

C. (n° 4)

c.

Eurocontrol

136^e session

Jugement n° 4699

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la quatrième requête dirigée contre l'Organisation européenne pour la sécurité de la navigation aérienne (Eurocontrol), formée par M. M. C. le 23 octobre 2019, la réponse d'Eurocontrol du 5 février 2020, la réplique du requérant du 11 mars 2020 et la duplique d'Eurocontrol du 17 juin 2020;

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 suivants:

Le requérant conteste les décisions de consolidation de ses lésions sans invalidité permanente.

Fonctionnaire d'Eurocontrol sur le site de Brétigny-sur-Orge (France) depuis 1996, le requérant occupait, au moment des faits, la fonction d'informaticien. Les 12 avril 2012, 17 septembre 2012, 21 février 2015, 7 juillet 2015 et 12 mai 2017, il fut victime de plusieurs accidents, survenus à son domicile, sur son lieu de travail ou au cours du trajet reliant l'un à l'autre, et ayant entraîné une incapacité temporaire de travail, pour lesquels il introduisit les formulaires de déclaration d'accident nécessaires auprès de l'administration. Les frais médicaux liés à ces accidents furent pris en charge par la Caisse Maladie d'Eurocontrol en vertu des dispositions du Règlement d'application n° 10bis du Statut

administratif relatif à la couverture des risques d'accident et de maladie professionnelle.

Le 26 mars 2018, le requérant fut convoqué à une expertise médicale par le Dr C., médecin désigné par la compagnie d'assurances A., avec laquelle Eurocontrol avait conclu un contrat afin de couvrir les risques d'accident et de maladie professionnelle de son personnel. Cette expertise était prévue pour le 4 mai 2018 – date à laquelle elle eut effectivement lieu – et, tel que confirmé par la superviseure de la Caisse Maladie, devait porter sur les cinq accidents dont l'intéressé avait été victime.

Dans ses rapports d'expertise du 4 mai 2018, établis donc le même jour que l'expertise médicale qu'il avait réalisée concernant seulement les trois premiers accidents du requérant, le Dr C. conclut à la consolidation des lésions consécutives à ces trois accidents, respectivement depuis les 12 octobre 2012, 17 mars 2013 et 21 mai 2015, ainsi qu'à l'absence d'incapacité permanente partielle en résultant pour le requérant. La notion de consolidation des lésions est définie au paragraphe 3 de l'article 19 du Règlement d'application n° 10bis, qui se lit ainsi qu'il suit: «[l]es séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle sont consolidées lorsque ces séquelles sont stabilisées ou qu'elles ne s'atténueront que très lentement et d'une façon très limitée».

Le 17 mai 2018, la compagnie d'assurances C., mandataire de la compagnie A., informa Eurocontrol de la consolidation des lésions de l'intéressé pour les accidents des 12 avril et 17 septembre 2012, ainsi que du fait qu'il n'y avait pas d'invalidité permanente à retenir pour ces deux accidents. La compagnie A. fit de même, le 15 juin 2018, concernant l'accident du 21 février 2015.

Par deux lettres du 23 mai 2018, la superviseure de la Caisse Maladie informa le requérant que le Directeur général «a[vait] accepté l'avis» adressé par la compagnie d'assurances C. le 17 mai précédent. Elle l'informa également qu'il pouvait contester le formulaire de décharge de responsabilité en vertu des dispositions pertinentes du Règlement d'application n° 10bis, notamment les articles 18 et 20 de celui-ci. Une lettre quasi identique fut adressée à l'intéressé le 28 juin 2018 s'agissant de son accident du 21 février 2015, pour lequel le

Directeur général «a[vait] accepté l'avis» émis par la compagnie A. le 15 juin 2018.

Le 2 août 2018, le requérant introduisit une réclamation au titre du paragraphe 2 de l'article 92 du Statut administratif. Il demanda le retrait des décisions contenues dans ces trois lettres, la poursuite de la prise en charge des frais médicaux liés aux trois accidents susvisés, le versement d'une indemnité d'au moins 20 000 euros pour le préjudice moral qu'il estimait avoir subi et l'octroi de dépens à hauteur de 2 500 euros. Le 7 août, la chef de l'Unité des ressources humaines et services en accusa réception et informa l'intéressé de l'examen de sa réclamation par le service compétent et de la transmission de celle-ci à la Commission paritaire des litiges. Cette transmission eut lieu le même jour.

Le 6 septembre suivant, le service en question de la Caisse Maladie fit savoir au requérant que, faute d'avoir reçu des nouvelles de sa part concernant les dossiers relatifs aux trois accidents survenus entre 2012 et 2015, des «décisions définitives de clôture» allaient être rédigées. Surpris, le requérant s'enquit, le 24 septembre 2018, de l'état d'avancement du traitement de sa réclamation. La chef de l'Unité des ressources humaines et services lui répondit le 14 novembre 2018 que, après analyse, il n'avait pas épuisé les voies de recours prévues par le Règlement d'application n° 10bis précité – qui autorisaient la saisine d'une commission médicale afin qu'un avis soit rendu sur les «projet[s]» de décision des 23 mai et 28 juin 2018 –, mais qu'un délai supplémentaire de trente jours lui était octroyé pour demander une telle saisine, à la suite de quoi une décision finale serait prise par le Directeur général. Cette décision pourrait alors, le cas échéant, être contestée par le biais d'une réclamation au titre du paragraphe 2 de l'article 92 du Statut administratif. Le 12 décembre 2018, le requérant indiqua ne pas vouloir saisir la commission médicale et demanda que sa réclamation du 2 août soit considérée comme valide et qu'une décision soit prise au sujet de celle-ci.

Le 13 décembre 2018, le requérant fut informé des décisions prises le même jour par délégation de pouvoir du Directeur général et consolidant ses lésions sans incapacité permanente au 4 mai 2018 pour les accidents

des 12 avril et 17 septembre 2012, et au 21 mai 2018 pour celui du 21 février 2015.

La Commission paritaire des litiges rendit son avis le 5 juillet 2019. Ses quatre membres furent unanimes à reconnaître la recevabilité de la réclamation. Sur le fond, deux membres conclurent au bien-fondé de celle-ci en raison du fait que le Règlement d'application n° 10bis ne prévoyait ni l'intervention de compagnies d'assurances privées ni la désignation par celles-ci de médecins compétents pour procéder à des examens médicaux liés à des accidents. Les deux autres membres, qui considéraient, au contraire, que l'Organisation avait correctement suivi la procédure prévue et avait apporté son soutien au requérant tout au long de celle-ci, faisant ainsi preuve de diligence, conclurent à l'absence de fondement de la réclamation.

Par une lettre du 1^{er} août 2019, le requérant fut informé que la chef de l'Unité des ressources humaines et services, agissant par délégation de pouvoir du Directeur général, avait entériné les conclusions de ces deux derniers membres et que, partant, sa réclamation était rejetée. Telle est la décision attaquée.

Le requérant demande au Tribunal d'annuler la décision attaquée, ainsi que les décisions «définitives» antérieures des 23 mai et 28 juin 2018, d'ordonner à Eurocontrol la poursuite de la prise en charge des frais médicaux consécutifs aux accidents litigieux et la réalisation d'une nouvelle expertise médicale par un médecin indépendant de toute compagnie d'assurances. Il sollicite également l'octroi d'une réparation pour le préjudice moral qu'il prétend avoir subi, qu'il évalue à 50 000 euros, ainsi que d'une indemnité de 10 000 euros pour le délai anormalement long de traitement de sa réclamation, et l'octroi d'une somme globale de 9 500 euros à titre de dépens pour les recours administratif et contentieux.

Eurocontrol, pour sa part, affirme que la réclamation du 2 août 2018 et, par voie de conséquence, la présente requête, sont irrecevables, faute pour le requérant d'avoir suivi la procédure de contestation prévue par le Règlement d'application n° 10bis. Elle demande au Tribunal de rejeter la requête comme irrecevable et, à titre subsidiaire, comme infondée.

CONSIDÈRE:

1. Le requérant sollicite essentiellement l'annulation de ce qu'il considère être les trois décisions «définitives» prises par la superviseure de la Caisse Maladie les 23 mai et 28 juin 2018, par lesquelles il a été averti que les lésions résultant des accidents qu'il avait subis les 12 avril 2012, 17 septembre 2012 et 21 février 2015 étaient consolidées et n'avaient pas occasionné d'invalidité permanente, ainsi que de la décision de la chef de l'Unité des ressources humaines et services, prise le 1^{er} août 2019, rejetant pour absence de fondement la réclamation introduite à l'encontre de ces trois décisions, et ce après qu'un avis consultatif eut été donné par la Commission paritaire des litiges le 5 juillet 2019.

2. Le litige porte sur la question de savoir si, d'une part, la procédure ainsi suivie pour conclure à la consolidation des lésions et à l'absence d'invalidité permanente du requérant s'agissant des trois accidents susvisés a bien été menée conformément à ce que prévoit le Règlement d'application n° 10bis du Statut administratif relatif à la couverture des risques d'accident et de maladie professionnelle et si, d'autre part, les décisions des 23 mai et 28 juin 2018, considérées comme «définitives» par l'intéressé, ainsi que la décision attaquée du 1^{er} août 2019, ont bien été prises par les autorités compétentes à cet égard.

3. Les dispositions pertinentes du Règlement d'application n° 10bis se lisent comme suit:

«CHAPITRE III
PROCÉDURE

[...]

Article 17

Expertise médicale

L'administration peut solliciter toute expertise médicale nécessaire pour l'application de la présente réglementation.

L'absence de l'assuré à la convocation du médecin désigné par le Directeur général entraîne la clôture du dossier, sauf cas de force majeure ou tout autre motif légitime et sous réserve de l'application de l'article 21.

Article 18

Décisions

Les décisions relatives à la reconnaissance de l'origine accidentelle d'un événement, qu'il soit attribué aux risques résultant du travail ou de la vie privée, et les décisions qui y sont liées relatives à la reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie ainsi qu'à la fixation du degré d'invalidité permanente, sont prises par le Directeur général suivant la procédure prévue à l'article 20 :

- sur la base des conclusions émises par le ou les médecins désignés par le Directeur général,

et

- si l'assuré le requiert, après consultation de la commission médicale prévue à l'article 22.

[...]

Article 20

Projet de décision et recours à la commission médicale

1. Avant de prendre une décision en vertu de l'article 18, le Directeur général notifie à l'assuré ou à ses ayants droit le projet de décision, accompagné des conclusions du ou des médecins désignés par l'Agence. L'assuré ou ses ayants droit peuvent demander que le rapport médical complet soit transmis au médecin de leur choix ou que celui-ci leur soit communiqué.
2. L'assuré ou ses ayants droit peuvent, dans un délai de soixante jours, demander que la commission médicale prévue à l'article 22 donne son avis. La demande de saisine de la commission médicale doit préciser le nom du médecin représentant l'assuré ou ses ayants droit accompagnée du rapport de ce médecin précisant les questions médicales contestées au médecin ou aux médecins désignés par le Directeur général aux fins de l'application des dispositions de la présente réglementation.
3. Si, à l'expiration de ce délai, aucune demande de consultation de la commission médicale n'a été déposée, le Directeur général prend la décision telle que le projet en a été notifié.

[...]

Article 22

Commission médicale

1. La commission médicale est composée de trois médecins désignés :
 - le premier, par le Directeur général,
 - le deuxième, par l'assuré ou ses ayants droit,
 - le troisième, du commun accord des deux médecins ainsi désignés.

[...]

2. Le Directeur général établit le mandat confié à la commission médicale. Ce mandat couvre les questions d'ordre médical soulevées par le rapport du médecin représentant l'assuré ou ses ayants droit et d'autres rapports médicaux pertinents transmis au titre de l'article 20, paragraphe 2.

Les honoraires et frais des médecins composant la commission médicale sont fixés par référence à un barème arrêté par les Chefs d'administration des institutions communautaires, selon la complexité du dossier confié à la commission médicale.

Avant de confirmer le mandat donné à la commission médicale, le Directeur général informe l'assuré ou ses ayants droit des honoraires et frais qui sont susceptibles de rester à leur charge en application du paragraphe 4. En aucun cas l'assuré ou ses ayants droit [ne] peuvent récuser le troisième médecin à cause du montant des honoraires et frais demandés par celui-ci. Toutefois, et à tout moment il leur est loisible de renoncer à la procédure de saisine de la commission médicale. Dans ce cas, les honoraires et frais du médecin choisi par l'assuré ou ses ayants droit, et la moitié des honoraires et frais du troisième médecin, restent à leur charge pour la partie des travaux accomplis.

L'assuré ou ses ayants droit demeurent redevables envers son médecin des sommes convenues avec lui, indépendamment de ce qu'accepte de payer l'Agence.

3. La commission médicale examine de manière collégiale la totalité des documents disponibles et susceptibles de lui être utiles pour ses appréciations et toute décision est adoptée à la majorité [...]

La commission médicale ne peut émettre des avis médicaux que sur les faits qui sont soumis à son analyse ou qui sont portés à sa connaissance.

[...]

4. Les frais des travaux de la commission médicale sont supportés par l'Agence.

Toutefois, lorsque l'avis de la commission médicale est conforme au projet de décision du Directeur général, l'assuré ou ses ayants droit doivent supporter les honoraires et frais accessoires du médecin qu'ils ont choisi et la moitié des honoraires et frais accessoires du troisième médecin, le solde étant à la charge de l'Agence, sauf lorsqu'il s'agit d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions ou sur le chemin du travail.

Dans le cas où le médecin désigné par l'assuré réside hors du lieu d'affectation de ce dernier, l'assuré supporte le supplément d'honoraires qu'entraîne cette désignation, à l'exception des frais de transport en première classe chemin de fer ou en classe économique avion qui sont remboursés par l'Agence. Cette disposition n'est pas applicable lorsqu'il s'agit d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions, ou sur le chemin du travail, ou d'une maladie professionnelle.

5. Dans des cas exceptionnels et par décision du Directeur général prise après avis du médecin désigné par celui-ci, tous les frais visés aux paragraphes 1 à 4 peuvent être pris en charge par l'Agence.

[...]»

4. À l'appui de sa requête, le requérant invoque plusieurs motifs d'illégalité visant tant la décision attaquée que les décisions, selon lui «définitives», qui ont fait l'objet de sa réclamation. Le Tribunal procédera à l'examen de ces divers motifs dans l'ordre logique de la procédure suivie en la matière.

5. En premier lieu, le requérant observe, comme l'ont d'ailleurs fait deux membres de la Commission paritaire des litiges, que le médecin qui a procédé à l'expertise médicale du 4 mai 2018, le Dr C., n'aurait pas été désigné par le Directeur général, comme le prévoient les articles 17, 18 et 20 du Règlement administratif n° 10bis, mais par les deux compagnies d'assurances en charge de la couverture des frais médicaux relatifs aux trois accidents dont l'intéressé a été victime les 12 avril 2012, 17 septembre 2012 et 21 février 2015. Il y aurait donc, selon le requérant, à la fois violation des dispositions pertinentes applicables en la matière et conflit d'intérêts, ce médecin étant lié aux compagnies d'assurances dont les intérêts financiers étaient en cause.

Le Tribunal relève que le Dr C. était désigné par la compagnie d'assurances A. et la défenderesse fait valoir à cet égard qu'un contrat avait été conclu par elle avec cette compagnie, en vertu duquel celle-ci était chargée de couvrir les risques d'accident et de maladie professionnelle du personnel d'Eurocontrol, ce qui impliquait notamment le suivi de tout l'aspect médical y relatif, en ce inclus les expertises médicales par des médecins désignés par la compagnie à cet effet. Il s'ensuit que, dans le cadre de l'exécution d'un tel contrat, il peut être considéré que le Directeur général a accepté que les médecins désignés par la compagnie d'assurances A. soient considérés comme des médecins désignés par lui-même en application des dispositions précitées du Règlement administratif n° 10bis.

Par ailleurs, le Tribunal n'aperçoit pas en quoi la circonstance que le médecin soit désigné par la compagnie d'assurances sur la base d'une liste préalablement acceptée par Eurocontrol créerait une situation de conflit d'intérêts, étant observé que, si l'Organisation désignait elle-même ce médecin, la question ainsi soulevée se poserait tout autant car ce sont alors ses propres intérêts financiers qui seraient directement mis en cause.

Le premier motif d'illégalité invoqué par le requérant n'est, en conséquence, pas fondé.

6. En deuxième lieu, le requérant soutient que le Dr C. aurait failli à sa mission en ce qu'il n'aurait pris en considération qu'un seul accident, à savoir celui survenu le 21 février 2015, alors qu'il avait été mandaté pour procéder à l'expertise de plusieurs accidents. Ce médecin aurait également manqué à son obligation de procéder à un «examen approfondi et sérieux» du fait qu'il n'aurait pas tenu compte, lors de l'établissement de son rapport, des différents arguments et pièces d'ordre médical soumis par l'intéressé au cours de l'expertise. Enfin, le rapport médical établi par ce médecin serait entaché d'incohérences en ce qu'il y serait fait mention d'une consolidation au 21 mai 2015 des lésions dues à l'accident du 21 février 2015, soit trois mois seulement après celui-ci.

Il ressort toutefois du dossier que le Dr C. a réalisé une expertise médicale le 4 mai 2018 et que cette expertise a donné lieu à l'établissement de trois rapports du même jour relatifs aux accidents survenus les 12 avril 2012, 17 septembre 2012 et 21 février 2015. Dans chacun de ces rapports, le Dr C. a considéré que la consolidation des lésions, sans reconnaissance d'une incapacité permanente partielle, était acquise le 12 octobre 2012 pour ce qui concernait le premier accident, le 17 mars 2013 pour ce qui concernait le deuxième et le 21 mai 2015 pour ce qui concernait le troisième. En tout état de cause, le Tribunal note que les dates finales de consolidation retenues par la superviseure de la Caisse Maladie ont été le 4 mai 2018 pour les deux premiers accidents et le 21 mai 2018 pour le troisième, ce qui est plus favorable au requérant que les dates retenues par le Dr C. Par ailleurs, contrairement à ce qu'affirme l'intéressé, il est renvoyé, dans chacun de ces rapports, tant à des radiographies qu'à un examen par scanner. Pour le surplus, il n'appartient pas au Tribunal, sur les questions d'ordre médical, de substituer sa propre appréciation à celle qui a été formulée par des experts médicaux (voir, notamment, les jugements 4473, au considérant 13, 4464, au considérant 7, et 3361, au considérant 8).

Il n'y a dès lors pas lieu de retenir les différents motifs d'illégalité invoqués à l'encontre de l'expertise médicale à laquelle a procédé le Dr C.

7. En troisième lieu, le requérant invoque différents motifs d'illégalité contre ce qu'il considère être les trois décisions «définitives» qui auraient été prises, les 23 mai et 28 juin 2018, par la superviseure de la Caisse Maladie déclarant agir pour le Directeur général et par délégation de pouvoir de celui-ci: 1) cette dernière ne disposerait pas d'une délégation de pouvoir valable lui permettant de prendre de telles décisions ayant pour effet de clôturer les dossiers d'accident; 2) il y aurait un conflit d'intérêts du fait que, en tant que gestionnaire de la Caisse Maladie, son approche serait principalement financière au détriment de toute considération pour les problèmes de santé des fonctionnaires concernés; 3) les décisions en question ne reposeraient sur aucune motivation, étant donné qu'elles se limiteraient à renvoyer à des rapports d'expertise qui n'émanent pas d'un médecin

dûment désigné par le Directeur général; et 4) ces rapports d'expertise n'auraient pas été communiqués au requérant, celui-ci n'ayant par ailleurs pas été entendu avant toute prise de décision défavorable le concernant.

8. Le Tribunal tient tout d'abord à relever que, comme l'affirme la défenderesse, les trois décisions qui ont été prises par la superviseure de la Caisse Maladie les 23 mai et 28 juin 2018 constituent bien des «projet[s]» de décision au sens de l'article 20 du Règlement administratif n° 10bis, dont le paragraphe 3 précise de manière expresse que le Directeur général prendra «la décision telle que le projet en a été notifié» si, à l'expiration du délai de soixante jours à compter de la communication du «projet» de décision, accompagné des conclusions du ou des médecins désignés par l'Agence, l'assuré n'a pas déposé de demande de saisine de la commission médicale prévue à l'article 22 de ce même règlement. Cela ressort par ailleurs aussi à l'évidence de ce que, dans ces mêmes lettres, le requérant a été expressément invité à informer la superviseure de la Caisse Maladie de sa décision en la matière, et ce dans le délai de soixante jours susvisé. Cela ressort encore à l'évidence du mémorandum interne adressé au requérant par la chef de l'Unité des ressources humaines et services le 14 novembre 2018, dans lequel il a été rappelé que les lettres des 23 mai et 28 juin 2018 précitées ne constituaient que des «projet[s]» de décision et qu'un délai supplémentaire de trente jours lui était octroyé afin de demander la saisine de la commission médicale, à la suite de quoi l'intéressé, par courriel du 12 décembre 2018, a déclaré ne pas avoir saisi ni vouloir saisir ladite commission. C'est dans ce contexte que la superviseure de la Caisse Maladie a pris, le 13 décembre 2018, les trois décisions qui constituent bien, cette fois, des décisions « finales » concernant les dates de consolidation des lésions pour les trois accidents concernés sans reconnaissance d'incapacité permanente partielle, décisions qui ont ensuite été soumises à l'avis de la Commission paritaire des litiges. Dans ces circonstances, le Tribunal considère que les motifs d'illégalité invoqués ci-avant doivent être considérés comme dirigés contre les trois décisions de la superviseure de la Caisse Maladie du 13 décembre 2018

précitées, qui se sont substituées au cours de la procédure de recours interne aux «projet[s]» de décision initialement contestés.

À cet égard, le Tribunal observe que, par application cumulative de la décision du Directeur général n° XI/14 (2016) du 1^{er} décembre 2016, relative à la délégation de signature des actes prévus, notamment, par le Statut administratif et à la délégation de pouvoir pour certaines décisions administratives, et de la décision du Directeur principal des ressources n° DR/II/01 (2017) du 1^{er} septembre 2017, relative à la subdélégation donnée par ce directeur à l'effet de signer des actes prévus notamment par le Statut administratif, la superviseure de la Caisse Maladie, a, en application tant de l'article 1^{er}, sixième point, de la décision n° XI/14 (2016), précitée, que de l'alinéa 6 de l'article 1^{er} de la décision n° DR/II/01 (2017), précitée, bien reçu subdélégation à l'effet de signer «les actes qui relèvent du régime d'assurance maladie et pour lesquels le Directeur [principal] des [r]essources a reçu délégation de signature par la [d]écision du [Directeur général] n° XI/14 (2016) du 01.12.2016». Or, tant les «projet[s]» de décision des 23 mai et 28 juin 2018 que les décisions du 13 décembre 2018 constituent bien des actes qui relèvent du régime d'assurance maladie d'Eurocontrol.

L'affirmation selon laquelle la superviseure de la Caisse Maladie, du seul fait qu'elle serait «gestionnaire» de cette caisse, serait en situation de conflit d'intérêts repose sur une simple pétition de principe, dénuée de tout commencement de preuve, alors que rien dans les pièces déposées par les parties ne permet de supposer que tel aurait été le cas en l'espèce. Si une telle affirmation devait par ailleurs être suivie, cela reviendrait à considérer qu'il serait, en soi, interdit à toute organisation internationale de créer au profit de ses fonctionnaires une caisse d'assurance maladie et invalidité en son sein ou, à tout le moins, que cette organisation serait obligée de désigner un organe tiers afin de gérer une caisse créée en son sein, ce qui est indéfendable. Le Tribunal observe du reste qu'en l'espèce, comme il l'a déjà été dit, la superviseure de la Caisse Maladie a pris, le 13 décembre 2018, des décisions plus favorables au requérant que ne l'étaient les conclusions du Dr C. quant aux dates de consolidation des lésions litigieuses.

Contrairement à ce que soutient par ailleurs le requérant, tant les «projet[s]» de décision des 23 mai et 28 juin 2018 que les décisions prises par la superviseure de la Caisse Maladie le 13 décembre 2018 sont adéquatement motivés par le renvoi aux avis adressés par les compagnies d'assurances et aux conclusions du Dr C., par l'indication de la date de consolidation des lésions pour chacun des accidents concernés, ainsi que par l'indication de ce qu'aucun de ces trois accidents n'est considéré comme ayant pu occasionner une incapacité permanente partielle.

L'affirmation selon laquelle le requérant n'aurait pas reçu les rapports d'expertise du Dr C., ou du moins certains d'entre eux, lors de la communication des «projet[s]» de décision et des décisions de la superviseure de la Caisse Maladie est, selon le Tribunal, contredite par l'indication dans ces documents, et notamment dans les décisions du 13 décembre 2018, de ce que les «conclusions médicales du (des) médecin(s) nommé(s) par l'Agence [ont bien été] adressées à [l'intéressé]». La défenderesse précise par ailleurs que les lettres des 23 mai et 28 juin 2018 contenaient chacune, en annexe, une lettre justifiant la date de consolidation des lésions retenue ainsi que, «sous pli fermé à l'attention personnelle et confidentielle» du requérant, le rapport d'expertise médicale y relatif. Si tel n'avait finalement pas été le cas à la suite d'une erreur matérielle commise par l'Organisation, il incombait en effet, dans ces circonstances, à l'intéressé de solliciter la communication de ce rapport. Or, non seulement il ne l'a pas fait, mais, au contraire, il a, par courriel du 16 juillet 2018, déclaré n'être absolument pas d'accord avec les conclusions du Dr C., ce qui établit clairement qu'il avait connaissance de celles-ci.

Enfin, contrairement à ce qu'il soutient, le requérant a bien eu l'occasion d'être entendu, conformément à ce que prévoient en la matière les dispositions du Règlement d'application n° 10bis. Il a en effet eu l'occasion de faire valoir ses arguments d'ordre médical lors de l'expertise réalisée par le Dr C. le 4 mai 2018 et l'opportunité lui a été donnée de contredire les conclusions de ce médecin, notamment en demandant la saisine préalable de la commission médicale, ce qu'il s'est abstenu de faire. Il ressort par ailleurs de différentes lettres adressées

par le requérant à l'Organisation, avant même que ne soient prises les décisions du 13 décembre 2018, notamment de sa réclamation du 2 août 2018 et de son courriel du 12 décembre 2018, que celui-ci a eu la possibilité de faire valoir en temps utile ses arguments auprès d'Eurocontrol.

Il résulte de ce qui précède que les divers motifs d'illégalité invoqués par le requérant à l'encontre des décisions prises par la superviseure de la Caisse Maladie sont dépourvus de toute pertinence.

9. En quatrième lieu, le requérant se plaint, sous divers angles, de la manière dont sa réclamation interne a été traitée: 1) la façon dont l'administration a accusé réception de la réclamation, d'abord en l'accueillant puis en la déclarant irrecevable, serait constitutive d'une manœuvre «déloyale et non isolée» pour le priver de son droit d'exercer son recours; 2) le délai dans lequel a été traitée sa réclamation, soit un an, serait anormalement long; et 3) l'influence qu'exercerait la chef de l'Unité des ressources humaines et services au sein de la Commission paritaire des litiges, par l'intermédiaire de son «subordonné direct» agissant en tant que secrétaire de cette commission, serait incompatible avec la nécessaire indépendance qui doit être reconnue à cet organe.

S'agissant du premier moyen, le Tribunal observe que l'administration a effectivement manqué de cohérence dans la manière dont elle a accusé réception de la réclamation interne introduite par le requérant le 2 août 2018. Mais, d'une part, ce dernier est lui-même pour partie responsable de l'erreur ainsi commise dès lors qu'il avait déposé son recours, de façon prématurée, à l'encontre de simples «projet[s]» de décision. D'autre part, cela n'a pas porté atteinte au droit de recours de l'intéressé dès lors qu'un délai supplémentaire de trente jours lui a été accordé pour saisir, le cas échéant, la commission médicale. Ce n'est en effet qu'après l'expiration de ce délai, et après que l'intéressé eut expressément déclaré ne pas vouloir saisir cette commission, que les trois décisions du 13 décembre 2018 ont été prises et qu'elles ont été transmises à la Commission paritaire des litiges dans le cadre de la réclamation introduite par le requérant le 2 août 2018. Ce premier moyen ne peut donc pas être retenu.

Le Tribunal considère par ailleurs que le délai total dans lequel l'Organisation a pris la décision finale du 1^{er} août 2019, soit un an après l'introduction par le requérant de sa réclamation, n'apparaît pas déraisonnable au regard des circonstances particulières de l'espèce, même si on peut certes regretter que la procédure ait souffert d'une certaine confusion dans sa phase initiale, imputable tant à l'Organisation qu'au requérant lui-même, qui a eu pour effet d'en retarder le déroulement. Ce deuxième moyen n'est donc pas non plus fondé.

Enfin, la circonstance que le secrétaire de la Commission paritaire des litiges soit un «subordonné direct» de la chef de l'Unité des ressources humaines et services n'est pas de nature en elle-même à mettre en cause l'indépendance et l'impartialité de cet organe (voir, en ce sens, le jugement 4594, au considérant 5). Le troisième moyen est, lui aussi, dénué de fondement.

10. En cinquième et dernier lieu, le requérant soulève, à l'encontre de la décision finale prise le 1^{er} août 2019 par la chef de l'Unité des ressources humaines et services, des moyens tirés de diverses «irrégularités graves», dont certains ne peuvent qu'être écartés par voie de conséquence de ce qui a déjà été dit plus haut ou sont, à l'évidence, inopérants.

11. Au titre des différents moyens devant encore être examinés par le Tribunal, le requérant invoque, en premier lieu, l'incompétence de l'auteur de cette décision.

Le Tribunal observe que, en application combinée de l'article premier de la décision du Directeur général n° I/25 (2018) du 20 avril 2018 sur l'organisation de l'Agence, de la décision du Directeur général n° XI/14 (2016) du 1^{er} décembre 2016 précitée, ainsi que de l'article premier de la décision du Directeur principal des ressources n° DR/II/01 (2017) du 1^{er} septembre 2017 précitée, M^{me} D., en sa qualité de chef de l'Unité des ressources humaines et services, anciennement Service des ressources humaines et de l'administration du personnel de la Direction des ressources, avait bien reçu subdélégation à l'effet de signer les actes qui relèvent de ses attributions, celles-ci concernant, entre autres, «les

décisions et documents portant sur la procédure de réclamation». Ce moyen ne peut donc être retenu.

En deuxième lieu, le requérant soutient que c'est en violation de son droit de recours que lui a été opposée dans la décision attaquée une irrecevabilité partielle de son recours interne tenant au fait qu'il n'avait pas contesté les aspects médicaux des «projet[s]» de décision devant la commission médicale. Mais le Tribunal constate qu'en considérant qu'il ne pouvait contester ces aspects de la décision devant la Commission paritaire des litiges qu'après avoir saisi la commission médicale, l'Organisation n'a fait qu'appliquer les dispositions citées plus haut de l'article 22 du Règlement d'application n° 10bis. Le Tribunal, qui observe que le requérant ne soulève pas, en tout état de cause, d'exception d'illégalité de ces dispositions, écartera donc ce moyen.

En troisième lieu, le requérant soutient que la décision attaquée ne serait pas suffisamment motivée. Mais le Tribunal considère que la motivation sur laquelle s'appuie la décision du 1^{er} août 2019 constitue une réponse adéquate aux différents arguments formulés par l'intéressé dans sa réclamation du 2 août 2018, complétée par son courriel du 12 décembre 2018. En effet, la chef de l'Unité des ressources humaines et services a notamment renvoyé, dans sa décision, à l'avis de la Commission paritaire des litiges, en précisant qu'elle s'appropriait l'opinion des deux membres qui avaient estimé que la réclamation n'était pas fondée, ce qui satisfait en soi aux exigences de la jurisprudence (voir les jugements 4473, aux considérants 4 et 5, et 4281, au considérant 11). En outre, elle y a précisé les raisons pour lesquelles elle considérait que la procédure suivie avait été régulière et que la contestation, dans son aspect médical, était forclosée. Cette motivation était suffisante et adéquate au regard de l'argumentation du requérant. Ce dernier moyen sera donc également écarté.

12. Il résulte de ce qui précède que la requête doit être rejetée en toutes ses conclusions, sans qu'il soit besoin de statuer sur la fin de non-recevoir soulevée par la défenderesse.

Par ces motifs,

DÉCIDE:

La requête est rejetée.

Ainsi jugé, le 2 mai 2023, par M. Patrick Frydman, Vice-président du Tribunal, M. Jacques Jaumotte, Juge, et M. Clément Gascon, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Dražen Petrović, Greffier.

Prononcé le 7 juillet 2023 sous forme d'enregistrement vidéo diffusé sur le site Internet du Tribunal.

PATRICK FRYDMAN

JACQUES JAUMOTTE

CLÉMENT GASCON

DRAŽEN PETROVIĆ