

Organisation internationale du Travail
Tribunal administratif

International Labour Organization
Administrative Tribunal

*Traduction du Greffe, seul
le texte anglais fait foi.*

118^e session

Jugement n° 3354

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la sixième requête dirigée contre l'Organisation européenne des brevets (OEB), formée par M. L. P. le 28 janvier 2010 et régularisée le 19 avril, la réponse de l'OEB du 2 août, la réplique du requérant du 11 octobre 2010 et la duplique de l'OEB du 25 janvier 2011, régularisée le 14 juin 2011;

Vu le mémoire d'*amicus curiae* présenté par M. A. P. le 27 septembre 2010 et les commentaires de l'OEB à ce sujet datés du 25 janvier 2011;

Vu l'article II, paragraphe 5, 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 est depuis 2000 fonctionnaire de l'Office européen des brevets, secrétariat de l'OEB. Entre 2003 et 2006, il soumit au courtier d'assurances responsable de la gestion courante du contrat collectif d'assurance conclu par l'OEB diverses demandes de remboursement de frais liés à un produit pharmaceutique et à un traitement qui lui avaient été prescrits par son médecin. Ses demandes furent rejetées aux motifs que l'ordonnance ne mentionnait pas de

diagnostic et que le coût du traitement ne pouvait être remboursé que si celui-ci était prescrit pour une affection particulière, ce dont le requérant, faute de diagnostic, n'a pas fourni la preuve. Le courtier affirma également qu'il n'existait pas de consensus dans le monde médical concernant les effets thérapeutiques du traitement et que, si ce dernier avait été remboursé par le passé, c'était uniquement par erreur.

Dans une lettre du 22 novembre 2006, le requérant fit valoir que le refus du courtier de lui rembourser les frais liés au produit pharmaceutique et au traitement prescrits par son médecin était contraire à l'article 20 du contrat collectif d'assurance et au Statut des fonctionnaires de l'OEB. Il demanda au Président de l'Office de prendre les dispositions nécessaires pour que l'Office le rembourse. Dans l'hypothèse où il ne serait pas fait droit à sa demande, le requérant indiquait que sa lettre devait être considérée comme introductive d'un recours interne, auquel cas il réclamerait également des dommages-intérêts pour tort moral, ainsi que les dépens. Considérant que le litige était de nature légale et non médicale, il ajoutait que, selon lui, c'était à la Commission de recours interne de statuer sur son recours et non à la commission médicale.

Par lettre du 18 janvier 2007, le requérant fut informé que le Président considérait la position du courtier d'assurances justifiée et que son recours avait, en conséquence, été transmis à la Commission de recours interne. Dans son avis du 21 septembre 2009, celle-ci recommanda, à la majorité de ses membres, que le recours du requérant soit rejeté pour défaut de fondement, tout en faisant droit à sa demande de dépens compte tenu du manque de clarté du point de vue du droit des questions soulevées par le recours. Le requérant fut informé par une lettre du 11 novembre 2009, qui constitue la décision attaquée, que le Président de l'Office avait décidé de suivre l'opinion majoritaire de la Commission et de rejeter le recours pour défaut de fondement, mais de lui accorder les dépens.

B. Le requérant fait valoir que son droit d'être entendu a été violé dans la mesure où l'un des membres de la Commission de recours interne n'a pas signé l'avis, car il a été dans l'incapacité d'exercer ses

fonctions suite à un accident. L'avis a été signé par un suppléant qui n'était pas présent lors de l'audience et qui, dès lors, n'avait pas connaissance de tous les éléments du litige. Le requérant soutient qu'il s'agit là d'une irrégularité qui viole son droit à une procédure régulière.

Il allègue, en outre, que la «pratique» ou les lignes directrices convenues entre le courtier d'assurances et l'OEB concernant l'interprétation du contrat collectif d'assurance, sur lesquelles s'est appuyé l'Office pour rejeter ses demandes, ajoutent des conditions qui ne sont pas prévues dans le contrat. De son point de vue, le courtier n'a pas l'autorité pour limiter la portée du point 2 de l'alinéa b) de l'article 20 du contrat collectif d'assurance, qui stipule simplement que les médicaments sont remboursés à hauteur de 80 pour cent s'ils sont prescrits par un médecin. En appliquant des critères supplémentaires, qui n'ont jamais été publiés et n'ont pas fait l'objet d'un processus de consultation en bonne et due forme, l'OEB a manqué à son devoir de sollicitude.

Par ailleurs, la «pratique» invoquée par l'Office ne peut contredire le sens littéral du point 2 de l'alinéa b) de l'article 20. Le requérant soutient en effet que, s'il y avait une ambiguïté dans le texte de l'article, celle-ci devrait être interprétée *contra proferentem*, donc en faveur du fonctionnaire. En l'absence de preuve que le contrat collectif d'assurance a été modifié en bonne et due forme par l'introduction des lignes directrices ou de la «pratique» et étant donné que ni ce contrat, ni les règlements d'application pertinents, ni le Statut des fonctionnaires ne définissent le terme «médicaments», celui-ci devrait être entendu dans son sens le plus large, conformément au principe *tu patere legem quam ipse fecisti*.

Le requérant soutient également que la décision attaquée est arbitraire dans la mesure où les justifications avancées pour refuser le remboursement de ses frais médicaux sont contradictoires. Le refus opposé par le courtier d'assurances à la demande du requérant en vue du remboursement des frais liés au produit pharmaceutique prescrit par son médecin au motif que l'ordonnance ne mentionnait pas de diagnostic était à la fois abusif et prématuré. De fait, cette exigence constitue une violation du secret médical et, dans tous les cas, le courtier

d'assurances aurait dû demander des informations complémentaires au médecin en question. En outre, ce produit avait été remboursé à plusieurs reprises au requérant, sans qu'aucun diagnostic lui ait été demandé. S'agissant du traitement, le requérant fait valoir qu'il n'appartient pas au courtier d'assurances d'affirmer qu'il n'existe pas de consensus dans le monde médical concernant ses effets thérapeutiques, ce qu'il conteste.

Enfin, le requérant soutient que l'avis de la Commission de recours interne est entaché d'une erreur de droit. De son point de vue, la conclusion selon laquelle le courtier d'assurances est en droit de rembourser uniquement les traitements jugés raisonnables du point de vue médical est dépourvue de toute base légale. S'il ne conteste pas que le courtier d'assurances a le pouvoir de vérifier si un traitement particulier est jugé raisonnable par la communauté médicale, le requérant estime qu'il n'est pas de sa compétence de décider ce qui constitue un traitement raisonnable.

Le requérant demande au Tribunal d'annuler la décision attaquée et d'ordonner le remboursement des frais liés au produit pharmaceutique et au traitement prescrits, y compris pour la période suivant le dépôt de son recours interne. Il réclame des dommages-intérêts pour tort moral, ainsi que 1 000 euros à titre de dépens.

C. L'OEB fait valoir que la requête n'est recevable qu'en ce qui concerne la question de savoir si le courtier d'assurances a correctement appliqué le contrat collectif d'assurance. Elle estime que la question de savoir si un certain produit pharmaceutique ou traitement fait partie du protocole de soins adapté à une maladie spécifique relève de l'appréciation de la commission médicale, conformément à l'article 90 du Statut des fonctionnaires, dans la mesure où elle constitue «un litige relatif à des avis médicaux».

Sur le fond, l'OEB nie que le droit du requérant à une procédure régulière ait été violé durant la procédure de recours interne. Elle fait remarquer que le remplacement d'un membre de la Commission de recours interne, qui avait été victime d'un grave accident et n'était pas en mesure de s'acquitter de ses fonctions dans le cadre de la procédure

de recours interne, répondait à une nécessité et avait été effectué conformément au paragraphe 3 de l'article 2 du Règlement intérieur de la Commission et au Statut des fonctionnaires. Le membre suppléant a participé, au nom du membre titulaire, à la seconde phase des discussions, à l'issue de laquelle l'avis a été rendu. Il était, par conséquent, pleinement informé des circonstances de l'affaire et a, au demeurant, émis un avis favorable au requérant. Il s'ensuit que le remplacement du membre titulaire de la Commission n'a pas désavantagé le requérant.

L'OEB explique que, lorsque le courtier d'assurances reçoit une demande de remboursement, il doit, conformément à l'article 16 du contrat collectif d'assurance, vérifier si le produit pharmaceutique a été prescrit par une personne médicalement qualifiée en tant que traitement médical pour une maladie, un accident, la grossesse ou l'accouchement. De surcroît, la circulaire n° 236, intitulée «Remboursements des frais de maladie», précise qu'«[i]l ne suffit [...] pas [...] que les frais aient été exposés suite à une prescription effectuée par des personnes médicalement qualifiées pour que le droit au remboursement soit par là même reconnu» et qu'il appartient au courtier d'assurances «de vérifier si les frais présentés au remboursement relèvent bien de ceux couverts par le contrat d'assurance». Pour cette raison, même si le requérant a effectivement obtenu une ordonnance d'une personne médicalement qualifiée, cela ne lui donne pas automatiquement droit au remboursement. C'est au courtier d'assurances de décider, au cas par cas, si les frais exposés donnent ou non lieu à remboursement. À cet égard, l'OEB explique que, puisque les médecins-conseils de l'Office et du courtier d'assurances sont parvenus à un «consensus» sur ce qu'il convenait d'entendre par «médicaments» au sens du point 2 de l'alinéa b) de l'article 20 du contrat collectif d'assurance, le remboursement de certains produits pharmaceutiques et traitements, dont ceux qui ont été prescrits au requérant, n'est possible que si les produits ou traitements en question remplissent les conditions énoncées dans le consensus.

De surcroît, si ce consensus, dont les grandes lignes figurent sur le site web du courtier d'assurances dans la section «Foire aux

questions», n'est reproduit ni dans le Statut des fonctionnaires ni dans le contrat collectif d'assurance, c'est précisément parce qu'il n'a pas pour objet de modifier le Statut des fonctionnaires par l'ajout de critères additionnels, mais plutôt de définir le terme «médicaments» afin d'éviter toute décision arbitraire de la part du courtier d'assurances et de faire en sorte que les fonctionnaires de l'Office soient traités de manière équitable. Pour cette même raison, une consultation formelle du Conseil consultatif général n'était pas nécessaire.

L'OEB soutient que la décision du courtier d'assurances de ne pas rembourser les frais liés au traitement prescrit par le médecin du requérant a été prise avec la sollicitude voulue, après un examen minutieux du diagnostic qui a permis de conclure que le traitement en question n'était pas recommandé pour la maladie dont souffrait le requérant. S'agissant du produit pharmaceutique, l'OEB souligne que, contrairement aux allégations du requérant, le courtier d'assurances ne lui a pas demandé de complément d'information sur le diagnostic, qu'il ne souhaitait pas fournir. De son point de vue, le courtier d'assurances est en droit de demander à connaître le diagnostic afin d'établir si le traitement médical prescrit est approprié et peut faire l'objet d'un remboursement. Cela ne constitue pas une violation du secret médical, dans la mesure où le courtier d'assurances est tenu par le contrat collectif d'assurance de garder le secret absolu sur les renseignements qu'il pourrait obtenir. Par conséquent, il n'y a pas eu violation des dispositions du contrat collectif d'assurance.

Enfin, l'OEB rejette l'argument selon lequel le requérant devrait bénéficier du principe *contra proferentem* et continuer à être remboursé même si c'est par erreur qu'il l'avait été par le passé. L'application de ce principe aurait pour conséquence d'introduire une inégalité de traitement vis-à-vis d'autres fonctionnaires présentant des demandes similaires.

D. Dans sa réplique, le requérant réitère ses moyens. Il maintient qu'en vertu du point 2 de l'alinéa b) de l'article 20 du contrat collectif d'assurance aucun diagnostic n'est requis concernant le produit pharmaceutique prescrit par son médecin et que, compte tenu des

circonstances de l'espèce, l'insistance de l'OEB à demander un diagnostic apparaît comme vexatoire. Il soutient que, si le courtier d'assurances et le médecin-conseil de l'OEB avaient examiné son cas avec la sollicitude voulue, ils l'auraient soumis à la commission médicale au lieu de le rejeter «sommairement». De son point de vue, le fait que l'OEB préconise maintenant la constitution d'une commission médicale chargée de déterminer si le traitement prescrit par son médecin est approprié constitue une preuve de sa mauvaise foi.

E. Dans sa duplique, l'OEB maintient intégralement sa position. Elle souligne que, comme il ressort clairement des dispositions applicables et comme le lui a suggéré l'Organisation, le requérant était en droit de demander la saisine de la commission médicale, ce qui aurait été dans son cas la procédure appropriée pour contester le refus du courtier d'assurances de rembourser les frais liés au produit pharmaceutique et au traitement qui lui avaient été prescrits. Or c'est le requérant qui a refusé que cette commission soit saisie.

F. Dans le mémoire d'*amicus curiae* qu'il a présenté, M. P., membre de la Commission de recours interne qui a été remplacé par un membre suppléant suite à un accident, soutient que la procédure suivie est contraire au Statut des fonctionnaires et au droit du requérant d'être entendu, dans la mesure où la composition de la Commission a changé entre le moment où l'audience a eu lieu et celui où l'avis de la Commission a été rendu.

CONSIDÈRE :

1. Le requérant est un fonctionnaire de l'Office européen des brevets. Il bénéficie de certains avantages au titre d'un contrat collectif d'assurance conclu par l'OEB en vertu de l'article 83 du Statut des fonctionnaires. En 2006, le requérant procéda à l'achat d'un produit pharmaceutique dans le cadre d'un traitement (qu'il suivait depuis 2003). Il demanda le remboursement des frais liés au produit et au traitement au titre du contrat, mais sa demande fut rejetée par le courtier d'assurances chargé de la gestion courante du contrat. Les frais liés au

produit pharmaceutique acheté par le requérant et au traitement qui lui avait été prescrit à cette époque sont au cœur du recours interne déposé le 22 novembre 2006 et, en définitive, de la requête formée devant le Tribunal. Néanmoins, depuis qu'il a engagé la procédure de recours interne, le requérant a continué à acheter le produit en question et a poursuivi son traitement.

2. L'achèvement de la procédure de recours interne a nécessité plusieurs années. La Commission de recours interne a publié son avis le 21 septembre 2009. Si les membres de la Commission ont considéré, à l'unanimité, qu'une partie seulement du recours était recevable, tous les membres de la Commission n'avaient pas la même opinion concernant le rejet par le courtier d'assurances des demandes de remboursement du requérant. Trois membres de la Commission recommandèrent de rejeter le recours pour défaut de fondement, tandis qu'une minorité composée de deux membres émit une opinion contraire. Pour des raisons qui apparaîtront ultérieurement, il n'est pas nécessaire de discuter en détail des raisons invoquées à l'appui des opinions majoritaire et minoritaire. Le requérant fut informé par lettre du 11 novembre 2009 que le Président avait rejeté son recours pour défaut de fondement. Telle est la décision attaquée.

3. La requête, accompagnée du mémoire, a été déposée par le requérant le 28 janvier 2010. La réponse de l'OEB est datée du 2 août 2010. La réplique du requérant est datée du 11 octobre 2010 et la duplique de l'OEB du 25 janvier 2011, bien qu'elle ait été modifiée par un document daté du 14 juin 2011. Le 27 septembre 2010 a été déposé un document par une personne qui avait été membre de la Commission de recours interne lorsqu'ont débuté les audiences relatives au recours du requérant mais qui n'était pas présente (du fait d'un congé de maladie lié à un grave accident) au moment où la Commission a rendu son avis au Président. Cette personne intervient en tant qu'*amicus curiae*, sans qu'il soit nécessaire de déterminer si cette qualification est ou non correcte (voir le jugement 2420, au considérant 7).

4. Ces dates sont importantes car, depuis le dépôt de leurs conclusions, le Tribunal a statué sur une affaire mettant en jeu deux questions similaires à celles soulevées par les parties dans leurs moyens. La première question soulevée par le requérant concerne le fait de savoir s'il n'a pas été privé des garanties d'une procédure régulière compte tenu du changement intervenu dans la composition de la Commission de recours interne entre le moment où il a déposé son recours en novembre 2006 et celui où la Commission a rendu son avis en septembre 2009. Ce changement est intervenu après l'audience sur le recours tenue par la Commission le 1^{er} avril 2009.

5. Dans le jugement 3158 prononcé en audience publique le 6 février 2013 et concernant un autre litige impliquant l'OEB, le Tribunal devait se prononcer sur la question de savoir si le droit du requérant à une procédure régulière avait été violé du fait d'un changement dans la composition de la Commission de recours interne. Le Tribunal estima, au considérant 4, que le requérant n'avait pas bénéficié des garanties d'une procédure régulière et que la procédure n'avait pas été transparente. Dans cette affaire, le requérant n'avait pas été informé du remplacement de l'un des membres de la Commission de recours interne au moment où il avait eu lieu et n'avait pu dès lors exercer son droit de contester la composition de la Commission. En fait, le requérant n'avait eu connaissance de ce changement que lorsqu'il avait reçu une copie de l'avis émis par cet organe. Le Tribunal notait également que le membre suppléant (qui avait émis un avis favorable au requérant) n'avait pas assisté à l'audience, alors que sa participation aurait pu modifier ou influencer sur l'avis définitif de la Commission de recours interne. En l'espèce, le requérant a été informé du changement au moment où celui-ci a eu lieu et il a eu la possibilité de contester la composition de la Commission. En revanche, le membre suppléant n'a pas participé à l'audience et n'a obtenu qu'ultérieurement les documents, même s'il a pris part à une discussion interne qui a eu lieu avec les autres membres de la Commission le 20 août 2009. La question est donc maintenant de savoir si la non-participation d'un membre suppléant à l'audience constituait une violation du droit à une procédure régulière ou du principe de transparence. Tel a vraisemblablement été le cas. Toute

audience tenue par un organe de recours interne donne la possibilité aux parties de présenter plus clairement leurs arguments et de répondre aux questions des membres qui le composent. Cependant, pour des raisons qui apparaîtront ultérieurement, il n'est pas nécessaire de statuer définitivement sur ce point.

6. La deuxième question qui se pose est un peu plus complexe. L'article 83 du Statut des fonctionnaires de l'OEB disposait, au moment des faits, que les fonctionnaires, notamment, «sont couverts contre les risques de maladie et d'accident et bénéficient du remboursement des frais occasionnés en cas de grossesse et accouchement». L'obligation implicite qui est faite à l'OEB de donner effet à cette disposition a été matérialisée sous la forme d'une police d'assurance contractée auprès d'un courtier, qui couvre «le remboursement, [...] des frais exposés par les personnes assurées pour traitements médicaux prescrits par des personnes médicalement qualifiées et résultant d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse et d'un accouchement». Le 20 octobre 2000, le courtier d'assurances écrivit à l'OEB afin d'exposer les critères sur lesquels il s'appuierait pour évaluer les demandes de remboursement présentées au titre de la police d'assurance.

7. Dans la décision attaquée, le Président notait ce qui suit : «[le courtier d'assurances] a estimé à bon droit que le produit et le traitement concernés ne remplissaient pas l'ensemble des critères applicables au remboursement». Il faisait référence aux critères définis dans la lettre du 20 octobre 2000. Dans l'optique de savoir si cette lettre devait être publiée, le Président a indiqué qu'elle «constituait une ligne directrice s'agissant de ce qui doit être considéré comme un médicament et des conditions de son remboursement».

8. Dans le jugement 3031, au considérant 14 (jugement prononcé en audience publique le 6 juillet 2011 alors que la procédure écrite était achevée), le Tribunal faisait observer :

«Il est clair que les décisions du courtier d'assurances de rejeter les demandes du requérant reposaient sur l'accord non publié et conclu entre les médecins-conseils de l'Office et du courtier d'assurances, selon lequel

seuls deux types de pathologies justifient le remboursement du médicament en cause. Or le contrat collectif d'assurance stipule que le remboursement sera effectué si le traitement médical est prescrit par une personne médicalement qualifiée et s'il résulte d'une des quatre circonstances énumérées dans ledit contrat. En rejetant les demandes de remboursement présentées par le requérant sur la base de l'accord susmentionné, le courtier d'assurances a outrepassé ses pouvoirs.»

9. Ce passage a été cité dans le jugement 3158, dans lequel le Tribunal précisait que la note explicative du 20 octobre 2000 ne devait pas être considérée comme contraignante vu qu'elle se bornait à établir des lignes directrices pour l'interprétation du terme «médicaments» utilisé dans le contrat collectif d'assurance. Le Tribunal a également déclaré que les conditions énoncées dans la note explicative utilisaient des expressions générales nécessitant une interprétation («traitement médical largement reconnu» et «effets thérapeutiques démontrés») et que cette interprétation appelait un avis médical et donc, dans ce cas, la saisine de la commission médicale.

10. En l'espèce, aucune décision n'a été rendue par une commission médicale sur la question de savoir si le produit pharmaceutique est un «médicament» et le traitement «un traitement médical» au sens du contrat collectif d'assurance. L'argument présenté par le requérant selon lequel cette question relevait du droit et ne rendait pas nécessaire l'avis de la commission médicale l'a été sans qu'il ait pu bénéficier des observations formulées par le Tribunal dans le jugement 3158. Mais, plus important encore, la Présidente de l'Office n'aurait pas dû, comme elle l'a fait dans la décision attaquée, rejeter d'emblée le recours du requérant contre le refus opposé à sa demande de remboursement des frais liés au produit pharmaceutique et au traitement. La commission médicale aurait dû être saisie de ce cas avant qu'une telle mesure soit prise, en supposant qu'elle fût en accord avec l'avis de la commission médicale. Il s'ensuit que la décision attaquée est viciée et doit être annulée. En l'espèce, il y a lieu pour le Tribunal d'ordonner des mesures similaires à celles qu'il a énoncées dans le dispositif du jugement 3158. Pour les mêmes raisons, il conviendra d'octroyer au requérant des

dommages-intérêts et des dépens d'un montant similaire à celui prévu dans ce même jugement.

Par ces motifs,

DÉCIDE :

1. La décision de la Présidente de l'Office en date du 11 novembre 2009 est annulée et l'affaire est renvoyée devant l'OEB pour réexamen, comme indiqué au considérant 9 du jugement 3158.
2. L'OEB versera au requérant 700 euros à titre de dommages-intérêts pour tort moral.
3. Elle lui versera également 600 euros à titre de dépens.
4. Le surplus des conclusions de la requête est rejeté.

Ainsi jugé, le 15 mai 2014, par M^{me} Dolores M. Hansen, Juge présidant la séance, M. Michael F. Moore, Juge, et Sir Hugh A. Rawlins, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Dražen Petrović, Greffier.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 9 juillet 2014.

DOLORES M. HANSEN
MICHAEL F. MOORE
HUGH A. RAWLINS
DRAŽEN PETROVIĆ