

Le Tribunal administratif,

Vu la requête dirigée contre l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), formée par M<sup>me</sup> S. M. S. le 20 janvier 2005 et régularisée le 20 mai, la réponse de l'Organisation du 2 septembre, la réplique de la requérante du 19 octobre et la duplique de la FAO du 20 décembre 2005;

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. La requérante, ressortissante britannique née en 1950, est entrée au service de la FAO en 1971. Au moment des faits, elle travaillait en tant que secrétaire de grade G 5 à l'Union du personnel des services généraux. Son fils était affilié à deux des plans d'assurance médicale de l'Organisation, à savoir le Plan général d'assurance médicale (BMIP, selon le sigle anglais), auquel tous les fonctionnaires doivent obligatoirement être affiliés en application du paragraphe 343.2.21 du Manuel de la FAO, et le Plan d'assurance médical gros risques (MMBP, selon le sigle anglais), un plan facultatif visé au paragraphe 343.2.22\* du Manuel. Aux termes des paragraphes 343.3.11 et 343.4.11, ces plans couvrent dans le monde entier les dépenses «médicalement nécessaires, normales et raisonnables en cas de maladie, accident ou maternité». L'alinéa 1) du paragraphe 343.4.61 prévoit que la couverture du BMIP ne s'étend pas aux «frais supérieurs aux dépenses normales et raisonnables dans la localité où les soins sont dispensés» et que, «[p]our les urgences réelles, les limites normales et raisonnables ne sont pas applicables».

En décembre 2001, le fils de la requérante a subi une opération de la mâchoire pour laquelle les frais médicaux n'ont pas été totalement remboursés. Les courtiers d'assurances Van Breda (ci après le «liquidateur») ont informé la requérante le 27 mai 2002 que le remboursement partiel qu'elle avait reçu correspondait aux «dépenses normales et raisonnables» pour ce type de traitement et que, puisque l'intervention chirurgicale pratiquée ne pouvait être considérée comme une intervention d'urgence du fait qu'elle ne visait pas à répondre à un problème grave menaçant le pronostic vital, aucun remboursement complémentaire n'était dû.

Le 18 juin 2002, la requérante a informé le Service des politiques, de la planification et des systèmes pour les ressources humaines qu'elle n'était pas d'accord avec la décision du 27 mai du liquidateur ni avec sa définition de ce qui constitue une «urgence», et qu'elle souhaitait engager la procédure de règlement des litiges d'ordre médical prévue à la section 343 du Manuel. Le 31 juillet, elle a adressé un courriel au liquidateur pour l'informer qu'elle avait décidé d'entamer la procédure susmentionnée. Dans un courriel du 30 août 2002, celui-ci a fourni à l'intéressée les noms de trois médecins arbitres indépendants, dont un devrait être choisi par son médecin. Ce courriel est resté sans réponse.

Le 7 juillet 2003, la requérante a formé un recours devant le Directeur général, demandant que l'Organisation intervienne en son nom auprès du liquidateur «pour qu'il soit reconnu que l'état de santé de son fils constituait une urgence réelle et pour qu'il soit procédé au juste remboursement»; à défaut, elle demandait que l'Organisation acquitte le montant que le liquidateur n'aurait pas remboursé. Le 21 août, le Sous-directeur général chargé de l'administration et des finances a rejeté le recours comme étant irrecevable pour défaut de compétence. Le 19 septembre 2003, la requérante a saisi le Comité de recours devant lequel elle a soutenu que l'intervention chirurgicale subie par son fils répondait à une urgence réelle justifiant qu'il soit dérogé à la règle des «limites normales et raisonnables».

Dans son rapport du 18 mai 2004, le Comité de recours a fait observer que le sens de l'expression «urgence médicale» avait été clairement défini et convenu sur une base contractuelle entre l'Organisation et le liquidateur. Il estimait qu'à la lumière de cette définition le liquidateur n'était pas fondé à restreindre l'acception du terme

«urgence» à une «intervention répondant à un problème grave menaçant le pronostic vital». Il concluait que, les participants au plan d'assurance médicale étant liés par l'interprétation du contrat d'assurance convenue entre le liquidateur et la FAO, celle-ci «ne s'était pas acquittée de l'obligation qu'elle avait de mettre en œuvre le plan d'assurance avec toute la sollicitude voulue». Le Comité recommandait donc, en premier lieu, que l'Organisation demande au liquidateur de reconsidérer la demande de la requérante à la lumière de la définition de l'urgence médicale figurant dans le contrat d'assurance et, en deuxième lieu, de faire disparaître du plan d'assurance médicale «toute ambiguïté concernant l'expression “urgence réelle”» en modifiant, si nécessaire, la section 343 du Manuel.

Par une lettre du 15 octobre 2004, qui constitue la décision attaquée, le Directeur général a informé la requérante que, bien que de l'avis de l'Organisation le Comité de recours n'ait pas compétence pour connaître de son affaire, il acceptait sa première recommandation. Notant que, d'après l'appendice A du contrat d'assurance, une «urgence médicale» correspond à une blessure accidentelle ou à une pathologie survenant de manière soudaine ou inattendue et nécessitant des soins médicaux ou chirurgicaux immédiats, le Directeur général ajoutait que les expressions «urgence réelle» et «urgence médicale» étaient considérées comme recouvrant la même idée. Il soulignait également que, même si l'Organisation allait demander au liquidateur de reconsidérer la demande de la requérante, dans l'hypothèse où il ne serait pas possible de s'entendre avec lui, la question devrait être réglée dans le cadre de la procédure particulière prévue pour le règlement des litiges d'ordre médical. Il rejetait la deuxième recommandation du Comité au motif que l'expression «urgence réelle» n'était pas ambiguë mais constituait une expression médicale dont le sens doit être précisé au cas par cas et éventuellement par des médecins experts lorsqu'un litige survient.

Suite à cette décision, l'Organisation a adressé un courriel au liquidateur le 29 novembre 2004 pour lui demander de revenir sur sa position au sujet du dossier de la requérante. Le 15 décembre 2004, le liquidateur a indiqué qu'il avait de nouveau soumis ce dossier à son conseiller médical, lequel avait confirmé que l'intervention chirurgicale subie par le fils de la requérante ne pouvait être considérée comme répondant à une «urgence médicale». Il expliquait en outre à la requérante la marche à suivre si elle souhaitait engager la procédure de règlement des litiges d'ordre médical.

B. La requérante soutient que la définition du terme «urgence» aux fins du remboursement de frais médicaux n'est pas une question purement médicale sur laquelle une commission médicale doit se prononcer au cas par cas. Elle conteste donc le point de vue de la FAO selon lequel, si elle ne parvient pas à s'entendre avec le liquidateur, la question doit être réglée dans le cadre de la procédure particulière instaurée pour régler les litiges d'ordre médical, à savoir la procédure d'arbitrage prévue à la section 343 du Manuel.

Elle soutient que le liquidateur, en imposant sa propre définition du terme «urgence» comme signifiant «situation menaçant le pronostic vital», enfreint le paragraphe 343.4.861 du Manuel selon lequel «[l]es participants au Plan [d'assurance médicale] sont liés par l'interprétation du contrat d'assurance qui est convenue entre l'Organisation et le liquidateur». Elle fait observer que l'expression «situation menaçant le pronostic vital» ne figure ni dans le contrat ni dans le Manuel. D'autres personnes ont eu, elles aussi, des difficultés à comprendre ce qu'il fallait entendre par «urgence» et la question a été soulevée devant le Comité consultatif mixte sur la couverture médicale pour qu'il formule une recommandation concernant la définition à utiliser. Ce comité n'a pas encore arrêté la définition de ce qu'est une «urgence réelle», mais la requérante affirme que ses membres sont «raisonnablement d'accord» pour reconnaître que ramener le sens de cette expression à une situation menaçant dans l'immédiat le pronostic vital est «trop restrictif et ne correspond pas à l'intention qui était celle des parties lorsque le terme “urgence” a été introduit dans le contrat».

S'agissant de la référence que le Comité de recours a faite à la définition d'une urgence médicale telle qu'elle figure dans l'appendice A du contrat d'assurance, la requérante indique que cet appendice ne lui a pas été communiqué avant qu'elle ne forme son recours. Elle ajoute que la définition en question n'apparaît pas dans le Manuel. En outre, elle soutient qu'elle a subi du stress et éprouvé de l'anxiété en raison «des difficultés rencontrées pour parvenir à un règlement juste de [son] affaire».

La requérante demande que les «limites normales et raisonnables» prévues ne s'appliquent pas à sa demande de remboursement de frais médicaux. Elle réclame le «remboursement complémentaire» qui lui est dû ainsi que des «intérêts sur les sommes qui ne lui ont pas été versées depuis décembre 2002». Elle demande également au Tribunal de lui accorder 10 000 dollars des Etats Unis de dommages intérêts pour tort moral au titre du stress subi et de l'anxiété éprouvée.

C. Dans sa réponse, la FAO soutient que la requête est irrecevable car la requérante demande au Tribunal de se prononcer sur la définition de l'expression «urgence réelle» qui est un concept médical. La section 343 du Manuel prévoit que la procédure correcte à suivre pour le règlement des litiges d'ordre médical consiste à porter la question devant un médecin arbitre. Un principe général du droit veut qu'une disposition spéciale instaurant un «recours spécifique» prévale sur une disposition générale. Se référant à la jurisprudence, la défenderesse soutient que la question doit être réglée par une autre instance car ni les membres du Comité de recours ni ceux du Tribunal n'ont «la compétence d'attribution requise pour se prononcer sur des questions médicales».

L'Organisation souligne que la requérante a d'abord entamé la procédure de règlement des litiges d'ordre médical auprès du liquidateur en juillet 2002, pour finalement décider de saisir le Comité de recours. Selon la FAO, l'absence de définition de l'expression «urgence réelle» garantit plus de souplesse au personnel dans la mesure où la procédure d'arbitrage médical permet une interprétation médicale au cas par cas.

En outre, l'Organisation fait valoir que la requérante n'a produit aucune preuve à l'appui de son allégation selon laquelle son dossier n'a pas été traité avec la sollicitude requise. L'Organisation estime au contraire avoir «très fortement appuyé le dossier de la requérante» et fait observer qu'elle a proposé de prendre à sa charge la moitié des honoraires du médecin arbitre.

D. Dans sa réplique, la requérante réitère ses moyens. Elle maintient que le concept d'«urgence réelle» n'est pas un concept médical et soutient que régler des dossiers médicaux au cas par cas entraînerait des inégalités de traitement.

E. Dans sa duplique, l'Organisation maintient sa position.

#### CONSIDÈRE :

1. Le 28 décembre 2001, le fils de la requérante, qui était affilié à deux des plans d'assurance médicale prévus à la section 343 du Manuel de la FAO, subit à Rome une intervention chirurgicale pour le traitement d'une inflammation de la mâchoire. Le liquidateur accepta de ne rembourser qu'environ la moitié du coût de l'opération au motif que l'on ne se trouvait pas en présence d'une intervention d'urgence. Pour le liquidateur, s'exprimant à ce sujet dans un courriel du 27 mai 2002, le concept d'intervention d'urgence ne trouve en effet à s'appliquer que lorsque l'intervention vise à répondre à un «problème grave menaçant le pronostic vital».

2. La requérante contesta cette décision et porta le différend, en dernier ressort, devant le Comité de recours de la FAO. Dans son rapport en date du 18 mai 2004, celui-ci recommanda notamment à l'Organisation d'inviter le liquidateur à reconsidérer la demande de remboursement de la requérante à la lumière de la définition de l'urgence médicale figurant dans le contrat d'assurance. L'appendice A de ce contrat contient en effet la définition suivante :

#### «Urgence médicale

Blessure accidentelle ou pathologie survenant de manière soudaine ou inattendue et nécessitant des soins médicaux ou chirurgicaux immédiats.»\*\*

Le Comité de recours rappela également la jurisprudence du Tribunal de céans en vertu de laquelle «[e]n l'absence de tout autre élément permettant de dégager le sens d'[une] expression, le Tribunal est contraint de s'en tenir à une interprétation littérale des termes utilisés dans le contrat. Dans la mesure où il s'agit de clauses destinées à l'usage des assurés, il y a lieu de déterminer comment ceux-ci devraient comprendre ces termes.» (Voir le jugement 2290, au considérant 4.) Il soulignait qu'en l'espèce le liquidateur n'avait aucune raison de restreindre la portée du concept d'urgence.

Le 15 octobre 2004, le Directeur général de la FAO accepta cette recommandation, non sans contester la compétence du Comité de recours et souligner la similitude existant selon lui entre les expressions «urgence médicale» et «urgence réelle», au sens du paragraphe 343.4.61 du Manuel dont la teneur est la suivante :

«L'assurance ne joue pas dans les cas suivants:

[...]

(l) frais supérieurs aux dépenses normales et raisonnables dans la localité où les soins sont dispensés. Pour les urgences réelles, les limites normales et raisonnables ne sont pas applicables.

Pour les interventions chirurgicales, le montant normal et raisonnable supérieur sera le 90<sup>ème</sup> centile [...]»

Le Directeur général relevait que, si le liquidateur et la requérante ne parvenaient pas à un accord, leur différend devrait être réglé selon la procédure d'arbitrage prévue à la section 343 du Manuel.

Ayant été invité à reconsidérer sa décision, le liquidateur soumit à nouveau le cas à son conseiller médical. Le 15 décembre 2004, il confirma sa première décision en soulignant que les expressions «urgence réelle» et «urgence médicale» recouvraient la même idée. Il rappelait à la requérante qu'elle pouvait contester cette décision par la voie de la procédure d'arbitrage.

Les dispositions du Manuel relatives à la procédure de remboursement prévoient que les participants au plan d'assurance médicale sont liés par l'interprétation du contrat d'assurance qui est convenue entre l'Organisation et le liquidateur. Elles prévoient également que les éventuels litiges seront réglés selon la procédure spécifiquement énoncée dans le contrat, à savoir :

«Les litiges entre les assurés et le liquidateur/apériteur se limiteront aux questions médicales. Ces litiges d'ordre médical, à moins qu'ils ne soient réglés par voie de négociation, seront renvoyés à un médecin arbitre désigné conjointement par le médecin du choix de l'assuré et par le médecin du liquidateur/apériteur. [...] La décision du médecin arbitre sera sans recours. [...]»

3. La requête est dirigée contre la décision prise par le Directeur général le 15 octobre 2004.

4. La FAO soutient que la requête est irrecevable au motif que le Tribunal n'est pas compétent pour connaître d'un litige d'ordre purement médical.

Cet argument témoigne d'une confusion entre la compétence proprement dite du Tribunal eu égard à l'objet d'une requête et les restrictions que ce dernier doit apporter à son pouvoir d'examen lorsque sont en cause des questions qui relèvent de l'appréciation. S'agissant de litiges d'ordre médical, le Tribunal n'a pas qualité pour substituer sa propre appréciation à celle formulée par une commission spécialisée. Mais il est pleinement compétent pour apprécier la régularité de la procédure suivie et déterminer si les rapports médicaux qui servent de fondement à des décisions administratives sont entachés d'erreur matérielle ou de contradiction, négligent des faits essentiels ou tirent du dossier des conclusions manifestement erronées (voir le jugement 2361, au considérant 9).

L'argument avancé ici par la défenderesse est d'autant moins fondé que la question posée par la requérante est bien une question d'ordre juridique et non une question d'appréciation médicale. Savoir quel sens général donner aux expressions «urgence réelle» (alinéa l) du paragraphe 343.4.61 du Manuel) et «urgence médicale» (appendice A du contrat d'assurance) est bien une question de droit au sujet de laquelle le Tribunal n'a pas en principe à restreindre son pouvoir d'examen. Est en revanche une question purement médicale celle de savoir si tel ou tel concept trouve application dans un cas déterminé au regard des problèmes médicaux qui se posent.

5. S'agissant de l'analyse juridique de la situation, le Tribunal relève que le concept d'urgence réelle ou médicale, respectivement au sens du Manuel et du contrat d'assurance, est une notion juridique indéterminée dont l'application laisse une large place au pouvoir d'appréciation de l'autorité administrative. Mais cela ne confère pas à cette autorité le pouvoir d'en limiter la portée générale au delà de ce que permet une lecture raisonnable des textes pertinents. En l'espèce, la limitation de l'urgence réelle ou médicale aux seuls cas où l'assuré court le danger de perdre la vie et où ses fonctions vitales seraient atteintes ne trouve appui ni dans le texte de l'appendice A du contrat d'assurance ni dans celui de l'alinéa l) du paragraphe 343.4.61 du Manuel auxquels l'Organisation défenderesse et le liquidateur attribuent tous deux le même sens restrictif.

Il convient ici de rappeler qu'en cas de doute sur le sens raisonnable qu'il y a lieu de donner à une clause contractuelle, le principe de la bonne foi exige que cette clause soit interprétée au détriment de la partie qui a rédigé le contrat.

Par ailleurs, la qualification de l'urgence réelle ou médicale ne saurait être réservée de manière purement schématique aux seuls cas où, à défaut de l'intervention médicale envisagée, le patient mourrait ou perdrait l'une de

ses fonctions vitales. Cette conception schématiquement restrictive est d'autant moins admissible lorsque le médecin qui a pratiqué l'intervention dont le remboursement des frais est en cause a constaté l'existence d'une urgence médicale.

6. Quant à la procédure, force est de rappeler qu'aux termes de l'article VII, paragraphe 1, du Statut du Tribunal «[u]ne requête n'est recevable que si la décision contestée est définitive, l'intéressé ayant épuisé tous moyens de recours mis à sa disposition par le Statut du personnel». Le Tribunal examinera d'office la question de savoir si cette condition de recevabilité est ou non remplie (voir les jugements 60, 1082 et 1095).

En l'espèce, ni la décision attaquée prise par le Directeur général sur la base de l'une des recommandations du Comité de recours ni la décision du liquidateur n'ont mis un terme définitif à la contestation soulevée par la requérante. La section 343 du Manuel prévoit que les litiges entre les assurés et le liquidateur peuvent être renvoyés à un médecin arbitre désigné conjointement par le médecin choisi par l'assuré et le médecin choisi par le liquidateur. Dans sa décision du 15 décembre 2004, le liquidateur a rappelé l'existence de cette possibilité à la requérante en faisant des propositions pour en faciliter la mise en œuvre.

La question de savoir si, concrètement, l'intervention chirurgicale subie par le fils de la requérante était une intervention d'urgence peut être résolue dans le cadre de la procédure d'arbitrage. Cette solution pourra être favorable ou défavorable à la requérante, indépendamment de la contestation qui a surgi entre les parties au sujet de la définition générale du concept d'urgence médicale.

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal ne peut que conclure que la présente requête est irrecevable faute pour la requérante d'avoir épuisé tous les moyens de recours mis à sa disposition au sens de l'article VII, paragraphe 1, du Statut du Tribunal.

Par ces motifs,

DÉCIDE :

La requête est rejetée.

Ainsi jugé, le 17 mai 2006, par M. Michel Gentot, Président du Tribunal, M. Seydou Ba, Juge, et M. Claude Rouiller, 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 2006.

Michel Gentot

Seydou Ba

Claude Rouiller

Catherine Comtet

---

\* D'après le paragraphe 343.2.22 du Manuel, le MMBP «prévoit le remboursement partiel des honoraires médicaux (non couverts par le BMIP) et des médicaments prescrits».

\*\* Traduction du greffe.