

## SOIXANTE-DIXIEME SESSION

### Affaire GILLES

#### Jugement No 1095

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la requête dirigée contre l'Organisation européenne pour la sécurité de la navigation aérienne (Agence Eurocontrol), formée par Mlle Marie-Thérèse Raymonde Gilles le 7 juin 1989, la réponse de l'Organisation du 25 juillet, la réplique de la requérante du 6 octobre, la duplique de l'Organisation du 16 novembre 1989, le mémoire supplémentaire de la requérante du 11 janvier 1990 et les observations de l'Organisation à son sujet datées du 15 mars 1990;

Vu la demande d'intervention présentée par Mlle Geneviève Hody;

Vu les articles II, paragraphe 5, et VII du Statut du Tribunal, les articles 72, 92 et 93 du Statut administratif du personnel permanent de l'Agence et des Conditions générales d'emploi et le Règlement d'application No 10 relatif à la couverture des risques de maladie et d'accident;

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. A sa 73e session, en date du 5 juillet 1988, la Commission permanente d'Eurocontrol approuva un amendement à l'article 72 du Statut administratif du personnel permanent de l'Agence et des Conditions générales d'emploi, avec effet rétroactif au 12 novembre 1987.

Par note de service No 20/88 du 27 juillet 1988, le Directeur général de l'Agence informa le personnel de la mesure prise par la Commission et des amendements au Règlement d'application No 10 relatif à la couverture des risques de maladie et d'accident suivants :

- aux articles 10, 11, 12, 13, 14, 16 et 21, le pourcentage de "80" était remplacé par celui de "85";
- à l'article 17, le pourcentage de "80" était remplacé par celui de "100".

La requérante est fonctionnaire de l'Agence. Elle a subi le 15 octobre 1988 un accouchement dystocique, à la suite duquel elle demanda à la Caisse maladie d'Eurocontrol le remboursement des frais exposés à cette occasion.

Les décomptes qui lui ont été adressés, en date du 13 décembre 1988 et du 26 janvier 1989, indiquaient que les "honoraires d'accouchement" ainsi que les "soins hospitaliers accouchement" étaient remboursés à 100 pour cent, tandis qu'étaient remboursés à 85 pour cent le "séjour accouchement forfaitaire", les "soins médicaux", les "examens divers" et les "frais pharmaceutiques". Par ailleurs, le montant correspondant à la rubrique "honoraires accouchement dystocique" fut remboursé à 100 pour cent avec application d'un plafond de 30.800 francs belges.

Considérant que le remboursement de ses frais n'avait pas été effectué conformément aux nouvelles dispositions de l'article 72, la requérante introduisit le 8 mars 1989 une réclamation au sens de l'article 92, paragraphe 2, du Statut administratif. N'ayant pas obtenu de réponse dans les délais, elle forma la présente requête, le 7 juin 1989, contre la décision implicite de rejet. Par une lettre en date du 18 juillet 1989, le Directeur général répondit à la réclamation de la requérante. Il l'informa notamment qu'une rectification serait opérée sur son décompte, le plafond devant être appliqué à tous les honoraires d'accouchement, et qu'il acceptait le remboursement à 100 pour cent des soins médicaux, des examens divers et des frais pharmaceutiques.

B. La requérante précise qu'elle conteste, en l'espèce, les lignes de son décompte correspondant à des prestations pendant la période du 15 au 24 octobre 1988 remboursées à un taux différent de 100 pour cent.

Elle fait valoir que le nouvel article 72, paragraphe 1, indique que le taux "est porté à 100 % ... en cas

d'accouchement". Les termes "en cas d'accouchement" ne sont assortis d'aucune restriction et désignent donc tout ce qui est relatif à un accouchement, qu'il soit normal ou non, qu'il soit effectué à domicile ou dans un établissement hospitalier. Par ailleurs, l'article 17 nouveau du Règlement No 10, relatif aux accouchements, est en contradiction avec les articles 11 pour ce qui concerne les interventions chirurgicales et 12 pour l'hospitalisation. En effet, l'article 17 prévoit un taux de remboursement de 100 pour cent, alors que les articles 11 et 12 prévoient un taux de 85 pour cent. Il y a également incompatibilité avec l'article 72, paragraphe 1, du Statut administratif. La rédaction des textes réglementaires est donc devenue erronée à la suite des amendements au Statut adoptés, et l'Organisation ne peut s'en prévaloir pour justifier la non-application du Statut. Pour tous les autres frais directement liés à l'accouchement, la Caisse maladie a simplement ignoré les dispositions explicites du deuxième paragraphe de l'article 17 selon lesquelles "Les frais de salle d'accouchement ... ainsi que tous les autres frais se rapportant à des prestations liées directement à l'accouchement sont remboursés ... à 100 %".

La requérante souligne, par ailleurs, que les modifications de taux auraient dû entraîner une modification des plafonds applicables à certaines prestations. En outre, le plafond de 30.800 francs belges mentionné sur son décompte n'existe nulle part dans la liste des plafonds annexés à la réglementation en vigueur. Aucune rubrique n'indiquant un plafond pour les "honoraires accouchement dystocique", pour connaître le montant applicable il faut rechercher, dans la liste des plafonds pour les interventions chirurgicales, le plafond immédiatement supérieur à celui prévu pour les accouchements, soit, en l'espèce, le plafond des interventions de catégorie C dont le montant est de 75.616 francs belges. En effet, prendre le plafond des interventions de la catégorie B reviendrait à prendre un plafond inférieur à celui des accouchements normaux.

En conclusion, la requérante prie le Tribunal d'ordonner le remboursement par la Caisse maladie d'Eurocontrol de tous ses frais d'accouchement au taux de 100 pour cent, conformément aux termes de l'article 72 du Statut administratif du personnel permanent de l'Agence Eurocontrol, et en appliquant à ces remboursements, le cas échéant, les seuls plafonds qui découlent de la réglementation. Elle réclame l'allocation des dépens.

C. Dans sa réponse, l'Organisation conteste la recevabilité de la requête en faisant valoir que ce sont les délais de recours prévus aux articles 92 et 93 du Statut administratif, identiques aux dispositions en vigueur aux Communautés européennes, qui sont applicables à l'exception de tout autre texte, et que, conformément à l'article 92, l'administration dispose d'un délai de quatre mois pour répondre à une réclamation.

Sur le fond, elle soutient que la requérante ayant obtenu satisfaction quant au remboursement de tous les autres frais à la suite de la décision du 18 juillet 1989, le litige se limite à présent au taux de remboursement à appliquer au séjour hospitalier pour accouchement, ainsi qu'au plafond fixé pour les accouchements dystociques.

Elle allègue que la requérante se méprend sur les termes et l'étendue de l'article 72 du Statut administratif. En effet, en vertu de cet article, le Statut délègue au Directeur général le pouvoir de réglementer la matière. Ce pouvoir ainsi délégué lui permet d'édicter les conditions générales, notamment de remboursement, qui constituent le régime d'assurance maladie. Une des particularités de ce régime est précisément qu'en matière de frais de séjour dans un établissement hospitalier pour accouchement, le remboursement est prévu par référence au cas plus général de l'hospitalisation pour intervention chirurgicale régi par l'article 12 du Règlement No 10. Aucune distinction n'est donc faite entre l'hospitalisation pour accouchement et l'hospitalisation pour tout autre motif, alors qu'on différencie les frais relatifs à l'accouchement proprement dit et les dépenses de nature hôtelière que sont les frais de séjour de la parturiente. Le remboursement au taux de 85 pour cent des frais correspondant au séjour hospitalier est donc correct.

En ce qui concerne le plafond appliqué au remboursement des frais d'accouchement dystocique, la défenderesse fait valoir que dans la liste des interventions chirurgicales utilisée par les Communautés européennes, et reprise par la Caisse maladie d'Eurocontrol, les accouchements dystociques sont classés dans la catégorie B. En principe, ces interventions sont remboursées à 85 pour cent avec un plafond de 26.180 francs belges. Comme aux Communautés européennes, la Caisse maladie d'Eurocontrol a appliqué un plafond spécifique aux accouchements dystociques de 30.800 francs belges, chiffre dont le montant de 26.180 francs constitue les 85 pour cent.

D. Dans sa réplique, la requérante prétend que, conformément à la jurisprudence, ce sont les délais de recours prévus par l'article VII du Statut du Tribunal qui doivent être appliqués en l'espèce. Par conséquent, elle se trouvait bien en présence d'un rejet implicite de sa réclamation au moment où elle a introduit sa requête.

Elle conteste, sur le fond, la décision en date du 18 juillet 1989, qui modifie certains éléments du litige. Bien que le

Directeur général ait le pouvoir de réglementer les conditions de remboursement du régime de caisse maladie, ce règlement doit respecter les textes statutaires, et l'Organisation ne peut pas méconnaître la hiérarchie qui existe entre les dispositions statutaires et réglementaires. Par ailleurs, aux fins de l'application de l'article 17, les liens entre l'hospitalisation pour l'accouchement et l'accouchement lui-même sont évidents. De plus, il est spécifié dans ce même article que "En cas d'accouchement dystocique ..., les frais mentionnés ci-dessus sont remboursables ..., dans les limites de 100 % suivant les maxima prévus pour les interventions chirurgicales, l'hospitalisation médicale et les soins spéciaux." Enfin, s'il n'y avait, comme le prétend l'Organisation, aucune distinction entre une hospitalisation pour accouchement et une hospitalisation pour tout autre motif, il n'y aurait aucune raison d'avoir des plafonds de remboursement différents comme c'est le cas.

En ce qui concerne les modalités de remboursement, la requérante fait remarquer que la facturation de type forfaitaire est explicitement prévue, en matière d'hospitalisation, à l'article 12 du Règlement No 10, et il n'y a pas de plafond applicable dans ce cas. L'imputation faite par la Caisse maladie sous la rubrique "séjour accouchement forfaitaire" était donc correcte. La requérante développe son argumentation sur le remboursement à 100 pour cent sans plafond des honoraires d'accouchement dystocique en soulignant que les dispositions en vigueur aux Communautés européennes ne sont pas applicables, en l'espèce, à Eurocontrol. Elle conteste la rectification annoncée dans la décision du 18 juillet 1989 qui diminuerait le taux de remboursement des honoraires de l'accouchement.

En conséquence, la requérante maintient les conclusions formulées dans sa requête et demande en outre au Tribunal d'annuler la décision explicite du Directeur général du 18 juillet 1989.

E. Dans sa duplique, l'Organisation fait valoir que la requête, en date du 7 juin 1989, contre une décision implicite de rejet, était prématurée. En effet, après avoir accusé réception le 16 mai 1989 de sa réclamation, l'Organisation a effectivement répondu à la requérante le 18 juillet 1989.

Sur le fond, elle réaffirme que le Règlement No 10 n'est pas en contradiction avec l'article 72 du Statut administratif, les dispositions réglementaires ne faisant que compléter celles du Statut. En effet, le texte de l'article 72 contient une mesure-cadre qui n'est susceptible de recevoir application que dans les limites fixées par un règlement du Directeur général. Il n'existe aucune raison objective pour appliquer des taux de remboursement différents, suivant que le séjour hospitalier entre ou non dans le cadre d'un accouchement. Par ailleurs, un plafond n'est applicable à ce remboursement que si les frais atteignent les maxima prévus par le Règlement No 10. La méthode consistant à prendre en compte à 100 pour cent le prix forfaitaire pour la journée d'hospitalisation n'est suivie que lorsque l'établissement hospitalier ne distingue pas les frais de séjour des autres frais. Quant à la rectification annoncée portant sur les honoraires d'accouchement, elle est une conséquence de l'imprécision des pièces présentées par la requérante en vue du remboursement.

F. Dans son mémoire supplémentaire, la requérante soutient que l'allégation tardive d'irrecevabilité de la requête est dénuée de tout fondement, la décision explicite du Directeur général étant hors délai. Elle précise que l'objet de la requête, en l'état actuel, est d'obtenir l'annulation de la décision refusant, d'une part, le remboursement au taux de 100 pour cent des frais de séjour liés à l'accouchement, et, d'autre part, le remboursement de ceux-ci sans plafond, lorsqu'ils sont forfaitaires, ainsi que l'annulation de la décision d'appliquer un plafond non réglementaire aux frais d'honoraires de l'accouchement dystocique, frais d'ailleurs calculés de manière erronée. A propos de l'imprécision des pièces que lui reproche l'Organisation, elle indique que l'envoi de la facture par l'hôpital à la Caisse maladie a eu lieu sans son intervention et même sans qu'elle en soit informée. Les frais sur le remboursement desquels le Directeur général a fait procéder à tort à la prétendue "rectification" comprenaient les honoraires d'un pédiatre et d'une sage-femme et devaient donc effectivement être remboursés à 100 pour cent.

G. Dans ses observations supplémentaires, l'Organisation réaffirme que la requête était prématurée. Elle allègue que c'est à juste titre que le Directeur général a fait procéder à la rectification portant sur le remboursement des honoraires d'accouchement, les honoraires du pédiatre et de la sage-femme étant eux-mêmes remboursés à 100 pour cent avec un plafond.

CONSIDERE :

1. La requérante, fonctionnaire de l'Agence Eurocontrol, affectée au siège de l'Agence à Bruxelles, se trouve en litige avec l'Organisation au sujet du décompte de ses frais d'accouchement par la Caisse maladie de l'Organisation, à la suite de l'introduction, en 1988, dans le Statut administratif du personnel (ci-après "le Statut") et le Règlement

No 10 relatif à la couverture des risques de maladie et d'accident (ci-après "le Règlement"), de la règle du remboursement à 100 pour cent des frais d'accouchement.

2. Mlle Hody, fonctionnaire de l'Agence, affectée également au siège de Bruxelles, qui se trouve à certains égards dans une situation analogue à celle de la requérante, a demandé à intervenir dans la requête. Cette demande d'intervention est recevable et suivra le sort de la requête.

3. Le dossier de Mlle Gilles présente de nombreux points communs avec les dossiers qui font l'objet du jugement No 1094 de ce jour (affaires Gérard et consorts). En fait, toutes ces affaires ont été conduites de manière parallèle par les requérantes et par l'Organisation défenderesse. Toutefois, comme la présente affaire comporte des particularités du point de vue tant de la recevabilité que du fond, le Tribunal a considéré préférable de la résoudre par un jugement à part, étant entendu que, pour les aspects communs à l'ensemble des affaires, il renvoie au jugement No 1094.

4. La requérante, comme l'intervenante, a fait un accouchement dystocique, et l'Organisation a appliqué à la liquidation de ses frais les dispositions de l'article 17, quatrième alinéa, du Règlement No 10, libellé comme suit :

"En cas d'accouchement dystocique entraînant des prestations obstétricales spéciales ou une intervention chirurgicale ou une hospitalisation prolongée pour affection post-partum, les frais mentionnés ci-dessus sont remboursables après avis éventuel du médecin-conseil, dans les limites de 80 % suivant les maxima prévus pour les interventions chirurgicales, l'hospitalisation médicale et les soins spéciaux."

A la suite d'une observation de la requérante, l'Organisation a reconnu que, dans ce texte, le taux de remboursement de 100 pour cent doit être substitué au taux de 80 pour cent.

5. Les "maxima prévus pour les interventions chirurgicales" sont déterminés en vertu de l'article 11 du Règlement, qui assure un remboursement à 85 pour cent pour ces interventions sous réserve des plafonds définis au point 2 de l'annexe au Règlement. Sous ce point, les maxima sont répartis en cinq catégories, désignées par les lettres AA, AB, B, C et D.

6. La demande d'entente de la Caisse maladie exigée par le quatrième alinéa de l'article 17 n'a été présentée en l'occurrence qu'après l'accouchement, mais l'administration a donné son consentement sans difficulté compte tenu de l'urgence. Le premier décompte établi par la Caisse le 13 décembre 1988 a donné lieu à un redressement ultérieur, le 26 janvier 1989, en raison d'une facture présentée tardivement par l'institution hospitalière qui avait donné ses soins à Mlle Gilles. La décision litigieuse est constituée par ces deux décomptes réunis.

7. Considérant que les décomptes mentionnés n'étaient pas conformes aux dispositions pertinentes du Statut et du Règlement, la requérante a présenté une réclamation le 8 mars 1989. Cette réclamation a donné lieu à un accusé de réception purement formel le 16 mai 1989.

8. N'ayant pas reçu de réponse sur le fond, la requérante a introduit le 7 juin 1989 une requête auprès du Tribunal. Dans cette requête, elle demande l'annulation des décomptes qui lui avaient été adressés et le remboursement intégral de ses frais. Elle demande en outre la condamnation de l'Organisation au paiement des dépens de l'instance.

9. Le 18 juillet 1989, le Directeur général adressa à la requérante une réponse explicite à sa réclamation. Cette réponse était basée sur les mêmes principes que les lettres de même date, rappelées dans le jugement No 1094. Elle donnait à la requérante des renseignements par catégorie sur les différents postes de ses notes de frais, mais sans indiquer de manière précise ni les montants en cause ni la base des calculs opérés. En particulier, concernant les dispositions spécifiques prévues par le Règlement pour le cas des accouchements dystociques, la réponse du 18 juillet 1989 laisse subsister une incertitude sur la question des plafonds de remboursement appliqués puisqu'elle fait référence simultanément au plafond fixé pour les accouchements normaux et aux plafonds prévus pour les interventions chirurgicales, l'assimilation étant faite dans ce cas aux interventions chirurgicales de catégorie B.

10. Dans sa réplique, la requérante fait valoir que la méthode de calcul de l'administration revenait à assurer un remboursement relativement moins favorable en cas d'accouchement dystocique qu'en cas d'accouchement normal. Elle conteste l'assimilation des accouchements dystociques aux interventions chirurgicales de catégorie B et relève qu'aucun plafond de remboursement n'est prévu pour cette catégorie d'accouchements au point 5 de l'annexe, relatif aux maxima applicables en cas d'accouchement.

11. En réponse à ces critiques, l'administration expose dans sa duplique que, compte tenu de l'imprécision des factures reçues, elle aurait dû procéder à une ventilation des frais encourus; elle rappelle à ce propos que, selon le jugement No 925 du 8 décembre 1988 (affaire Boland), il incombe au bénéficiaire du régime d'assurance d'apporter à la Caisse des pièces justificatives suffisamment explicites pour lui permettre de porter son appréciation. Dans le cadre de la répartition des frais, l'administration dit avoir assimilé, sur décision du médecin-conseil, l'accouchement dystocique aux interventions chirurgicales de la catégorie B, le plafond de remboursement de 26.180 francs belges, prévu au point 2 de l'annexe, étant toutefois augmenté à 30.800 francs belges, en proportion avec les taux de remboursement qui sont, respectivement, de 85 pour cent pour les interventions chirurgicales et de 100 pour cent pour les accouchements.

12. Dans son mémoire supplémentaire, déposé dans les circonstances rappelées dans le jugement No 1094, la requérante proteste contre le reproche qui lui est fait de ne pas avoir fourni à l'administration tous les détails nécessaires à une ventilation correcte de ses frais. Elle relève que son accouchement a donné lieu à une "prise en charge" par la Caisse et que le règlement des frais a été traité directement entre la Caisse et l'institution hospitalière intéressée; elle-même n'a eu connaissance des factures qu'à l'occasion du présent litige.

13. Il apparaît encore de ce mémoire que reste litigieux entre les parties le remboursement des prestations d'un médecin spécialiste en pédiatrie et des honoraires d'une sage-femme qui avaient assisté le médecin accoucheur.

14. Enfin, toujours dans le même mémoire, la requérante considère comme arbitraires l'assimilation, pour la détermination du plafond applicable au remboursement de ses frais, de l'accouchement dystocique aux interventions chirurgicales de catégorie B et l'opération arithmétique qui a amené l'administration à porter ce remboursement au montant de 30.800 francs belges. A son avis, l'assimilation à la catégorie C, qui est affectée d'un plafond sensiblement plus élevé, aurait été plus équitable.

15. Dans sa réponse au mémoire supplémentaire, l'administration reconnaît que la version des faits donnée par la requérante est correcte. Elle explique qu'elle a tenu compte de l'assistance d'un pédiatre et d'une sage-femme dont les prestations seraient sujettes à remboursement à 100 pour cent, mais soumises, en cas d'accouchement dystocique, au plafond fixé pour les interventions chirurgicales. Or, ce plafond étant déjà dépassé par la prise en compte des honoraires du médecin accoucheur, les honoraires supplémentaires, pris en considération dans le premier décompte, auraient été récupérés à l'occasion du second décompte. Quant à l'assimilation des accouchements dystociques aux interventions chirurgicales, l'administration admet que celle-ci n'est pas prévue par le Règlement. Elle dit s'être inspirée à ce sujet de la réglementation correspondante des Communautés européennes, où la césarienne et l'accouchement dystocique seraient classés expressément parmi les interventions chirurgicales de catégorie B.

#### Sur la recevabilité

16. Dans sa réponse, l'Organisation ne conteste pas la recevabilité de la requête. Toutefois, la requérante ayant introduit son action en vertu des dispositions de l'article VII du Statut du Tribunal, l'Organisation fait remarquer que le très bref délai de carence prévu par ce Statut ne lui permet pas de préparer convenablement une prise de position en cas de réclamation. Elle relève à ce sujet que le délai de quatre mois prévu par la réglementation des Communautés européennes et repris par son propre Statut serait plus approprié.

17. La requérante ayant contesté cette façon de voir dans sa réplique, en rappelant les principes du jugement No 532 (affaire Devisme) du 18 novembre 1982, l'Organisation défenderesse a soulevé une exception d'irrecevabilité formelle dans sa duplique en faisant valoir que la requête, datée du 7 juin 1989, aurait été prématurée puisque n'avaient pas été épuisées les voies internes de recours. Ces observations ont été maintenues dans le mémoire supplémentaire de l'Organisation.

18. Comme la requête de Mlle Gilles a été introduite à un moment où le délai de carence de soixante jours prévu par l'article VII, paragraphe 3, du Statut du Tribunal était expiré, alors que le délai de carence de quatre mois, prévu par les articles 92 et 93 du Statut du personnel, était encore en cours, le Tribunal doit prendre position sur l'objection formulée par l'Organisation, même si elle a été soulevée de manière tardive. En effet, les questions relatives aux délais de carence et de recours doivent être examinées d'office, en ce que les premiers doivent permettre d'éviter l'introduction de requêtes à un moment où les procédures internes de l'Organisation n'ont pas encore été épuisées, alors que les seconds doivent empêcher la remise en cause de situations administratives définitivement consolidées.

19. Conformément à l'article VII, paragraphe 3, du Statut du Tribunal, une requête est recevable au cas où l'administration, saisie d'une réclamation, n'a pris aucune décision touchant ladite réclamation dans un délai de soixante jours. Une organisation qui a adhéré au Statut du Tribunal ne saurait déroger à cette disposition par ses propres règles internes. Le seul effet des règles divergentes fixées par le Statut du personnel de l'Organisation défenderesse consiste dès lors en ce que celle-ci ne saurait, en toute bonne foi, opposer une fin de non-recevoir au fonctionnaire qui, en se fiant aux règles établies par l'Organisation, aurait introduit une requête qui serait recevable selon son propre Statut mais tardive au regard des dispositions de l'article VII du Statut du Tribunal.

20. La requête ayant été introduite dans le respect des conditions et délais fixés par l'article VII du Statut du Tribunal, l'exception d'irrecevabilité doit donc être rejetée.

Sur le fond

21. Les divergences subsistant entre la requérante et l'Organisation à la suite des échanges d'arguments appellent les appréciations suivantes.

22. Ainsi qu'il résulte des motifs du jugement No 1094 (affaires Gérard et consorts), la requête est fondée pour autant qu'elle concerne le remboursement des frais d'hospitalisation. Les critiques de la requérante apparaissent également pertinentes en ce qui concerne le traitement, par l'administration, des frais résultant de son accouchement dystocique.

23. S'il est vrai qu'on ne saurait contester dans son principe l'application de maxima, même en cas de remboursement à 100 pour cent, des doutes sérieux subsistent en ce qui concerne les modalités de ce plafonnement appliquées en l'espèce. L'attitude de l'administration est restée équivoque jusqu'à la fin de l'instruction en ce qu'il est impossible de dire quels sont les principes qu'elle a mis à la base de ses décomptes successifs. Elle n'a fourni ni à la requérante ni au Tribunal un état global des frais occasionnés par l'accouchement, convenablement ventilés en indiquant pour chaque poste : le montant de la dépense, le taux de remboursement et le maximum éventuel, avec indication des règles applicables à chaque élément du décompte. La décision du 18 juillet 1989 fait apparaître les frais engagés en cas d'accouchement dystocique plutôt comme un supplément aux frais d'accouchement normal, alors que le mémoire supplémentaire souligne que "la requérante ne pouvait avoir eu en même temps un accouchement dystocique et un accouchement normal".

24. Cette incertitude est due à la circonstance que les conséquences du remboursement à 100 pour cent n'ont pas été tirées correctement par le Règlement au regard des accouchements dystociques. Le médecin-conseil n'était pas l'autorité qualifiée pour corriger sur ce point les dispositions manifestement insuffisantes du Règlement, en classant l'accouchement dystocique comme intervention chirurgicale de catégorie B. De toute manière, une extrapolation par voie d'analogie tirée du remboursement des frais chirurgicaux sur les frais de l'accouchement dystocique paraît peu appropriée dans un régime qui soumet les deux ordres de prestations à des dispositions et à des taux de remboursement différents. Un calcul arithmétique basé sur la proportion des taux de remboursement n'est pas, non plus, un moyen adéquat pour tenir compte des prestations obstétricales, auxquelles tant le Statut du personnel que le Règlement No 10 reconnaissent un régime particulier, compte tenu des objectifs d'ordre familial et social qui ont inspiré la récente réforme. Il y a donc lieu de conclure sur ce point qu'il n'existait pas de plafonnement valable à l'époque des faits en ce qui concerne les frais médicaux occasionnés en cas d'accouchement dystocique.

25. Quant à la référence faite à la réglementation correspondante des Communautés européennes, il y a lieu de faire remarquer que le Statut et le Règlement de l'Organisation doivent être interprétés selon leur système et leur inspiration propres, sans qu'il soit permis de faire des emprunts à la réglementation d'une autre organisation.

26. Il résulte des considérations qui précèdent que les décisions prises à l'égard de la requérante et de l'intervenante doivent être annulées. La requérante a droit au remboursement intégral de ses frais d'accouchement.

27. La requérante ayant eu gain de cause, il y a lieu de lui accorder, à titre de dépens, la somme de 50.000 francs belges.

Par ces motifs,

DECIDE :

1. La décision litigieuse est annulée.

2. L'affaire est renvoyée à l'administration pour nouvelle décision, conformément aux principes du présent jugement et du jugement No 1094 de ce jour.

3. L'Organisation défenderesse versera à la requérante la somme de 50.000 francs belges à titre de dépens.

4. La demande d'intervention est admise.

Ainsi jugé par M. Jacques Ducoux, Président du Tribunal, Mme Mella Carroll, Juge, et M. Pierre Pescatore, Juge suppléant, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Allan Gardner, Greffier.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 29 janvier 1991.

Jacques Ducoux

Mella Carroll

P. Pescatore

A.B. Gardner