

Traduction du Greffe, seul le texte anglais fait foi.

110^e session

Jugement n° 2976

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la requête dirigée contre l'Organisation européenne des brevets (OEB), formée par M. L. R. K. le 7 janvier 2009 et régularisée le 15 février, la réponse de l'OEB du 28 mai, la réplique du requérant du 7 septembre et la duplique de l'Organisation du 17 décembre 2009;

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

Après avoir examiné le dossier, la procédure orale n'ayant été ni sollicitée par les parties ni ordonnée par le Tribunal;

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

A. L'OEB s'est dotée, en plus de son assurance médicale ordinaire, d'une assurance dépendance qui, selon l'article 83bis du Statut des fonctionnaires de l'Office européen des brevets, vise à «apporter un soutien financier forfaitaire destiné à couvrir partiellement les dépenses occasionnées lorsque, du fait d'une diminution importante et durable de son autonomie, la personne assurée a recours à une aide pour l'accomplissement des actes de la vie courante». Aux termes du paragraphe 10 du Règlement d'application de l'article 83bis, le soutien financier forfaitaire est apporté sous la forme d'une prestation mensuelle pour laquelle il existe trois niveaux qui sont définis en fonction du degré de dépendance constaté. Le niveau le plus élevé, le niveau III, correspond à 100 pour cent du traitement mensuel de base

afférent à l'échelon 1 du grade C1. Le Président de l'Office peut néanmoins accorder, à titre exceptionnel, une prestation d'un montant dépassant le niveau III et allant jusqu'à 150 pour cent du traitement de référence. La circulaire n° 266 du 14 novembre 2001 précise les critères à appliquer pour déterminer le degré de dépendance en indiquant différentes activités ou capacités en fonction desquelles il y a lieu de procéder à l'évaluation.

Le requérant, ressortissant britannique né en 1948, est entré au service de l'Office européen des brevets, secrétariat de l'OEB, en 1990. Il se vit accorder, avec effet au 20 août 2006, une prestation d'assurance dépendance de niveau III pour son épouse dont la partie inférieure du tronc était complètement paralysée.

Les 23 février et 19 mars 2007, le requérant demanda à la compagnie Van Breda — le courtier d'assurances chargé de la gestion courante du contrat collectif d'assurance conclu par l'OEB — d'approuver, dans le cadre du régime ordinaire d'assurance médicale, l'achat de certains équipements médicaux pour son épouse, à savoir un lève-malade à fixer au plafond et un autre pour le bain, ainsi que des dispositifs de contrôle nécessaires à son environnement immédiat. Van Breda répondit qu'il n'était pas possible d'approuver la demande parce que les équipements en question n'entraient pas dans la catégorie des appareils orthopédiques et n'étaient donc pas couverts par le régime d'assurance de l'intéressé. La compagnie fit néanmoins observer que la prestation que le requérant percevait au titre de l'assurance dépendance pouvait servir à couvrir le coût de ces équipements. Ayant reçu confirmation de l'Office que la position de Van Breda était conforme à la pratique bien établie de l'Organisation, le requérant introduisit un recours interne le 15 juin 2007 contre le refus d'approuver l'achat des équipements susmentionnés. Il faisait valoir en particulier que la prestation d'assurance dépendance de niveau III qu'il percevait ne permettait de couvrir que la moitié des dépenses afférentes aux soins dont son épouse avait besoin. Par lettre du 2 novembre 2007, il fut informé qu'une commission médicale avait été convoquée conformément aux articles 89 et suivants du Statut des fonctionnaires pour donner un avis sur la question de savoir si le refus de Van Breda

d'accueillir sa demande était justifié et si la définition que la compagnie donnait d'un «appareil orthopédique» était valable d'un point de vue médical.

Auparavant, le 14 mai 2007, le requérant avait sollicité la prestation d'assurance dépendance exceptionnelle prévue au paragraphe 10 du Règlement d'application de l'article 83bis. Il affirmait que le degré de dépendance de son épouse dépassait celui prévu dans la circulaire n° 266 pour l'octroi de la prestation d'assurance dépendance de niveau III et qu'il devrait donc percevoir ladite prestation à son niveau maximum, à savoir 150 pour cent du traitement mensuel de base afférent à l'échelon 1 du grade C1. Le 20 juin, il soumit une estimation du coût mensuel des soins dont son épouse avait besoin. L'Office accusa réception de cette estimation et l'informa que, s'il voulait présenter une demande en vertu de l'article 87 du Statut des fonctionnaires qui permet aux fonctionnaires se trouvant dans une situation particulièrement difficile, notamment par suite d'une maladie grave ou prolongée, d'obtenir des prêts ou des avances, il devrait fournir un relevé détaillé de ses revenus et dépenses mensuels. Le requérant ne soumit pas de demande en vertu de l'article 87, mais le 11 décembre 2007 il fournit des renseignements sur ses revenus et ses dépenses mensuels. Par lettre du 6 février 2008, le directeur du Service des systèmes de rémunération lui notifia que sa demande de prestation d'assurance dépendance exceptionnelle ne pouvait être accueillie. Il indiquait que, selon l'article 83bis, l'assurance dépendance n'était pas censée être un système de remboursement direct ou un moyen de couvrir les dépenses nécessaires à l'adaptation du domicile, mais plutôt «un soutien financier destiné à couvrir partiellement les dépenses occasionnées», et que le traitement du requérant et la prestation d'assurance dépendance de niveau III qui lui était versée étaient plus que suffisants pour couvrir les coûts des soins infirmiers et de l'aide ménagère.

La Commission médicale rendit son avis le 5 mars 2008. Elle estimait que, sauf en ce qui concerne les dispositifs de contrôle nécessaires à l'environnement immédiat, Van Breda avait eu raison de refuser de rembourser le coût des équipements dont le requérant avait demandé à être défrayé. Elle recommandait néanmoins que son cas soit

reconnu et considéré comme correspondant à un «cas particulièrement grave» au regard du paragraphe 10 du Règlement d'application de l'article 83bis.

Le 6 mai 2008, l'intéressé introduisit un recours interne contre la décision du 6 février 2008 — ce recours fut ensuite renvoyé à la Commission de recours interne — et demanda également que la Présidente de l'Office se prononce sur la recommandation formulée par la Commission médicale. Par une lettre datée du 9 octobre 2008, il fut informé que la Présidente avait décidé de ne pas suivre cette recommandation au motif que la Commission médicale avait outrepassé sa compétence. Telle est la décision attaquée.

B. Le requérant soutient que la décision de l'Organisation de lui refuser la prestation d'assurance dépendance exceptionnelle est viciée, notamment parce qu'il n'a pas été tenu compte des aspects médicaux indiquant le degré de dépendance de son épouse et parce que cette décision est allée à l'encontre de la recommandation de la Commission médicale tendant à ce que le cas de son épouse soit considéré comme correspondant à un «cas particulièrement grave» au regard du paragraphe 10 du Règlement d'application de l'article 83bis.

Il conteste les motifs avancés par l'administration pour refuser de lui accorder la prestation demandée. Faisant référence à l'argument utilisé dans la décision attaquée, à savoir que la Commission médicale a outrepassé sa compétence, il fait observer que le paragraphe 1 de l'article 90 du Statut des fonctionnaires prévoit que la Commission a compétence pour statuer sur tous les litiges relatifs aux opinions d'ordre médical exprimées aux fins du Statut. Pour ce qui est des explications fournies dans la lettre du 6 février 2008, le requérant relève que l'article 83bis ne prescrit pas spécifiquement de quelle manière le soutien financier offert au titre de l'assurance dépendance devrait être utilisé. Il ajoute que, contrairement à ce que soutient l'administration dans ladite lettre, la compagnie Van Breda a confirmé elle-même que la prestation d'assurance dépendance pouvait servir à l'achat d'équipements médicaux.

Le requérant affirme que la prestation d'assurance dépendance de niveau III qu'il perçoit actuellement n'est pas suffisante pour couvrir le coût des soins dont son épouse a besoin et que sa famille s'est retrouvée, de ce fait, dans une situation très difficile aux plans émotionnel et financier. Il reproche à l'OEB de ne pas avoir prévu de procédure spécifique pour les demandes de prestation exceptionnelle au titre de l'article 83bis, ce qui, à son avis, a entraîné d'importants retards dans le traitement de sa demande par l'administration.

Le requérant sollicite du Tribunal l'annulation de la décision attaquée et qu'il ordonne à l'OEB de lui verser, avec effet rétroactif, la prestation d'assurance dépendance exceptionnelle prévue au paragraphe 10 du Règlement d'application de l'article 83bis du Statut des fonctionnaires d'un montant égal à 150 pour cent du traitement mensuel de base afférent à l'échelon 1 du grade C1, tel que prévu au paragraphe 13 de la partie II de la circulaire n° 266.

C. Dans sa réponse, l'Organisation admet que la requête est recevable en ce qui concerne la décision de la Présidente de ne pas approuver l'avis de la Commission médicale et invite le Tribunal à la considérer également comme recevable en ce qui concerne la décision du 6 février 2008 refusant la demande de prestation d'assurance dépendance exceptionnelle présentée par le requérant, compte tenu du temps écoulé depuis l'introduction de son recours contre cette décision, lequel est toujours en instance.

Sur le fond, l'OEB soutient que la requête est dénuée de fondement. La défenderesse explique qu'en l'absence d'une procédure particulière à suivre pour les demandes de prestation exceptionnelle au titre du paragraphe 10 du Règlement d'application de l'article 83bis c'est la règle générale du paragraphe 2 de l'article 106 du Statut qui doit s'appliquer. L'OEB relève que le requérant a été informé des raisons du refus de lui octroyer la prestation demandée, à savoir que l'assurance dépendance ne vise pas à rembourser les dépenses encourues mais plutôt à les couvrir partiellement, et qu'elle n'est pas destinée à couvrir les dépenses afférentes à l'aménagement du domicile mais celles correspondant aux soins infirmiers et à l'aide ménagère. La défenderesse ajoute qu'elle a tenu compte du total des

gains et des dépenses du requérant avant de conclure que sa rémunération mensuelle ainsi que la prestation d'assurance dépendance qu'il perçoit suffisent pour couvrir le coût des soins infirmiers dont son épouse a besoin. Elle rappelle que, lorsqu'on lui a offert la possibilité d'obtenir un soutien financier supplémentaire au titre de l'article 87 du Statut des fonctionnaires, le requérant ne l'a pas utilisée.

L'OEB considère que, en concluant que le cas du requérant devrait être considéré comme correspondant à un «cas particulièrement grave», la Commission médicale a outrepassé sa compétence telle que définie au paragraphe 1 de l'article 90 du Statut des fonctionnaires, dans la mesure où elle a rendu un avis sur une question qui n'avait pas été soumise à son examen. La défenderesse fait observer que, conformément à la circulaire n° 266, c'est à l'administrateur externe du régime d'assurance — Van Breda en l'occurrence — et non à la Commission médicale qu'il appartient de déterminer le niveau auquel la prestation d'assurance dépendance doit être accordée.

D. Dans sa réplique, le requérant affirme que, dans la mesure où le degré de dépendance est fixé en fonction d'une évaluation médicale, la Commission médicale est bien l'organe compétent pour se prononcer sur une demande de prestation d'assurance dépendance exceptionnelle. De plus, la situation financière de l'assuré ne devrait pas être considérée comme pertinente. Il relève que les règles applicables ne font que définir une prestation maximale, sans donner d'instructions sur la manière d'évaluer le degré de perte d'autonomie au-delà du niveau III ou sur la manière de déterminer dans quels cas l'intéressé peut prétendre à la prestation d'assurance dépendance exceptionnelle. Ceci, ajouté au fait que l'Organisation s'est montrée peu disposée à le guider, a entraîné selon lui de graves irrégularités dans le traitement de son affaire. Il demande au Tribunal de ne pas renvoyer l'affaire devant l'OEB mais de lui accorder la réparation demandée et d'ordonner à l'Organisation de lui verser des arriérés à compter du 14 mai 2007.

E. Dans sa duplique, l'OEB réitère que la Commission médicale a outrepassé sa compétence. Elle s'appuie sur le paragraphe 9 du Règlement d'application de l'article 83bis qui prévoit que c'est le

Président de l'Office qui se prononce sur le droit à la prestation d'assurance dépendance sur proposition du gestionnaire externe du régime. Elle explique qu'une demande de prestation exceptionnelle implique une décision fondée sur des aspects non médicaux et que le niveau III est le plus haut niveau auquel la prestation d'assurance dépendance peut être accordée selon des critères médicaux. Elle maintient par ailleurs sa position.

CONSIDÈRE :

1. L'OEB s'est dotée d'un régime d'assurance dépendance pour ses fonctionnaires, leur conjoint et certaines des personnes à leur charge conformément à l'article 83bis du Statut des fonctionnaires. Le Règlement d'application de cet article prévoit notamment ce qui suit :

«(9) Le droit à prestation est ouvert par décision du Président de l'Office, prise sur proposition du gestionnaire externe du régime. Cette décision établit le niveau de dépendance de l'assuré concerné.

[...]

(10) Selon le niveau de dépendance constaté, la prestation versée mensuellement correspond aux pourcentages suivants du traitement mensuel de base afférent à l'échelon 1 du grade C1 du barème de rémunération applicable au bénéficiaire concerné :

- niveau I 50%
- niveau II 75%
- niveau III 100%

A titre exceptionnel et sur décision motivée du Président de l'Office, le montant de la prestation peut excéder celui correspondant au niveau III, sans pouvoir cependant dépasser 150% du traitement de base précité.»

2. La partie III de la circulaire n° 266 précise les critères à appliquer pour la détermination du degré de dépendance en indiquant sept activités ou capacités différentes, réparties en plusieurs catégories en fonction desquelles l'évaluation doit être faite. Aux fins de l'espèce, on relèvera que, pour être évaluée comme ayant droit au niveau III, la personne assurée doit avoir «besoin d'aide pour ce qui est d'au moins cinq [de ces] sept activités/capacités» et «la durée totale de l'aide

accordée [pour l'assistance, l'aide ou les soins] [d]oit [être] d'au moins 300 minutes par jour (c'est-à-dire 180 heures par mois)».

3. L'épouse du requérant souffre d'une paralysie complète de la partie inférieure du tronc. De ce fait, le requérant s'est vu octroyer à vie à compter du 20 août 2006 des prestations de niveau III pour son épouse. En mai 2009, ces prestations s'élevaient à 2 514,05 euros par mois. Au début de l'année 2007, le requérant demanda sans succès que soit approuvé, au titre du régime de santé de l'OEB, l'achat pour son épouse d'un lève-malade à fixer au plafond et d'un autre pour le bain, ainsi que de dispositifs de contrôle nécessaires à son environnement immédiat. Sa demande fut refusée le 19 mars 2007. Les questions relatives à ce refus furent finalement renvoyées devant une commission médicale. Dans l'intervalle, le 14 mai 2007, l'intéressé avait demandé à bénéficier d'une prestation exceptionnelle au titre du paragraphe 10 du Règlement d'application de l'article 83bis en faisant observer que son épouse avait besoin d'une assistance pour des périodes plus longues que celles visées dans la circulaire n° 266, que les frais afférents aux soins dont elle avait besoin «dépassaient de loin» la prestation versée et que, lorsqu'elle avait refusé d'approuver l'achat de certains équipements, la compagnie Van Breda avait affirmé que cet achat pouvait être payé au moyen de la prestation d'assurance dépendance.

4. En juin 2007, le requérant fournit à l'OEB une estimation détaillée du coût mensuel des soins dont son épouse avait besoin, d'un montant de 4 394 euros. À peu près à la même époque, il lui fut suggéré de demander une assistance au titre de l'article 87 du Statut des fonctionnaires et, s'il décidait de le faire, de fournir un relevé détaillé de ses revenus et dépenses mensuels. Finalement, le requérant ne fit pas cette demande mais, le 11 décembre, il fournit les renseignements en question en indiquant qu'il avait engagé des frais pour aménager son domicile et acheter un lève-malade fixé au plafond et qu'il devrait faire d'autres dépenses pour acquérir un lève-malade pour la salle de bains, un véhicule automobile adapté et un lève-malade pour ce véhicule.

5. Le 6 février 2008, le requérant fut informé que la prestation d'assurance dépendance exceptionnelle ne pouvait lui être versée au regard de l'article 83bis du Statut des fonctionnaires. Les motifs avancés étaient les suivants :

- La prestation d'assurance dépendance «a pour objet d'apporter un soutien financier forfaitaire destiné à couvrir partiellement les dépenses occasionnées» et ne vise pas à rembourser directement ces dépenses.
- La prestation a pour objet d'aider à couvrir les dépenses afférentes aux soins infirmiers mais non celles afférentes à l'aménagement du domicile.
- Le traitement et la prestation d'assurance dépendance perçus par le requérant étaient, au total, plus que suffisants pour couvrir les coûts de l'aide ménagère et des soins infirmiers.

L'intéressé demanda le 6 mai 2008 que cette décision soit reconsidérée et il fut informé par lettre du 7 juillet que la question avait été renvoyée devant la Commission de recours interne. Le recours est toujours en instance. Dans l'intervalle, le 5 mars 2008, la Commission médicale avait conclu que, sauf pour ce qui concerne les dispositifs de contrôle nécessaires à l'environnement immédiat, Van Breda avait eu raison de refuser de rembourser le coût des équipements dont le requérant avait demandé à être défrayé. Toutefois, elle avait recommandé que le cas de l'épouse de ce dernier soit considéré comme constituant un «cas particulièrement grave» au regard du Règlement d'application de l'article 83bis du Statut des fonctionnaires.

6. Le requérant fut informé le 9 octobre 2008 que la Présidente de l'Office avait décidé de ne pas suivre la recommandation de la Commission médicale tendant à ce que le cas de son épouse soit considéré comme constituant un «cas particulièrement grave» car cette recommandation outrepassait sa compétence. Telle est la décision attaquée dans la requête, par laquelle l'intéressé demande, entre autres réparations, le versement à titre rétroactif d'une prestation d'assurance dépendance exceptionnelle se montant à 150 pour cent du traitement indiqué au paragraphe 10 du Règlement d'application de l'article 83bis.

L'OEB a admis que la requête est recevable en ce qui concerne la décision du 9 octobre 2008. Mais elle invite également le Tribunal, dans la mesure où, compte tenu du temps écoulé, il est raisonnable de considérer que les moyens de recours interne ont été épuisés, à considérer que la requête attaque la décision du 6 février 2008 qui rejetait la demande de prestation d'assurance dépendance exceptionnelle formulée par le requérant. C'est là une démarche appropriée à laquelle l'intéressé ne se déclare pas opposé et que le Tribunal suivra donc.

7. L'OEB ayant invité le Tribunal à considérer la requête comme étant dirigée contre la décision du 6 février 2008, il n'y a pas lieu de se demander si la Commission médicale avait ou non compétence pour formuler la recommandation qui a été rejetée par la décision du 9 octobre 2008. Il est ainsi possible de se pencher directement sur le fond de l'affaire.

8. Il convient de noter d'emblée que la question de savoir si une demande peut être accordée à titre de mesure «exceptionnelle» est une question qui appelle un jugement de valeur proche de celui qu'implique une décision relevant du pouvoir d'appréciation de l'organisation. De ce fait, celle-ci ne peut faire l'objet que d'un contrôle limité. Toutefois, elle peut être censurée, entre autres, parce qu'elle implique une erreur de droit et/ou qu'il a été omis de tenir compte de certains faits (voir, par exemple, les jugements 1281, au considérant 2, et 2514, au considérant 13).

9. Dans la mesure où ils ont été invoqués à l'appui de la décision selon laquelle il n'était pas possible d'accorder une prestation d'assurance dépendance exceptionnelle, les motifs avancés dans la décision du 6 février 2008 impliquaient chacun une erreur de droit. Bien que l'article 83bis prévoie que l'assurance dépendance a pour objet «d'apporter un soutien financier forfaitaire destiné à couvrir partiellement les dépenses occasionnées lorsque, du fait d'une diminution importante et durable de son autonomie, la personne assurée a recours à une aide pour l'accomplissement des actes de la vie courante», cette disposition n'entraînerait le refus d'une prestation

exceptionnelle que si la prestation déjà versée suffisait à couvrir les dépenses encourues. Dans le cas d'espèce, il apparaît clairement que la prestation de niveau III ne suffit pas à couvrir ces dépenses. De plus, étant donné que le requérant ne demandait pas le remboursement de dépenses, que ce soit pour des soins infirmiers et apparentés ou pour l'achat d'équipements ou l'aménagement du domicile, la considération selon laquelle la prestation n'était pas conçue comme un système de remboursement direct était dénuée de pertinence et comportait à ce titre une erreur de droit.

10. La deuxième raison avancée pour refuser une prestation exceptionnelle, à savoir que la prestation d'assurance dépendance ne vise pas à couvrir les frais d'aménagement du domicile, ne ressort pas de l'article 83bis. Cet article se réfère à une assurance «contre le risque de dépendance». Cette expression permet d'inclure les dépenses afférentes aux équipements et aux adaptations du domicile et du véhicule destinés à faciliter la prestation des soins et/ou à limiter l'étendue des soins nécessaires. À cet égard, il convient de noter que, dans le jugement 2533, le Tribunal a fait observer que la réparation d'un préjudice incluait bel et bien «les frais passés et futurs d'adaptation du domicile et de l'automobile du requérant» et que ces frais ne se situaient pas «sur un plan différent des autres frais nécessaires encourus par suite de la lésion d'origine professionnelle subie par le requérant». Eu égard à la large acception de l'expression «risque de dépendance», aucune approche différente ne se justifie en matière d'assurance. De plus, l'article 83bis exclut expressément «toute prise en charge de frais médicaux associés au traitement d'une maladie ou occasionnés en cas de grossesse ou d'accident». Compte tenu de cette exclusion spécifique, rien ne permet de repérer d'autres limitations dans l'expression «risque de dépendance».

11. Le troisième motif avancé pour justifier la décision du 6 février 2008 était que le traitement du requérant et la prestation d'assurance dépendance de niveau III qu'il percevait étaient, au total, plus que suffisants pour couvrir les frais afférents à l'aide ménagère et aux soins infirmiers. Il n'y a pas là de quoi empêcher l'octroi d'une

prestation exceptionnelle, notamment dans le cadre d'un régime d'assurance. L'assurance a pour but d'indemniser, que ce soit totalement ou partiellement, et non pas seulement de fournir un filet de sécurité sociale. De plus, ce motif repose sur le point de vue erroné selon lequel il n'y a pas lieu de tenir compte des dépenses en équipements et en aménagement du domicile.

12. Dans ses écritures, l'OEB fait également valoir, en se référant aux avoirs et aux revenus du requérant, que celui-ci ne se trouve pas dans une «situation particulièrement difficile». Il est indiqué au paragraphe 19 du document établi pour justifier l'instauration d'une assurance dépendance que :

«Dans les cas sociaux particulièrement graves [...], il est proposé de prévoir une prestation exceptionnelle, pouvant atteindre au maximum 150% du traitement de base du grade C1/1.»

Toutefois, il n'est question de «situation particulièrement difficile» ni à l'article 83bis, ni dans le Règlement d'application dudit article, ni dans la circulaire n° 266. Cela ne signifie pas que la difficulté de la situation n'est pas une considération pertinente au moment de décider s'il y a lieu ou non d'accorder une prestation exceptionnelle. La difficulté de la situation doit s'apprécier non seulement en fonction du coût des soins infirmiers et autres aides, mais également en fonction des autres dépenses nécessaires pour faciliter ces soins et ces aides ou pour limiter le besoin d'y recourir. En outre, la difficulté de la situation n'est qu'un des divers facteurs pertinents à prendre en compte pour décider s'il y a lieu d'accorder une prestation exceptionnelle.

13. L'expression «prestation exceptionnelle» indique que le cas en question présente des caractéristiques qui le font sortir de l'ordinaire. Ces caractéristiques incluent par exemple la gravité de l'état de santé et/ou des handicaps qui lui sont associés. En outre, il y a lieu de se demander si des soins très poussés sont nécessaires et également si la durée pendant laquelle ils sont requis dépasse sensiblement celle indiquée dans la circulaire n° 266, et si leur coût excède notablement le montant de la prestation versée. Sur ce dernier point, et comme on l'a déjà indiqué, on entend par coût le coût des équipements et des

aménagements propres à faciliter ces soins ou à en limiter la nécessité. Une situation financière difficile est aussi un facteur pertinent, même si son absence n'amène pas nécessairement à conclure que le cas n'est pas exceptionnel, notamment dans le cadre d'une assurance-dommages. Dans le cas d'espèce, la question de la situation financière difficile a été examinée en fonction du coût des soins infirmiers et apparentés, mais sans prendre en compte les dépenses afférentes aux équipements et aux aménagements, bien qu'elles auraient dû l'être. Ces points auxquels il vient d'être fait référence n'ont pas du tout été pris en considération. De ce fait, la décision du 6 février 2008 a aussi omis de tenir compte de faits essentiels.

14. Il s'ensuit que la décision du 6 février 2008 doit être annulée au même titre que la décision ultérieure de la Présidente du 9 octobre 2008. Toutefois, il ne s'ensuit pas que le Tribunal doive accorder à titre rétroactif une prestation exceptionnelle de 150 pour cent du traitement indiqué au paragraphe 10 du Règlement d'application de l'article 83bis. Une prestation exceptionnelle peut être accordée à n'importe quel niveau entre 100 et 150 pour cent de ce traitement. De plus, pour décider si un cas est ou non exceptionnel, il faut d'ordinaire procéder à une comparaison avec le caractère général d'autres cas qui ont abouti au versement d'une prestation d'assurance dépendance. Dans ces conditions, il y a lieu de renvoyer la question à la Présidente pour qu'elle la réexamine à la lumière de ces considérations. Compte tenu du retard survenu, il y a lieu également d'ordonner qu'une décision soit prise dans un délai de soixante jours à compter de la publication du présent jugement et que, si une prestation exceptionnelle est accordée, celle-ci le soit rétroactivement au 14 mai 2007 et porte des intérêts au taux de 8 pour cent l'an depuis les dates d'échéance jusqu'à la date de paiement. Le requérant a droit à 800 euros au titre des dépens, même s'il n'en a pas fait la demande dans sa requête.

Par ces motifs,

DÉCIDE :

1. La décision du 6 février 2008 est annulée comme l'est la décision ultérieure de la Présidente du 9 octobre 2008.
2. La question est renvoyée à la Présidente de l'Office pour qu'une nouvelle décision soit prise dans un délai de soixante jours à compter de la publication du présent jugement.
3. Toute prestation exceptionnelle accordée au requérant devra être rétroactive au 14 mai 2007 et porter intérêt au taux de 8 pour cent l'an depuis les dates d'échéance jusqu'à la date de paiement.
4. L'OEB versera au requérant la somme de 800 euros à titre de dépens.
5. La requête est rejetée pour le surplus.

Ainsi jugé, le 29 octobre 2010, par M^{me} Mary G. Gaudron, Présidente du Tribunal, M. Giuseppe Barbagallo, Juge, et M^{me} Dolores M. Hansen, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Catherine Comtet, Greffière.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 2 février 2011.

MARY G. GAUDRON
GIUSEPPE BARBAGALLO
DOLORES M. HANSEN
CATHERINE COMTET