

Le Tribunal administratif,

Vu la requête dirigée contre l'Organisation européenne des brevets (OEB), formée par M. Félix Borrelly le 31 mai 2000 et régularisée le 11 juillet, et la réponse de l'Organisation en date du 6 octobre 2000;

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. Le requérant, ressortissant français né en 1937, est fonctionnaire de l'Office européen des brevets, secrétariat de l'OEB. Le 17 juillet 1997, alors qu'il était en congé en France, il dut être opéré au Centre hospitalier universitaire de Nice pour un décollement de la rétine à l'œil droit. Le 22 juillet, l'assistante sociale de l'hôpital demanda par télécopie à l'Office à Munich la prise en charge d'un séjour de convalescence dans un centre de repos situé à Antibes à compter du 24 juillet. Le courtier d'assurances Van Breda, compagnie chargée de la gestion courante du contrat collectif d'assurance conclu par l'OEB, refusa par téléphone la prise en charge. Dans son certificat adressé par télécopie à l'Office le 25 juillet, le médecin traitant au Centre hospitalier de Nice attesta que l'état de l'œil du requérant «contre-indiqu[ait] un long trajet en voiture et nécessit[ait] un repos de 1 mois associé à une surveillance régulière». Le jour même, après avoir consulté son médecin-conseil, Van Breda confirma par écrit à l'Office son refus de prise en charge. Le requérant fut accueilli par sa famille vivant dans l'arrière-pays niçois, à plus de quatre-vingts kilomètres d'un cabinet ophtalmologique où il devait se rendre régulièrement. Peu après son retour à Munich, il dut subir une seconde opération à l'œil droit.

Par lettre du 15 décembre 1997, le requérant demanda au Président de l'Office : 1) de faire en sorte que Van Breda réponde des conséquences civiles et pénales de sa démarche; 2) d'examiner les «insuffisances graves» de la couverture sociale du personnel de l'OEB; 3) de condamner les pratiques de Van Breda; et 4) à être indemnisé du préjudice physique et moral subi en raison du refus de prise en charge. En cas de rejet de sa demande, il voulait que sa lettre soit considérée comme un recours interne.

Ayant obtenu des explications de l'assureur, le Président informa le requérant, par lettre du 9 février 1998, des motifs invoqués pour justifier le refus de prise en charge. Le médecin-conseil de Van Breda, après avoir consulté un ophtalmologue, avait estimé qu'un séjour dans un centre de repos n'était pas médicalement indispensable suite à une opération du type de celle qu'il avait subie; d'ailleurs une simple période de repos sous surveillance médicale avait été recommandée par le médecin traitant. Le Président proposait cependant de solliciter l'avis du médecin-conseil de l'Office et pria le requérant de contacter l'administration à cet effet.

Le 17 avril, le requérant répondit que son recours ne visait pas à obtenir des explications mais une indemnisation pour le préjudice subi en raison de la non-exécution du contrat d'assurance par Van Breda. Par lettre du 30 avril, le directeur chargé du développement du personnel rappela l'offre du Président de consulter le médecin-conseil de l'Office dont l'opinion pourrait, le cas échéant, être contestée par le requérant devant la Commission d'invalidité. En attendant que le litige médical soit tranché, il proposait de maintenir le recours interne en l'état. Le requérant répondit le 26 mai que la question d'ordre juridique -- à savoir la violation du contrat collectif d'assurance -- devait être résolue en premier lieu. Par conséquent, bien qu'acceptant de rencontrer le médecin-conseil, il demandait que son recours soit examiné sans délai.

Le 6 juillet 1998, le médecin-conseil de l'Office confirma la position de Van Breda et, le 8 juillet, le directeur chargé du développement du personnel demanda au requérant s'il désirait saisir la Commission d'invalidité. Le

requérant contesta le 27 août l'avis du médecin-conseil au motif que référence était faite à un traitement au laser alors qu'il avait subi une intervention chirurgicale. Le 23 septembre 1998, le médecin-conseil modifia légèrement son avis, citant un certificat établi par l'ophtalmologue du requérant le 5 décembre 1997, dont il ressortait que ce dernier avait subi «une double opération des yeux suivie d'un traitement étendu au laser».

Le 7 octobre 1999, le directeur chargé du développement du personnel demanda de nouveau au requérant s'il désirait maintenir son recours interne ou saisir la Commission d'invalidité. Le requérant répondit, le 28 octobre, qu'il maintenait son recours. Par un avis en date du 15 février 2000, la Commission de recours, citant la jurisprudence du Tribunal de céans, en recommanda le rejet à l'unanimité. Par lettre du 8 mars 2000, qui constitue la décision attaquée, le directeur principal du personnel informa le requérant que, conformément à l'avis de la Commission, le Président rejetait son recours.

B. Le requérant soutient que Van Breda n'avait pas à rechercher un contravis médical concernant sa demande de prise en charge. En effet, les relations entre le requérant et son assurance sont régies par un contrat qui ne prévoit pas un tel contravis pour un transfert direct à la sortie de l'hôpital vers un établissement placé sous direction et surveillance médicales. Il y a donc eu violation des dispositions contractuelles. Par ailleurs, il estime que la jurisprudence à laquelle la Commission de recours a fait référence n'est pas applicable car les circonstances de l'espèce sont différentes.

Subsidiairement, le requérant fait valoir que, dans l'hypothèse où un contravis médical était autorisé, l'assureur aurait dû s'informer sur l'état de santé du requérant avant d'émettre un tel avis. Or il ne l'a pas fait et doit être tenu pour responsable des conséquences qui en sont résultées. Enfin, l'assureur puis la Commission auraient mal interprété le certificat médical du médecin traitant en estimant que le séjour en centre de repos n'était pas médicalement nécessaire. En France, l'usage veut qu'une demande de transfert faite par un hôpital soit présumée justifiée.

Le requérant demande l'annulation de la décision contestée, 60 000 marks allemands en réparation du préjudice physique et moral, et des dépens.

C. Dans sa réponse, l'OEB soutient que la requête est partiellement irrecevable car les litiges d'ordre médical relèvent de la compétence de la Commission d'invalidité à la saisine de laquelle le requérant s'est jusqu'à présent toujours opposé. Seule est recevable la question du droit de contrôle de Van Breda quant à la nécessité médicale des prestations dont le remboursement est demandé.

La défenderesse rappelle que, selon la jurisprudence du Tribunal de céans, l'assureur bénéficie d'un droit de contrôle sur le caractère nécessaire et/ou approprié de la prestation et que l'absence de disposition expresse à cet effet dans le contrat d'assurance collectif n'est d'aucun secours à la thèse du requérant. Les documents soumis par celui-ci ne prouvent pas la nécessité d'un séjour dans un centre de repos; le certificat initial du médecin traitant recommandait uniquement un repos d'un mois associé à une surveillance régulière. L'OEB estime que Van Breda n'a pas négligé son obligation de s'informer puisqu'elle a pris l'avis de son médecin-conseil et d'un ophtalmologue. Par ailleurs, elle n'est pas tenue par les pratiques nationales dont fait état le requérant.

CONSIDÈRE :

1. Examineur de brevets à l'Office européen des brevets en poste à Munich, le requérant fut hospitalisé durant ses congés, le 17 juillet 1997, au Centre hospitalier universitaire de Nice pour être opéré de l'œil droit en raison d'un décollement de la rétine. Le 22 juillet, l'assistante sociale de l'hôpital adressa une télécopie à l'Office pour lui demander la prise en charge des frais d'admission de l'intéressé dans un centre de repos, situé à Antibes, à partir du 24 juillet. La compagnie Van Breda, courtier d'assurances chargé de la gestion du contrat collectif d'assurance conclu par l'Office en application de l'article 83 du Statut des fonctionnaires, rejeta cette demande par une communication téléphonique du 24 juillet. Le jour suivant, l'assistante sociale adressa à l'Office un certificat du chirurgien qui avait traité l'intéressé attestant que l'état de l'œil de ce dernier «contre-indiqu[ait] un long trajet en voiture et nécessit[ait] un repos de 1 mois associé à une surveillance régulière». Mais le jour même Van Breda confirma par écrit son refus de prise en charge en précisant que le dossier avait été soumis à son médecin-conseil qui ne pouvait donner son approbation au remboursement des dépenses relatives à l'admission de l'agent dans un centre de repos. L'intéressé dit avoir été prêt à demander son admission à ses propres frais, mais il s'est heurté à un

refus, fondé sur le fait que seuls les patients envoyés par une caisse maladie pouvaient être admis dans ce type d'établissement. Il se fit alors héberger par sa famille dans l'arrière-pays niçois, ce qui l'obligea à se rendre à plusieurs reprises à plus de quatre-vingts kilomètres de son lieu de séjour pour se soumettre aux contrôles postopératoires nécessaires. De retour à Munich, il dut subir une seconde opération de l'œil droit, le 1^{er} octobre 1997, à la suite d'un nouveau décollement de la rétine.

2. Le 15 décembre 1997, le requérant adressa au Président de l'OEB une lettre l'informant des conditions dans lesquelles s'était déroulée sa convalescence et lui demandant de faire en sorte que Van Breda, auteur selon lui d'une faute grave, réponde des conséquences civiles et pénales de cette faute. Le requérant demandait que soient mis en œuvre tous les moyens juridiques dont dispose l'Organisation pour qu'il obtienne réparation des préjudices physiques et moraux qu'il avait subis, et indiquait que, pour le cas où il ne serait pas donné une suite favorable à ses demandes, il conviendrait de considérer sa lettre comme introductive d'un recours interne au sens des articles 106 à 108 du Statut des fonctionnaires.

3. Suite à cette demande, l'Organisation interrogea Van Breda qui répondit le 21 janvier 1998 qu'aucune indication médicale n'était de nature à autoriser l'admission de l'intéressé dans un centre de repos à la suite de l'opération qu'il avait subie; il suffisait après une telle opération de ne pas se livrer à des travaux physiques importants. Le Président de l'Office informa le requérant de cette réponse le 9 février et lui indiqua qu'il était disposé à demander au médecin-conseil de l'OEB à Munich de rendre un avis sur cette décision. Le 30 avril, tout en admettant que l'Office était tenu d'assurer ses fonctionnaires contre les risques financiers dus à la maladie, le directeur chargé du développement du personnel indiqua au requérant qu'il avait le droit de contester la décision de Van Breda et que c'était sur la base de l'avis du médecin-conseil de l'Office -- qui pourrait éventuellement être lui-même contesté devant la Commission d'invalidité -- qu'une décision serait prise. Bien que le requérant ait été en désaccord avec la procédure envisagée, car il estimait qu'il convenait avant toute évaluation médicale de statuer sur la violation du contrat collectif d'assurance commise selon lui par Van Breda, il accepta de rencontrer le médecin-conseil de l'OEB. Le 6 juillet 1998, ce dernier indiqua qu'il n'était «pas absolument indispensable de prendre des mesures de repos particulières après un traitement au laser d'un décollement de la rétine» et conclut qu'«il ne [pouvait] être confirmé que le séjour postopératoire de M. Borrelly dans un centre de repos était absolument nécessaire». Cette conclusion fut légèrement modifiée le 23 septembre 1998 à la suite des observations du requérant qui souligna qu'il avait subi «une opération chirurgicale et non un traitement au laser». Dans ces conditions, le requérant demanda que son recours soit soumis à la Commission de recours.

4. Celle-ci rendit son avis le 15 février 2000. Selon elle, le recours était recevable -- contrairement à ce que soutenait l'administration qui affirmait que seule la Commission d'invalidité aurait dû être saisie -- car il n'était pas dirigé contre le refus de remboursement des frais, mais tendait à la réparation du préjudice né du refus de prise en charge des frais de séjour dans le centre de repos. La Commission considérait cependant que le recours ne pouvait être accueilli sur le fond, car les décisions prises sur la base d'avis médicaux ne font l'objet que d'un contrôle limité et la décision de Van Breda refusant la prise en charge de l'admission du requérant dans un centre de repos n'était entachée ni d'erreur de droit ni de faute de procédure et n'était pas fondée sur des faits matériellement inexacts. Elle ajoutait que seule la Commission d'invalidité a compétence pour statuer sur la question de savoir si la guérison aurait nécessité un placement dans un centre de repos et s'il y a un lien de causalité entre la faute alléguée de Van Breda et le préjudice subi. Suivant cet avis, le Président de l'Office rejeta le recours par une décision en date du 8 mars 2000.

5. Le requérant invoque trois moyens à l'appui de la requête qu'il dirige contre cette décision : d'une part, Van Breda n'avait pas le pouvoir de contrôler l'avis médical émis par le chirurgien qui concluait à la nécessité d'un repos; d'autre part, c'est à tort que la Commission de recours, dont l'avis a été suivi par le Président de l'Office, a estimé que l'urgence avait justifié la décision de Van Breda de ne pas prendre d'autre avis médical et de ne pas demander le compte rendu opératoire; enfin, l'avis médical concluant à la nécessité d'un repos aurait été à tort interprété comme n'impliquant pas la nécessité médicale d'un séjour en centre de repos.

6. A cette argumentation, la défenderesse oppose une irrecevabilité partielle, dans la mesure où une partie de la contestation révèle un désaccord sur des appréciations médicales qui ne peuvent être tranchées qu'après consultation de la Commission d'invalidité. La requête ne serait recevable qu'en tant qu'elle remet en question le droit de contrôle de Van Breda sur la nécessité médicale de la mesure dont le remboursement est demandé.

7. Le Tribunal partage cette manière de voir. L'article 90 du Statut des fonctionnaires applicable en l'espèce prévoit bien que la Commission d'invalidité est compétente pour «statuer sur tous les litiges relatifs aux opinions d'ordre

médical exprimées aux fins du présent statut soit par le médecin-conseil désigné par le Président de l'Office soit par l'intéressé ou son médecin». Or, malgré l'invitation qui lui était faite en ce sens, le requérant n'a pas encore cru bon de saisir la Commission d'invalidité des questions d'ordre médical posées par sa contestation.

8. Il reste que, comme l'admet la défenderesse, le Tribunal est pleinement compétent pour examiner la question de savoir si l'Organisation est fondée à soutenir que Van Breda a correctement exercé son pouvoir en rejetant la demande de prise en charge du transfert de l'intéressé dans un centre de repos. Certes, il est exact que les pouvoirs du courtier d'assurances vont au-delà d'un simple droit de contrôle administratif des demandes de remboursement qui lui sont présentées. Comme l'a rappelé le Tribunal dans le jugement 1288 (affaire Fessel), «les assureurs ont accès aux informations sur la nature de la maladie qui leur permettent de déterminer si le traitement prescrit est approprié» et, plus généralement, il convient de leur reconnaître le droit de vérifier si les prestations dont les assurés demandent la couverture doivent être mises à leur charge en application du contrat d'assurance. Mais encore faut-il que ce contrôle s'exerce dans des conditions qui donnent aux assurés la garantie que leur demande de prise en charge est examinée avec tout le soin nécessaire. Or, en l'espèce, il n'en a rien été : à la suite de la télécopie adressée par l'assistante sociale du Centre hospitalier demandant la prise en charge des frais résultant de l'admission dans un centre de repos du requérant, qui avait subi une sérieuse opération, Van Breda s'est contentée de rejeter cette demande par une simple communication téléphonique, sans chercher à s'informer davantage de l'état de santé du requérant, ni demander le compte rendu opératoire. En réponse à la demande de l'Office, qui avait reçu l'attestation du médecin traitant selon lequel un repos d'un mois et une surveillance régulière étaient nécessaires, le courtier d'assurances s'est simplement référé à l'opinion de son médecin-conseil, sans fournir aucune indication sur les motifs de son refus. De plus, il semble que l'opération dont a été l'objet l'intéressé n'ait pas été appréciée à sa juste mesure puisque le médecin-conseil de l'Office évoque, dans son avis du 6 juillet 1998, un simple «traitement au laser d'un décollement de la rétine» -- qui ne rendait pas «absolument nécessaire» le séjour postopératoire de l'intéressé dans un centre de repos -- alors qu'il modifia légèrement le 23 septembre 1998, après réexamen des documents disponibles et des déclarations du requérant selon lesquelles il avait subi une «cryothérapie d'urgence», son analyse de l'intervention pratiquée en juillet 1997. Le Tribunal estime que, compte tenu de l'absence de motivation sérieuse du refus de prise en charge et des incertitudes qui auraient pu être levées par une démarche auprès du chirurgien ou une consultation du compte rendu opératoire, l'Organisation, répondant du comportement de Van Breda, n'a pas apporté au traitement de cette affaire tout le soin nécessaire et n'a pas accordé au requérant toute l'attention qu'il était en droit d'attendre. Elle doit ainsi répondre d'une faute dont le requérant est fondé à demander réparation.

Mais l'appréciation des éventuels préjudices physiques subis par l'intéressé est subordonnée à la question de savoir quelles ont été les conséquences sur son état de santé ultérieur du refus de prise en charge et de la non-admission dans un centre de repos qui en est résultée. Ces questions sont d'ordre purement médical et doivent être adressées, comme il a été indiqué ci-dessus, à la Commission d'invalidité, ce qui a d'ailleurs été proposé par la défenderesse.

Cependant, la faute commise conduit à admettre en partie les conclusions aux fins d'indemnités de la requête. Si l'intéressé ne peut, en l'état, invoquer un préjudice résultant de la détérioration de son état de santé, il est fondé à revendiquer la réparation du préjudice moral qu'il a subi et que le Tribunal évalue à 3 000 euros.

9. Obtenant en partie satisfaction, le requérant a droit à des dépens d'un montant de 3 000 euros.

Par ces motifs,

DÉCIDE :

1. L'OEB versera au requérant une indemnité de 3 000 euros pour tort moral.
2. L'OEB lui versera la somme de 3 000 euros à titre de dépens.
3. Le surplus des conclusions de la requête est rejeté.

Ainsi jugé, le 9 mai 2001, par M. Michel Gentot, Président du Tribunal, M. Jean-François Egli, Juge, et M. Seydou Ba, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Catherine Comtet, Greffière.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 12 juillet 2001.

Michel Gentot

Jean-François Egli

Seydou Ba

Catherine Comtet

Mise à jour par PFR. Approuvée par CC. Dernière modification: 27 juillet 2001.