterminé susmentionné. D'avril à novembre 1985, elle dut déboursier 11.376 francs belges pour des soins médicaux et un traitement dentaire en Belgique. Le 14 janvier 1986, le requérant réclama le remboursement de la totalité des frais à Eurocontrol. Dans une note datée du 10 mars 1986, le directeur du personnel et des finances, qui est chargé d'administrer la caisse, releva que Mme Boland n'avait pas observé le règlement de la caisse maladie luxembourgeoise et que, par conséquent, Eurocontrol ne rembourserait pas le montant que la caisse lui aurait versé le cas échéant. Dans une note interne du 11 avril adressée au directeur, le requérant contesta que sa femme n'avait pas observé le règlement de la caisse maladie luxembourgeoise, que, selon lui, le directeur avait mal interprété : bien qu'elle eût sollicité, en date du 28 mai 1985, l'assentiment préalable de la caisse au sujet du traitement à suivre, elle s'était heurtée à un refus pour la raison qu'elle avait choisi de se faire traiter dans un autre pays et que, dans ces conditions, elle ne pouvait prétendre à aucun remboursement au titre du régime luxembourgeois. Par une lettre datée du 17 octobre 1986, la caisse maladie luxembourgeoise informa Mme Boland qu'elle confirmait son refus d'accepter sa demande datée du 28 mai, en exposant les raisons motivant sa décision. Le 16 mars 1987, le requérant fit parvenir au Directeur général une "demande" aux termes de l'article 92(1) du Statut administratif du personnel permanent, l'invitant à prendre une décision au sujet de sa demande de remboursement de la totalité des frais exposés pour le traitement suivi par sa femme. N'ayant pas reçu de réponse, il introduisit, par lettre adressée au Directeur général en date du 12 octobre 1987, une "réclamation" aux termes de l'article 92(2) contre la décision implicite de rejet de sa demande. N'ayant toujours pas reçu de réponse, il attaque la décision implicite de rejet de sa "réclamation" interne.

B. Le requérant accuse le régime d'assurance-maladie d'Eurocontrol de faire obstruction à la justice et d'agir de mauvaise foi. Le fait que sa femme n'avait aucune chance de se voir rembourser, au titre du régime luxembourgeois, une partie des frais de traitement en Belgique est corroboré par une note que le responsable de la caisse maladie d'Eurocontrol à Luxembourg adressa au bureau de Bruxelles en date du 27 octobre 1986, spécifiant que les dispositions réglementaires de l'assurance-maladie luxembourgeoise avaient bel et bien été respectées.

Le requérant demande au Tribunal de joindre sa première et sa troisième requêtes. Il réclame le remboursement de la totalité des frais de traitement, conformément aux règles et aux taux applicables, ainsi que ses dépens.

C. Eurocontrol répond que la requête est tardive. Selon l'article 92(2) du Statut administratif, toute "réclamation dirigée contre un acte lui faisant grief" doit être introduite par le fonctionnaire au plus tard dans un délai de trois mois. L'acte "faisant grief" au requérant était le refus de payer la partie des frais que le régime d'assurance luxembourgeois aurait dû rembourser, refus qui lui a été signifié par le directeur du personnel et des finances dans sa note du 10 mars 1986. C'était sa propre note interne du 11 avril 1986 adressée au directeur qui était sa "réclamation" aux termes de l'article 92(2). Le Directeur général n'ayant pas "notifié sa décision motivée dans un délai de quatre mois" à partir de cette date, il y avait, au 12 août 1986, décision implicite de rejet aux termes de l'article 92(2), et le requérant aurait dû alors saisir le Tribunal de la question dans le délai de trois mois prévu à l'article VII(3) du Statut du Tribunal. Ni sa communication du 16 mars 1987 au Directeur général, ni sa prétendue "réclamation" du 12 octobre 1987 ne font courir de nouveaux délais.

Eurocontrol fait valoir à titre subsidiaire que la requête n'est pas fondée. Conformément aux articles 3(1) b) et (2) du Règlement No 10, elle a accepté de payer la différence entre la somme due aux termes dudit Règlement et le montant de moindre importance que le régime luxembourgeois aurait remboursé si Mme Boland en avait respecté les règles en vigueur. Avant de réclamer pour sa femme le remboursement par Eurocontrol, le requérant aurait dû s'assurer que sa femme avait réclamé tout ce qui lui était dû au titre de son assurance personnelle ou, sinon, démontrer qu'elle ne pouvait pas réclamer quoi que ce fût. Bien que son assurance ait refusé d'accueillir sa demande, ce qui compte ce sont les raisons de ce refus. En fait, Mme Boland n'a pas respecté la loi luxembourgeoise sur les assurances sociales qui prévoit que tout traitement dans un autre pays requiert le consentement préalable de l'assurance, sur proposition du médecin. Mme Boland n'a pas produit d'ordonnance médicale à l'appui de sa demande auprès de la caisse luxembourgeoise.

Eurocontrol est opposée à la jonction de la présente requête avec la première.

D. Dans sa réplique, le requérant maintient que sa requête est recevable. Sa note interne du 11 avril 1986, qui n'a pas été qualifiée de "réclamation" au sens de l'article 92(2), ne peut pas être traitée comme telle. Une "réclamation" doit être adressée à l'autorité investie du pouvoir de nomination - soit le Directeur général - alors que la note fut adressée au directeur du personnel et des finances. Il ressortait nettement de la réaction du directeur que la question pouvait être réexaminée. De plus, si la note du 11 avril 1986 avait été considérée à l'époque comme une "réclamation", le Directeur général aurait consulté la Commission de gestion à ce sujet, comme il est prévu à l'article 25 ter du Règlement No 10, ce qu'il n'a pas fait. De plus, la lettre du 17 octobre 1986 dans laquelle la caisse maladie luxembourgeoise indiquait la raison de son refus de payer constituait un fait nouveau qui justifiait une nouvelle demande à Eurocontrol. La vraie "réclamation" du requérant au sens de l'article 92(2) est sa lettre au Directeur général datée du 12 octobre 1987.

Sur le fond, le requérant affirme que le régime luxembourgeois ne rembourse pas les frais si l'assuré choisit de se faire traiter à l'étranger. Sa femme, étant assurée au titre du régime de l'Agence, est libre de se faire traiter où elle veut, et sa liberté en la matière ne saurait être limitée par des restrictions imposées à ses droits au titre d'un autre régime. Le système adopté par Eurocontrol peut donner naissance à une inégalité de traitement entre ses affiliés.

Le requérant maintient ses conclusions et réclame 100.000 francs luxembourgeois à titre de dépens.

E. Dans sa duplique, Eurocontrol relève que le requérant ne lui a jamais indiqué le montant que la caisse maladie luxembourgeoise pouvait avoir versé à sa femme. Ce n'est qu'au dernier moment, à savoir le 28 mai 1985, que Mme Boland soumit à ladite caisse la demande d'autorisation d'assumer en Belgique les frais d'un traitement médical, qui commença déjà le 31 mai.

L'Organisation développe ses arguments sur la recevabilité de la requête et ses arguments à titre subsidiaire sur le fond.

CONSIDERE :

1. Le requérant, assistant principal de grade B.1 de l'Organisation européenne pour la sécurité de la navigation aérienne (Eurocontrol), de nationalité belge, affecté à l'Institut de la navigation aérienne établi à Luxembourg, se trouve en litige avec l'administration au sujet du remboursement, par la caisse maladie de l'Organisation, de soins

médicaux recherchés par son épouse auprès d'un praticien établi en Belgique.

Sur le cadre juridique du litige

2. Aux termes de l'article 72 du Statut administratif du personnel d'Eurocontrol, les fonctionnaires de l'Organisation sont couverts, conformément aux dispositions d'un règlement du Directeur général, contre les risques de maladie. Cette couverture s'étend au conjoint.

3. La mise en oeuvre de ces dispositions fait l'objet du Règlement No 10 relatif à la couverture des risques de maladie et d'accident, dont l'article premier confie la gestion de ce régime à un organe dénommé "caisse maladie".

4. Aux termes de l'article 2, paragraphe 2, de ce règlement, le conjoint de l'affilié bénéficie du régime assurance-maladie de l'Organisation, pour autant qu'il n'y est pas affilié de son propre chef, à la condition, soit qu'il n'exerce pas d'activité professionnelle lucrative, soit, au cas où il exerce une telle activité, que son revenu annuel ne dépasse pas un plafond déterminé (fixé à l'époque du litige à 933.032 francs belges) et qu'il soit, en raison de ce revenu, affilié à un régime d'assurance-maladie public.

5. Aux termes de l'article 3, toute personne couverte par le régime d'assurance-maladie de l'Organisation, affiliée à un régime national d'assurance-maladie obligatoire, doit demander par priorité le remboursement garanti par ce dernier régime. Dans ce cas, l'Organisation ne verse que la différence résultant de la comparaison entre les prestations des deux régimes (régime dit de "complémentarité").

6. Enfin, il est à noter qu'aux termes de l'article 5, paragraphe 1, du Règlement, "les bénéficiaires du présent régime ont le libre choix du médecin et des établissements de soins".

Sur les antécédents du litige et sur la recevabilité du recours

7. Il résulte du dossier que l'épouse du requérant exerce au Luxembourg une activité professionnelle en vertu de laquelle elle est légalement affiliée à la Caisse de maladie des employés privés (CMEP). Son revenu professionnel étant inférieur au plafond fixé par les règles de l'Organisation, elle jouit du régime dit de "complémentarité".

8. Désireuse de rechercher des soins en Belgique, elle a adressé le 28 mai 1985 une demande de prise en charge à la caisse luxembourgeoise. Le traitement a été effectué entre le 31 mai et le 26 novembre 1985. A la fin du traitement, Mme Boland a remis le dossier du traitement à la CMEP en vue d'obtenir le remboursement de ses frais, au montant de 11.376 francs belges. La caisse luxembourgeoise ayant refusé le remboursement des frais, du fait qu'ils avaient été exposés à l'étranger, M. Boland a soumis, le 14 janvier 1986, une demande de remboursement à la caisse maladie d'Eurocontrol qui, à son tour, a fait comprendre au requérant, par une lettre du 10 mars suivant, qu'elle refuserait d'accepter le dossier mais qu'elle ne se soustrairait pas à son obligation de complémentarité.

9. A la suite de ce double refus, le requérant s'est engagé dans une discussion prolongée avec, d'une part, la caisse maladie d'Eurocontrol et, d'autre part, la caisse luxembourgeoise. Il apparaît du dossier, compte tenu de l'attitude négative des deux caisses, que les données du litige n'ont été établies avec certitude qu'à partir du 17 octobre 1986, date à laquelle la caisse luxembourgeoise a communiqué à Mme Boland une décision motivée fixant définitivement sa position. C'est à la suite de cette décision que M. Boland a demandé aussitôt à la caisse maladie d'Eurocontrol, le 27 octobre 1986, de reconsidérer le dossier du remboursement.

10. Restant sans réponse, M. Boland a adressé au Directeur général de l'Agence, le 16 mars 1987, en vertu de l'article 92, paragraphe 1, du Statut, une demande formelle, attirant l'attention de l'administration sur la question du libre choix du médecin et sollicitant le remboursement des frais litigieux.

11. Cette demande n'ayant pas eu de réponse, il a formulé, par lettre du 12 octobre 1987, une réclamation en vertu de l'article 92, paragraphe 2, du Statut. Celle-ci étant à son tour restée sans réponse, il a introduit sa requête auprès du Tribunal le 8 mars 1988.

12. A titre principal, Eurocontrol conteste la recevabilité du recours en raison du non-respect, par le requérant, des délais de recours. Considérant que sa lettre du 10 mars 1986 - seule prise de position de sa part dans la procédure précontentieuse - constitue l'"acte faisant grief" au sens de l'article 92 du Statut. En calculant à partir de ce point de départ les délais de réclamation et de requête, elle fixe au 13 novembre 1986 l'expiration du délai de requête.

13. Cette façon de voir ne saurait être retenue. Compte tenu du fait que les obligations de la caisse maladie de l'Organisation étaient conditionnées par une décision préalable de la caisse luxembourgeoise, aucun délai ne pouvait courir à l'encontre du requérant avant la prise de position définitive de celle-ci, intervenue seulement le 17 octobre 1986. L'Organisation ayant à cette époque observé un mutisme total à l'égard du requérant, qui a fait toutes les diligences nécessaires en lui demandant de reprendre l'examen du dossier en souffrance, elle est mal venue de soulever une exception d'irrecevabilité.

Sur le fond

14. Le requérant fait valoir en substance, dans ses réclamations successives et dans les documents de la procédure contentieuse, que son épouse a fait tous les efforts possibles en vue d'obtenir le remboursement des prestations litigieuses par la caisse luxembourgeoise, mais que ces efforts étaient voués à l'échec, étant donné que les règles de cette caisse sont conçues de manière à exclure d'avance le libre choix du médecin en dehors du territoire du Grand-Duché, notamment par l'exigence d'une recommandation émanant d'un médecin traitant résidant sur le territoire national. Cette position ayant été confirmée par une décision motivée et définitive de la caisse luxembourgeoise, le requérant demande que la caisse maladie d'Eurocontrol assume le remboursement des frais encourus selon ses propres normes, dans le respect du droit au libre choix du médecin tel qu'il est défini par l'article 5 du Règlement No 10.

15. Il conclut donc à ce que le Tribunal :

a) ordonne à la caisse maladie d'Eurocontrol de traiter le dossier des frais médicaux exposés par l'épouse du requérant et de les rembourser conformément au règlement et selon les taux en vigueur,

b) condamne l'Organisation aux frais et dépens de l'instance, estimés à 100.000 francs luxembourgeois.

16. L'Organisation se défend en faisant valoir que l'article 3 du Règlement No 10 oblige le conjoint à épuiser en priorité ses droits auprès de l'organisme auquel il est affilié en raison de son activité professionnelle. Or, l'épouse du requérant ne se serait pas conformée à la procédure prescrite par la caisse luxembourgeoise, du fait qu'elle n'aurait pas joint à sa demande d'entente préalable le certificat d'un médecin traitant local, recommandant un traitement à l'étranger. Quant à la question du "libre choix" soulevée par le requérant, elle serait étrangère au fond de l'affaire.

17. En réponse à cette argumentation, il y a lieu de relever qu'aux termes de l'article 3, paragraphe 1, lettre b) du Règlement No 10, au cas où une personne couverte par le régime d'assurance-maladie de l'Organisation peut prétendre à des remboursements de frais au titre d'une assurance-maladie obligatoire, elle est tenue "de demander ... par priorité, le remboursement garanti par l'autre régime". En l'occurrence, cette demande a été faite, mais elle s'est heurtée à une fin de non-recevoir en raison de ce que la caisse luxembourgeoise subordonne la prise en charge à des conditions incompatibles avec le libre choix du médecin, tel qu'il est garanti par l'article 5 du Règlement No 10 d'Eurocontrol à tous les "bénéficiaires" du régime d'assurance-maladie, c'est-à-dire, selon l'article 2 du même règlement, non seulement aux "affiliés", mais encore aux "personnes assurées de leur chef", y compris le conjoint qui se trouve dans l'une des conditions précisées par le paragraphe 2 du même article.

18. Il en résulte que l'Organisation avait l'obligation, en vertu de son devoir de complémentarité, d'assumer intégralement, selon ses propres règles de remboursement, les frais encourus en Belgique par l'épouse du requérant.

19. Par conséquent, la décision de rejet résultant de la carence de l'administration doit être annulée et l'affaire doit être renvoyée à l'Organisation en vue d'une nouvelle décision sur le remboursement des frais encourus en Belgique par Mme Boland, dans le respect du droit au libre choix du médecin garanti par le Règlement No 10.

20. Le requérant ayant obtenu gain de cause, il y a lieu de lui accorder la somme de 100.000 francs luxembourgeois au titre de dépens, conformément à sa demande.

Par ces motifs,

DECIDE :

1. La décision implicite de refus, par la caisse maladie d'Eurocontrol, de traiter le dossier des frais médicaux exposés en Belgique par l'épouse du requérant et de les rembourser selon les règles de l'Organisation est annulée.

2. L'affaire est renvoyée à l'Organisation pour nouvelle décision.

3. L'Organisation versera au requérant la somme de 100.000 francs luxembourgeois à titre de dépens.

Ainsi jugé par M. Jacques Ducoux, Président du Tribunal, Mme Mella Carroll, Juge, et M. Pierre Pescatore, Juge suppléant, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Allan Gardner, Greffier.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 8 décembre 1988.

Jacques Ducoux

Mella Carroll

P. Pescatore

A.B. Gardner