

QUATRE-VINGT-QUINZIÈME SESSION

Jugement n° 2249

Le Tribunal administratif,

Vu la seizième requête dirigée contre l'Organisation européenne des brevets (OEB), formée par M^{me} J. M.-E. le 2 février 2002 et régularisée le 15 février, la réponse de l'OEB du 6 mai, la réplique de la requérante du 22 juillet, la duplique de l'Organisation du 4 octobre, la déclaration supplémentaire de la requérante du 11 novembre 2002 et les observations de l'OEB sur cette déclaration du 4 février 2003;

Vu l'article II, paragraphe 5, du Statut du Tribunal;

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

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

A. Certains des faits relatifs à la présente affaire sont exposés dans les jugements 1829, 1894, 1951, 2045, 2046 et 2047 concernant les première, quatrième, cinquième, sixième, septième, neuvième, douzième et treizième requêtes soumises par la requérante.

Le 3 août 2000, celle-ci a adressé une demande de remboursement de frais médicaux au courtier d'assurances Van Breda chargé de la gestion courante du contrat collectif d'assurance conclu par l'OEB. N'ayant reçu ni remboursement ni aucune autre communication de Van Breda dans les délais prévus à l'article 23 de ce contrat, la requérante a demandé par écrit, le 5 septembre, le remboursement de ces frais au Président de l'Office. Au cas où ce dernier n'aurait pas été en mesure de donner suite à sa demande, elle demandait que celle-ci soit considérée comme un recours interne.

Le 7 septembre, Van Breda a écrit à la requérante pour lui réclamer les résultats des examens de laboratoire corroborant les diagnostics portés sur certaines des factures ainsi qu'un rapport médical détaillé justifiant les examens de laboratoire effectués qui figuraient sur une autre facture. Van Breda l'informait également que certains des remboursements demandés ne pourraient être effectués. D'après le bordereau de règlement daté du 13 septembre 2000, il a été procédé à un remboursement partiel. S'agissant des frais non remboursés, une lettre d'explication lui a été promise.

Le 5 octobre, le directeur principal du personnel a informé la requérante qu'il n'était pas possible de donner suite à sa demande de remboursement et que son recours avait donc été enregistré sous la référence RI/65/00. Toutefois, faisait-il remarquer, au lieu de poursuivre la procédure de recours interne, il serait plus rapide de régler le différend qui l'opposait à Van Breda en convoquant une commission d'invalidité comme le prévoit l'article 90 du Statut des fonctionnaires de l'Office européen des brevets. Le 8 octobre, la requérante a répondu qu'elle ne voyait aucune raison de réunir une commission d'invalidité : les diagnostics avaient déjà été confirmés par la précédente Commission d'invalidité et Van Breda avait déclaré que les conclusions de cette commission ne l'intéressaient pas.

Dans son avis daté du 26 octobre 2001, la Commission de recours a recommandé à l'unanimité le rejet du recours, puisque les demandes de remboursement des frais médicaux étaient encore en litige. Elle a proposé que, si la requérante continuait d'être en désaccord avec les conclusions du médecin-conseil de Van Breda, elle devrait demander des éclaircissements à une commission d'invalidité. Le 11 décembre, le directeur chargé des conditions d'emploi et des organes statutaires a informé la requérante, au nom du Président, que celui-ci avait approuvé la recommandation de la Commission de recours. Telle est la décision attaquée.

B. La requérante affirme que tous les diagnostics litigieux avaient déjà été confirmés par les médecins-conseils de l'Office, la Commission d'invalidité ou le médecin-conseil de Van Breda. Elle fait valoir que l'article 83 du Statut des fonctionnaires prévoit l'instauration d'une assurance médicale obligatoire; l'Office est donc son assureur, il est lié par les conclusions de ses médecins-conseils ainsi que par celles de la Commission d'invalidité et il est «responsable» du remboursement des frais médicaux. Même si c'est Van Breda qui s'occupe de la gestion courante du contrat d'assurance, la requérante n'a aucun lien juridique avec cette entité; elle ne peut donc s'adresser qu'à l'Office. Par ailleurs, comme prévu à l'article 6, alinéa b), du contrat collectif d'assurance, tout différend concernant des questions médicales est tranché par un médecin que l'OEB et les réassureurs désignent d'un commun accord comme arbitre, et non pas par une commission d'invalidité.

La requérante soutient que les «preuves» demandées par Van Breda concernent des diagnostics qui ont déjà été confirmés par la Commission d'invalidité et les médecins-conseils de l'OEB eux-mêmes. Il s'agit là clairement d'une demande de renseignements qui constitue un abus de procédure. A présent, l'Organisation elle-même refuse de reconnaître l'existence de ces diagnostics et lui a proposé que soit convoquée une nouvelle commission d'invalidité dont la seule tâche, de l'avis de la requérante, serait de déterminer si les diagnostics en cause étaient ou non effectivement à la disposition de Van Breda. Or, selon elle, le différend porte sur la question de savoir si le Président de l'Office est juridiquement lié par les conclusions de la Commission d'invalidité et des médecins-conseils de l'Office. A son avis, il l'est. L'Office devrait s'assurer du remboursement de ses frais médicaux soit en les lui remboursant directement avant de mettre en œuvre la procédure prévue à l'article 6 du contrat collectif d'assurance, soit en persuadant Van Breda de le faire.

La requérante se retrouve dans une situation qui n'est pas claire au plan juridique du fait que ni l'OEB ni Van Breda n'appliquent les décisions de la Commission d'invalidité comme le prévoit l'article 90 du Statut. Les conclusions des médecins-conseils de l'Office et celles de la Commission d'invalidité ayant déjà été soumises à Van Breda, il n'y a plus de litige au sens du paragraphe 1 de l'article 90. Elle ne comprend pas pourquoi les diagnostics dont la Commission a confirmé qu'ils lui donnaient droit à une pension d'invalidité ne peuvent être utilisés aux fins du remboursement de ses frais médicaux. D'autant plus que dans des procédures introduites antérieurement devant le Tribunal, l'OEB avait fait valoir que les conclusions de la Commission d'invalidité en matière de diagnostic auraient un effet sur le remboursement de ses frais médicaux. Il est inutile qu'une commission d'invalidité procède à un autre examen des diagnostics. Par ailleurs, celle-ci n'aurait «pas compétence» puisque le problème que soulève la requérante est d'ordre juridique et non médical.

La requérante fait valoir que la seule condition qu'impose le contrat collectif d'assurance pour le remboursement des produits médicaux est qu'ils aient été prescrits par un médecin. Puisque c'est le cas en l'espèce, ses factures auraient dû être remboursées. Elle montre, en citant quelques exemples, que la manière dont Van Breda a traité ses demandes de remboursement a manqué de cohérence.

La requérante demande au Tribunal d'annuler la décision du Président rejetant son recours interne et d'ordonner à l'OEB de lui rembourser les montants de plusieurs factures litigieuses, majorés d'un intérêt composé de 10 pour cent l'an. Elle demande également que lui soit versé un intérêt composé de 10 pour cent l'an sur plusieurs factures qui ont été remboursées mais tardivement. Elle veut qu'il soit ordonné à l'OEB de lui communiquer un relevé clair des données permettant de calculer les sommes à rembourser ainsi que tous les renseignements relatifs aux «critères et lignes directrices pratiques» utilisés pour déterminer les coûts remboursables, ainsi que l'identité et les qualifications des médecins-conseils de Van Breda qui se sont occupés de ses demandes de remboursement. Elle demande également des dommages-intérêts pour tort moral ainsi que des dépens à divers titres, notamment pour frais de traduction.

C. L'OEB répond que la question essentielle soulevée par la requête est de savoir si les frais médicaux dont la requérante a demandé le remboursement à Van Breda sont effectivement remboursables. A son avis, il s'agit manifestement d'une question à caractère médical qui relève de la compétence d'une commission d'invalidité; elle soutient avoir demandé à maintes reprises à la requérante si elle voulait qu'une telle commission soit réunie mais s'être vu opposer un refus.

L'Organisation rejette l'argument de la requérante selon lequel réunir une nouvelle commission d'invalidité ne servirait à rien. Elle soutient que, dans le jugement 2047, le Tribunal a confirmé qu'une commission d'invalidité est l'organe approprié pour trancher la question des demandes de remboursement litigieuses. La première Commission d'invalidité ne s'était penchée que sur la question de l'inaptitude au travail de la requérante; une deuxième

commission d'invalidité délibérerait sur les factures en litige. De l'avis de l'OEB, «il n'y a pas le moindre doute au plan juridique» qu'une commission d'invalidité a compétence pour trancher ce genre de litige. De plus, l'Organisation nie que tous les diagnostics en cause aient été vérifiés et confirmés par ses médecins-conseils et une commission d'invalidité. Selon elle, la compagnie Van Breda est disposée à accepter les conclusions d'une commission d'invalidité convoquée pour examiner les factures en litige.

L'Organisation soutient que les demandes réitérées de la requérante tendant à ce que la procédure visée à l'article 6 du contrat collectif d'assurance soit engagée «sont mal fondées» et que le Tribunal a clairement déclaré dans le jugement 2047 que ce genre de procédure ne la concerne en rien.

S'agissant des intérêts demandés par la requérante pour le remboursement tardif de certains des frais médicaux, l'OEB reconnaît que la Commission de recours a estimé qu'elle y avait droit et se déclare disposée à verser un intérêt de 8 pour cent l'an sur «les sommes dues à la requérante par suite du retard pris par Van Breda dans ses remboursements pour la période allant du 26 septembre 2001 (date de l'audition concernant le recours 65/00) et la date du versement effectif auquel procédera la défenderesse».

L'OEB souligne que le Tribunal a déjà estimé que Van Breda avait le droit de demander à la requérante un complément d'information. Elle fait observer, au sujet des demandes de dommages-intérêts formulées par la requérante, que ses prétentions à ce sujet ont déjà fait en grande partie l'objet d'observations et de décisions de la part du Tribunal dans des affaires antérieures. Pour ce qui est du remboursement des frais de traduction, l'Organisation, tout en estimant avoir eu raison de restreindre l'accès à ses services de traduction, déclare que c'est au Tribunal d'en tenir compte dans un éventuel octroi de dépens.

D. Dans sa réplique, la requérante maintient qu'il n'y a aucun litige au sens du paragraphe 1 de l'article 90 du Statut et qu'une commission d'invalidité n'aurait donc «aucune compétence». Elle accuse l'OEB d'essayer d'occulter le problème de fond de la requête; elle l'accuse également d'essayer de confondre les différentes fonctions du «médecin-conseil» visé par l'article 90 et celles des «médecins» visés par le paragraphe 1 de l'article 89 pour donner à penser que la création d'une nouvelle commission d'invalidité est statutairement correcte. Elle affirme de nouveau que tous les diagnostics ont déjà été «confirmés» par la première Commission d'invalidité et accuse l'OEB d'entraver ses efforts pour trouver une solution «hors» du Tribunal. Elle soutient qu'elle n'est pas procédurière et que c'est l'OEB qui a provoqué ses requêtes.

Selon elle, elle a le droit de se faire rembourser les frais de traduction quelle que soit l'issue de sa requête.

E. Dans sa duplique, l'Organisation fait observer qu'il y a «un dysfonctionnement structurel dans la communication entre la requérante et Van Breda» et note que les requêtes précédentes n'ont en rien contribué à améliorer la situation. Etant donné que les remboursements litigieux en suspens portent sur une somme considérable, ce qui lèse manifestement les intérêts de la requérante, la défenderesse espère que celle-ci reviendra sur son refus que soit convoquée une commission d'invalidité.

L'OEB insiste sur le fait qu'il n'y a absolument aucun doute au plan juridique qu'une commission d'invalidité aurait compétence pour trancher la question des demandes de remboursement en suspens. Elle maintient ses autres moyens.

F. Dans sa déclaration supplémentaire, la requérante soutient que l'Organisation a cherché à tromper le Tribunal. Elle formule plusieurs reproches à l'encontre de la première Commission d'invalidité et de la procédure qu'elle a suivie.

G. Dans ses observations finales, l'OEB affirme que la requérante essaie de discréditer la recommandation de la Commission d'invalidité concernant son inaptitude au travail. Pourtant, elle n'a pas contesté la décision du Président sur ce point, décision qui est de ce fait devenue définitive. La défenderesse rejette toutes les accusations de la requérante et affirme ne pas avoir cherché à tromper le Tribunal.

CONSIDÈRE :

1. La requérante conteste une décision définitive rejetant son recours interne RI/65/00 relatif au non-remboursement de frais médicaux par Van Breda. Elle réclame essentiellement le remboursement, assorti d'un

intérêt composé, des frais correspondant à divers soins médicaux dont elle a fait l'objet et à diverses ordonnances, et elle demande que l'OEB lui communique certaines données et lignes directrices utilisées pour calculer les remboursements.

2. La réclamation de la requérante porte essentiellement sur un différend qui l'oppose à Van Breda sur la question de savoir si certains examens et soins médicaux étaient nécessaires. Sur l'avis de son médecin-conseil, Van Breda refuse de procéder aux remboursements demandés tant que la requérante n'aura pas produit des rapports médicaux détaillés ainsi que d'autres pièces prouvant que ces examens et ces soins étaient médicalement nécessaires et que ces prestations étaient couvertes par l'assurance. De l'avis de l'OEB, il s'agit d'une question d'ordre médical qui, à ce titre, doit être renvoyée devant une commission d'invalidité.

3. La requérante soutient de son côté que Van Breda refuse de rembourser divers frais médicaux au motif que la validité de certains diagnostics n'a pas été prouvée alors qu'à son avis la Commission d'invalidité qui s'est prononcée sur son inaptitude au travail a déjà confirmé lesdits diagnostics. En réponse, l'OEB fait valoir que la Commission d'invalidité qui avait été chargée de déterminer si la requérante était ou non victime d'une invalidité permanente ne pouvait pas se prononcer et ne s'était pas prononcée sur la question distincte, soulevée par Van Breda, de la nécessité des frais médicaux dont le remboursement était demandé et de leur rapport avec l'état de santé de la requérante.

4. Il ne fait aucun doute que le différend opposant la requérante à Van Breda est une question d'ordre médical et qu'il revient à une commission d'invalidité de se prononcer sur la réclamation qui en découle à l'égard de l'OEB. Dans le jugement 2047, qui traite précisément de cette question et concerne la même requérante, le Tribunal a déclaré :

«14. La validité du refus opposé par Van Breda de donner suite à la demande de la requérante sur le fond est une question d'ordre médical sur laquelle seule peut se prononcer la Commission d'invalidité.»

5. Comme indiqué, le principal argument de la requérante est que la Commission d'invalidité qui a reconnu son invalidité permanente a confirmé la validité des diagnostics la concernant et la nécessité de procéder aux soins dont le remboursement est demandé. Cette assertion est d'autant plus surprenante que cette commission n'était pas chargée de déterminer si les soins apportés étaient appropriés ou nécessaires mais bien si l'état de santé de la requérante était tel qu'il la rendait inapte à continuer de travailler.

6. Aussi surprenant que cela puisse paraître, compte tenu de leurs positions respectives, ni la requérante ni l'OEB n'a produit le texte du rapport de la Commission d'invalidité à l'appui de leurs arguments. Le Tribunal en a donc demandé une copie à l'Office puis a donné à la requérante la possibilité de faire des observations à son sujet.

7. Dans ses observations écrites, comme dans l'essentiel de ses écritures, la requérante ne cesse de soulever des questions incidentes, sans aucune pertinence et d'accuser de mauvaise foi l'OEB, Van Breda et les divers médecins qui se sont occupés de son dossier à divers moments. Ces allégations sont sans fondement, injurieuses et malveillantes. Elles ne contribuent en rien à la défense de sa cause tout en amenant naturellement l'OEB à se sentir obligée d'y répondre, aussi dénuées de pertinence soient-elles.

8. Il ressort de l'examen du rapport de la Commission d'invalidité que celle-ci n'a pas examiné au fond l'exactitude des divers diagnostics contradictoires sur l'état de santé de la requérante et qu'en fait il y a eu désaccord entre les médecins concernés, notamment entre celui nommé par la requérante et les deux autres. Comme on peut s'y attendre de la part d'une instance dont la seule fonction était de déterminer si la requérante était ou non apte au travail, le rapport ne porte que sur cette question et ne confirme la validité d'aucun diagnostic particulier. La partie pertinente du rapport se lit comme suit :

«2.1 Le/La fonctionnaire souffre d'une invalidité totale, c'est-à-dire que pour des raisons de santé, il/elle est physiquement ou mentalement totalement incapable de s'acquitter de ses fonctions à l'OEB au grade qui lui a été assigné en vertu du paragraphe 1 de l'article 3 du Statut des fonctionnaires.

[...]

La conclusion indiquée sous le point 2 ci-dessus est motivée comme suit :

La maladie dont souffre [la requérante] depuis 1993 l'a rendue définitivement inapte au travail. Lors du dernier

examen effectué le 9 février 1999, le traitement qu'elle suivait n'avait eu aucun effet et elle souffrait d'une maladie chronique qui avait gravement porté atteinte à sa santé physique et mentale. Les diagnostics confirmant son invalidité sont classés comme étant des "renseignements médicaux confidentiels" et communiqués sous pli séparé à l'assureur.»

9. Bien que la requérante soutienne le contraire, il est tout à fait évident que les membres de la Commission ne se sont mis d'accord sur aucun diagnostic particulier expliquant son invalidité mais simplement sur le fait que, quelle qu'en soit la raison, elle n'était plus en mesure de s'acquitter des fonctions attachées à son poste. Une lettre du médecin nommé par l'OEB à la Commission le confirme :

«Lorsqu'on parcourt le dossier concernant la procédure d'invalidité suivie entre 1997 et 1999 concernant [la requérante], on constate que les centaines de pages qu'il comporte ne contiennent pas d'autres conclusions médicales que celles qu'elle a elle-même soumises entre 1993 et 1998 et dont elle avait par conséquent connaissance.

Le rapport adressé à votre service du personnel le 31 mars 1999 a mis fin à la procédure.

Ce rapport final était le résultat de l'évaluation personnelle à laquelle a procédé la soussignée qui s'est entre autres fondée sur les notes qu'elle avait prises, les évaluations établies à partir de diagnostics différentiels, un examen socio-médical critique des conclusions et de l'évolution de la maladie et une étude de la documentation spécialisée pertinente.»

10. Par ailleurs, il est évident que, même si le rapport de la Commission d'invalidité avait clairement indiqué un diagnostic particulier, cela n'aurait toujours pas établi le lien nécessaire entre ce diagnostic et les frais afférents aux soins et aux médicaments dont le remboursement est demandé et qui fait l'objet du désaccord entre la requérante et Van Breda.

11. En fait, toutes les factures dont la requérante demande le remboursement étant datées des mois de mai, juin et juillet 2000 et le rapport de la Commission d'invalidité datant, lui, de 1999, il est évident qu'en l'espèce tout au moins la requérante ne peut prétendre que la Commission a approuvé dans son rapport sa demande de remboursement desdites factures. Il ne lui sert à rien, par ailleurs, d'affirmer comme elle le fait que le médecin-conseil de Van Breda ne peut plus, d'une certaine manière, approuver sa demande; si en fait le médecin avait approuvé antérieurement toutes ou certaines de ses demandes de remboursement, c'est à lui qu'il appartiendra de s'expliquer devant la Commission d'invalidité.

12. Pour des raisons qui sont connues d'elle seule, la requérante continue d'opposer un refus aux propositions de l'OEB tendant à renvoyer ses nombreuses demandes, y compris celle examinée ici, comme le Statut des fonctionnaires le prévoit clairement, devant une commission d'invalidité pour que celle-ci se prononce de manière définitive. A cet égard, on ne peut comprendre l'avantage que la requérante espère obtenir de son recours tenace et continu à des procédures contentieuses. Le Tribunal souscrit à ce que dit l'OEB dans le passage suivant de sa duplique :

«Avant de s'engager dans un examen sur le fond et compte tenu du fait que la présente requête n'est ni la première ni la dernière -- sans compter les recours internes -- qui traite du non-remboursement par Van Breda des sommes qui lui sont réclamées (les requêtes n^{os} 17 à 25 ont été formées mais sont actuellement suspendues), la défenderesse juge utile de formuler une brève observation. Il est évident qu'il existe un dysfonctionnement structurel dans la communication entre la requérante et Van Breda. Ses précédentes requêtes auprès du Tribunal n'ont en rien contribué à améliorer la situation (voir les jugements n^{os} 1894, 1951, 2045, 2046 et 2047). Compte tenu de cette impasse et du fait que les sommes dont le remboursement est demandé s'élèvent à plus de 25 000 euros -- une situation qui lèse manifestement les intérêts de la requérante --, la défenderesse demande si cette dernière ne pourrait pas en fin de compte revenir sur son refus que soit convoquée une commission d'invalidité comme prévu au paragraphe 2 de l'article 90 [du Statut des fonctionnaires] et accepter la convocation d'une seconde commission d'invalidité afin de régler les demandes de remboursement litigieux -- pas seulement celles en jeu dans la présente requête -- et pour dissiper des malentendus évidents. Refuser une telle démarche globale qui constitue la seule manière statutaire de trouver le moyen de régler les demandes en litige depuis six ans maintenant [...], ne fera que rendre de plus en plus difficile la recherche d'une solution. Comme la requérante le reconnaît elle-même [...], le simple volume physique de son dossier sur les demandes de remboursement refusées est tel qu'il n'est plus possible de recourir à des envois par la poste. Compte tenu de cette situation, la défenderesse a estimé qu'il ne serait pas

utile de prendre cette initiative contre le souhait exprès de la requérante.»

13. Une fois de plus, comme il l'a fait dans le jugement 2047, le Tribunal ne peut que répéter que sa compétence pour trancher la question dépend de l'obtention par la requérante d'une décision de la Commission d'invalidité. Puisqu'elle n'a pas obtenu cette décision, sa requête doit être rejetée.

14. Le caractère injurieux et malveillant des allégations de la requérante et son obstination à recourir à des procédures contentieuses dont les résultats ne peuvent être que futiles sont tels qu'elle est passible une fois encore d'une condamnation aux dépens (voir le jugement 2211). Toutefois, le Tribunal ne prononcera cette sanction qu'à sa prochaine session dans l'espoir que la requérante, tenant compte du présent jugement et des décisions antérieures du Tribunal, prendra enfin le seul parti pouvant lui faire espérer avoir gain de cause.

Si la requérante n'informe pas le Tribunal par écrit avant le 1^{er} octobre 2003 qu'elle a accepté de soumettre à une commission d'invalidité toutes les demandes de remboursement de frais médicaux en suspens, le Tribunal se prononcera sur la question des dépens à sa prochaine session en novembre 2003.

Par ces motifs,

DÉCIDE :

1. La requête est rejetée.
2. La question des dépens fera l'objet d'une décision à la prochaine session du Tribunal.

Ainsi jugé, le 16 mai 2003, par M. Michel Gentot, Président du Tribunal, M. James K. Hugessen, Vice-Président, et M^{me} Mary G. Gaudron, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Catherine Comtet, Greffière.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 16 juillet 2003.

(Signé)

Michel Gentot

James K. Hugessen

Mary G. Gaudron

Catherine Comtet