

## SOIXANTE-CINQUIEME SESSION

### Affaire BOLAND (No 4)

#### Jugement No 925

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la quatrième requête dirigée contre l'Organisation européenne pour la sécurité de la navigation aérienne (Agence Eurocontrol), formée par M. Pierre Boland le 24 mai 1988, la réponse de l'Organisation en date du 19 juillet, la réplique du requérant du 8 septembre, corrigée le 12 septembre, et la duplique de l'Organisation datée du 13 octobre 1988;

Vu l'article II, paragraphe 5, du Statut du Tribunal, l'article 92, paragraphe 2, 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. A la suite d'une demande de remboursement de certains frais médicaux concernant ses deux filles, Anne et Laurence, adressée à la Caisse maladie d'Eurocontrol le 9 novembre 1987, le requérant reçut un décompte de liquidation daté du 25 novembre 1987. Ce document qualifiait de "consultations omnipraticien", et attestait leur remboursement en tant que telles, deux actes médicaux, facturés 400 francs français chacun, qui étaient désignés dans les attestations des soins fournis sous le nom d'"examen". Le 18 janvier 1988, le requérant présenta une réclamation, en vertu de l'article 92, paragraphe 2, du Statut administratif, demandant notamment le remboursement du coût des deux actes médicaux selon le taux en vigueur pour des examens, soit 80 pour cent, au lieu du taux inférieur applicable aux consultations d'"omnipraticien". La Caisse n'ayant pas donné suite à sa réclamation, le requérant attaque la décision implicite de rejet.

B. Le requérant soutient que la Caisse a commis l'erreur de modifier, unilatéralement et sans explication, la dénomination des prestations d'un médecin spécialiste. En outre, elle a violé l'article 25 du Règlement No 10 relatif à la couverture des risques de maladie et d'accident, disposition qui l'oblige, en pareil cas, à demander l'avis de la Commission de gestion de la Caisse.

Il prie le Tribunal d'ordonner à la Caisse le remboursement des deux actes médicaux selon le taux en vigueur pour les examens, de condamner Eurocontrol à lui payer au moins 100.000 francs luxembourgeois à titre de dommages et intérêts "pour procédure précontentieuse vexatoire et frustratoire" ainsi que ses dépens, et d'ordonner la jonction de la présente requête avec ses première et troisième requêtes.

C. Dans sa réponse, la défenderesse soutient que la conclusion tendant à l'octroi de dommages et intérêts "pour procédure précontentieuse vexatoire et frustratoire" n'est pas recevable parce que le requérant l'a présentée pour la première fois dans sa requête.

Sur le fond, Eurocontrol fait valoir que la liquidation des droits du requérant est conforme au Règlement No 10. En effet, les deux actes médicaux ont été qualifiés par le médecin du requérant d'"examen" sans aucune précision. Or cette désignation ne correspond pas à l'énumération limitative, figurant à l'article 16 du Règlement No 10, des actes médicaux remboursés à 80 pour cent. Ni le requérant, ni son médecin, à qui Eurocontrol a adressé une lettre à ce sujet, n'ont d'ailleurs apporté de précisions sur la nature des deux actes médicaux.

Enfin, Eurocontrol s'oppose à la jonction des première, troisième et quatrième requêtes de M. Boland.

D. Dans sa réplique, le requérant fait valoir que sa conclusion tendant à obtenir des dommages et intérêts est recevable car, s'il ne l'a pas formulée dans sa réclamation, c'est dans l'espoir de parvenir à un règlement à l'amiable de tous les litiges l'opposant à l'Organisation.

Sur le fond, il relève qu'il existe une rubrique "examens divers", remboursés à 80 pour cent, dans la nomenclature utilisée sur les décomptes de la Caisse. Il développe son argumentation en faisant remarquer que les façons d'agir

d'Eurocontrol sont contraires à la bonne administration. Il prétend notamment qu'il n'a jamais eu connaissance de la lettre adressée par Eurocontrol à son médecin. Celui-ci lui a fourni depuis une attestation, que le requérant annexe à son mémoire, précisant la nature des examens en question comme relevant de la catégorie K 10 selon la nomenclature française. Il maintient ses conclusions.

E. Dans sa duplique, Eurocontrol explique que, même si le code "examens divers" est une rubrique générale regroupant, pour des besoins comptables, plusieurs types d'examens, l'affilié est tenu de fournir des renseignements sur la nature des examens dont il demande le remboursement. A ce sujet, la défenderesse indique que le médecin-conseil de la Caisse a obtenu des précisions auprès du médecin du requérant, et a ainsi déterminé que les actes médicaux en cause constituaient une consultation. Quant à l'attestation annexée par le requérant à sa réplique, elle fait observer qu'il aurait été souhaitable que ces indications aient été fournies plus tôt à la Caisse.

#### CONSIDERE :

1. Le requérant, assistant principal de grade B1 de l'Organisation européenne pour la sécurité de la navigation aérienne (Eurocontrol), 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 de médecine générale donnés à ses filles, Anne et Laurence.
2. Il résulte du dossier que les deux enfants ont reçu à Paris des prestations de médecine générale facturées par le médecin traitant au prix de 400 francs français chacune. Ces prestations ont été qualifiées par la Caisse comme "consultations omnipraticien" et remboursées au taux plafonné de 535 francs belges, soit au total 1.070 francs belges, laissant à charge de l'assuré le surplus, à savoir la somme de 3.897 francs belges.
3. Le requérant a introduit le 18 janvier 1988 une réclamation contre cette décision en faisant valoir que ces prestations, désignées sur les notes d'honoraires comme "examens", auraient dû être remboursées en tant que tels, c'est-à-dire au taux de 80 pour cent des montants facturés.
4. N'ayant pas reçu de réponse à cette réclamation, le requérant a introduit la présente requête auprès du Tribunal le 24 mai 1988, dans laquelle il se plaint d'un "abus de droit caractérisé", de la "léthargie" et du "silence coupable" de l'administration d'Eurocontrol. Dans ses conclusions, il demande au Tribunal :
  - a) d'ordonner à la Caisse maladie de qualifier les prestations inscrites sur le décompte litigieux comme "examen" et d'en effectuer le remboursement selon les taux en vigueur pour ce type de prestations;
  - b) de condamner l'Organisation aux frais et dépens de l'instance;
  - c) d'ordonner la jonction de cette requête avec ses première et troisième requêtes;
  - d) de condamner l'Organisation au paiement de la somme de 100.000 francs luxembourgeois, ou même plus, pour "procédure précontentieuse vexatoire et frustratoire".
5. Dans sa défense, Eurocontrol conteste la recevabilité de la demande visant à l'obtention d'une indemnité pour "procédure précontentieuse vexatoire et frustratoire", en ce qu'elle serait présentée pour la première fois dans la demande adressée au Tribunal. L'Organisation s'oppose également à la demande de jonction, qui ne satisferait pas aux conditions résultant de la jurisprudence du Tribunal, en ce que celle-ci exige que les requêtes, pour pouvoir être jointes, doivent être fondées sur les mêmes faits et tendre au même résultat (jugements Nos 656 et 657, du 28 mars 1985, et 663, du 19 juin 1985).
6. Quant au fond, l'Organisation expose que les notes d'honoraires présentées par M. Boland portent, pour toute indication, la mention "examen", qui ne correspond à aucune rubrique de la réglementation applicable et qu'elle les a classées par conséquent dans la catégorie la plus générale, soit la "consultation omnipraticien", remboursée au taux de 535 francs belges.
7. Dans sa réplique, le requérant fait valoir que la rubrique "examen divers" existe bien dans la nomenclature de la Caisse, apportant comme preuve un extrait de son décompte personnel du 13 août 1987, qui fait état d'"examens divers" remboursés à 80 pour cent. Il fournit également une lettre du médecin en cause, attestant que les prestations fournies correspondraient à la prestation "K 10" de la réglementation française.

8. Dans sa duplique, l'Organisation reconnaît qu'il existe effectivement un code "Examens divers" dans la nomenclature utilisée pour les décomptes de la Caisse maladie; toutefois, cette classification suppose que la nature exacte des examens effectués soit spécifiée dans les pièces soumises à la Caisse, ce qui ne serait pas le cas des notes produites par le requérant. Il résulte en outre de la duplique que le médecin-conseil de l'Organisation s'est à son tour adressé au praticien en cause, qui lui a fourni, sous le couvert du secret médical, le détail des prestations effectivement fournies. Ces indications auraient montré qu'il s'agissait bien d'une consultation, étant entendu que celle-ci, selon l'article 15 de la nomenclature française, englobe, en dehors de l'examen clinique du malade, l'application des moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante ainsi que les petits actes techniques appropriés. Le traitement accordé aux enfants de M. Boland n'aurait pas dépassé ce cadre. L'Organisation relève à ce propos le comportement contradictoire du praticien en cause qui, après avoir délivré d'abord une facture faisant état d'un "examen", a certifié ensuite au requérant avoir pratiqué une prestation de la catégorie K 10 (définie comme étant des "actes de chirurgie et de spécialité") pour donner, en fin de compte, une description rentrant dans le cadre de la "consultation".

Sur les questions préalables

9. La demande de jonction formulée par le requérant doit être rejetée. S'il est vrai que les première, troisième et quatrième requêtes concernent toutes des litiges entre le requérant et la Caisse maladie, il n'en reste pas moins que chacune soulève des questions de fait et de droit différentes. Les conditions d'une jonction ne sont donc pas remplies.

10. Quant à l'exception d'irrecevabilité soulevée par l'Organisation à l'encontre de la demande visant au versement d'une indemnité pour "procédure précontentieuse vexatoire et frustratoire", elle se rattache en réalité au règlement des dépens et sera donc traitée à la suite du fond.

Sur le fond

11. Ainsi que l'Organisation l'a exposé avec raison, il incombe aux bénéficiaires du régime d'assurance-maladie d'apporter à la Caisse, à l'appui de toute demande de remboursement, des pièces justificatives suffisamment explicites pour permettre à l'administration d'établir la nature de la prestation et sa classification selon les tarifs de remboursement en vigueur. Ce devoir a été rappelé aux fonctionnaires par la circulaire du 16 juin 1981 et la note de service No 17/82, du 30 juillet 1982, auxquelles il est fait référence dans le jugement No 923 relatif à la première requête opposant M. Boland à Eurocontrol. Ce devoir est impérieux dans le cadre d'une réglementation qui assure aux fonctionnaires d'Eurocontrol le libre choix du médecin, soit à leur lieu de résidence, soit dans tout autre pays (voir le jugement No 924 concernant la deuxième requête de M. Boland), ce qui place l'administration devant la nécessité d'apprécier des pièces médicales provenant de systèmes sanitaires et de régimes de sécurité sociale très divers. Il faut déduire de ce qui précède qu'en l'absence d'indications suffisamment précises, la Caisse est en droit soit de refuser tout remboursement, soit de classer un acte médical insuffisamment spécifié dans la catégorie la plus courante.

12. Les factures présentées par le requérant, au montant de 400 francs français chacune, établies sur formulaires de la sécurité sociale française et émanant d'un médecin établi dans le seizième arrondissement de la ville de Paris, portent pour toute indication la seule mention "examen".

13. Dans ces conditions, il y a lieu de dire que l'administration a été amplement fondée, en présence de factures ne portant rien d'autre qu'une notion générique, sémantiquement insignifiante, à classer l'acte médical en cause dans la catégorie la plus courante, comme "consultation omnipraticien", en appliquant le taux de remboursement valable pour ce type de prestation. Les variations ultérieures du médecin du requérant, bien qu'elles soient sans pertinence pour la solution du litige, ont confirmé la justesse de cette appréciation initiale.

14. Il en découle que la requête doit être rejetée, ainsi que la demande visant à obtenir une compensation pour les dépens occasionnés par le litige. Dans ces conditions, il n'est pas nécessaire de statuer sur la recevabilité de la demande visant à obtenir une indemnité pour "procédure précontentieuse vexatoire et frustratoire". Il échoit toutefois de faire remarquer au requérant qu'il est lui-même responsable dans ce cas d'une éventuelle lenteur de l'administration dans le traitement de sa demande de remboursement, compte tenu du caractère manifestement insuffisant de la pièce médicale qu'il a produite à l'appui de cette demande.

Par ces motifs,

DECIDE :

La requête est rejetée.

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

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