

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

**111<sup>e</sup> session**

**Jugement n° 3031**

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la deuxième requête dirigée contre l'Organisation européenne des brevets (OEB), formée par M. H. S. le 7 juillet 2009 et régularisée le 30 août, la réponse de l'OEB du 22 décembre 2009, la réplique du requérant du 4 février 2010 et la duplique de l'Organisation du 17 mai 2010;

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, ressortissant belge né en 1957, est entré au service de l'Office européen des brevets, secrétariat de l'OEB, en décembre 1990. Son engagement a pris fin le 1<sup>er</sup> juin 2003, après qu'une commission d'invalidité eut constaté son incapacité permanente à exercer ses fonctions.

Le 31 octobre 2005, le requérant soumit au courtier d'assurances chargé de la gestion courante du contrat collectif d'assurance conclu par l'OEB une demande de remboursement pour un médicament que lui avait prescrit son médecin. Le 10 novembre, le courtier d'assurances lui adressa un décompte indiquant que le médicament avait été remboursé à 80 pour cent, conformément au point 2 de

l'alinéa b) de l'article 20 dudit contrat. En février 2006, il acheta de nouveau ce médicament, toujours sur ordonnance, mais, lorsqu'il en réclama le remboursement au courtier d'assurances, ses demandes furent rejetées au motif qu'il ne souffrait pas d'une des deux maladies justifiant le remboursement du médicament en question.

Le 24 avril 2006, le requérant écrivit au Président de l'Office pour contester ce rejet. Il soulignait qu'en novembre 2005 le courtier d'assurances lui avait remboursé ce même médicament et que son attitude était donc incohérente et inacceptable. Il demandait que l'Office lui rembourse le médicament à 80 pour cent, à défaut de quoi sa lettre devait être considérée comme introduisant un recours interne. Le directeur chargé du droit applicable aux agents l'informa, par lettre du 1<sup>er</sup> juin 2006, qu'après un premier examen du dossier le Président considérait qu'il ne pouvait être satisfait à sa demande et que l'affaire avait donc été portée devant la Commission de recours interne. Le directeur lui indiquait également que le remboursement qu'il avait reçu en novembre 2005 avait été effectué par erreur, puisqu'il avait auparavant été prévenu que le médicament en question ne serait pas remboursé, et il appelait son attention sur le fait que les litiges ayant trait à des questions médicales étaient de la compétence de la Commission médicale.

Le 21 décembre 2006, alors que ce recours était en instance devant la Commission de recours interne, le requérant présenta une autre demande de remboursement pour un médicament analogue prescrit par son médecin. Par lettre du 19 janvier 2007, le courtier d'assurances l'informa que sa demande avait été rejetée, son médecin-conseil estimant que, dans son cas, la prise de ce médicament n'était pas justifiée du point de vue médical. Le 31 mars 2007, le requérant forma auprès du Président de l'Office un second recours contestant ce rejet. Ce recours fut lui aussi transmis à la Commission de recours interne.

Après avoir entendu l'intéressé le 23 octobre 2008, la Commission demanda à l'Office des informations supplémentaires sur la manière dont le courtier d'assurances avait traité ses demandes et sur les raisons médicales justifiant le remboursement du médicament en question. L'Office communiqua ces informations le 28 octobre puis invita le

requérant à faire part de ses observations. Dans ses deux recours, ce dernier se plaignait de ce que les écritures de l'Office étaient rédigées en français, alors que les siennes étaient en anglais. Il affirmait en outre dans son second recours que l'Office avait violé le secret médical en mentionnant le nom du médicament dont il réclamait le remboursement. La Commission rendit un avis sur les deux recours le 12 février 2009. Les membres ayant émis l'opinion majoritaire ne constatèrent pas d'erreur dans la manière dont le courtier d'assurances avait traité les demandes de l'intéressé et recommandèrent le rejet des recours pour manque de fondement. Citant la circulaire n° 236, ils rappelaient qu'«[i]l ne suffit [...] pas [...] que les frais aient été prescrits 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». Ils soulignaient qu'ils ne pouvaient examiner que les aspects juridiques des décisions contestées, la Commission médicale étant seule compétente pour se prononcer sur la question centrale qui était de savoir si le médicament devait être remboursé dans le cas d'espèce. Enfin, ils considéraient qu'il n'y avait pas eu violation du secret médical puisque l'Office avait utilisé les informations fournies par le requérant lui-même et que l'affirmation de ce dernier selon laquelle le courtier d'assurances n'avait pas agi avec diligence manquait de fondement.

Selon les membres ayant émis l'opinion minoritaire, le rôle du courtier d'assurances se limitait à établir si les demandes de remboursement répondaient aux critères définis aux articles 16 et 20 du contrat collectif d'assurance, c'est-à-dire si elles concernaient des frais exposés pour des traitements médicaux prescrits par des personnes médicalement qualifiées et résultant d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, et il ne lui appartenait pas de limiter le champ d'application de ce contrat en imposant des critères supplémentaires qui n'avaient jamais été publiés et qui n'avaient pas fait l'objet d'une procédure de consultation à part entière. Ils estimaient que, puisque les critères prévus aux articles 16 et 20 étaient manifestement satisfaits, le requérant avait droit au remboursement de

ses frais médicaux. Ils recommandaient également de lui verser 500 euros pour couvrir ses frais accessoires et le dédommager «du temps perdu et des inconvénients subis».

Par lettre du 9 avril 2009, le directeur chargé des affaires juridiques et de la gestion du changement informa le requérant que la Présidente de l'Office, suivant la recommandation émise par la majorité de la Commission de recours interne, avait décidé de rejeter ses recours comme entièrement dépourvus de fondement. Telle est la décision attaquée.

B. Le requérant soutient que, devant la Commission de recours interne, l'Office aurait dû soumettre ses écritures dans la langue qu'il avait choisie. Il affirme qu'en Allemagne il est difficile d'obtenir une assistance juridique en français et que l'OEB a rompu l'égalité entre les parties en ne répondant pas à ses recours en anglais. Selon lui, la décision de joindre ses deux recours bien qu'ils aient été introduits à près d'un an d'intervalle a entraîné une violation du secret médical car, alors que le premier recours ne contenait pas d'information d'ordre médical, la Commission, en l'examinant, s'est appuyée sur des informations médicales qui n'apparaissaient que dans le second. À ses yeux, l'examen tardif de ses recours est inexplicable. Il souligne que la date figurant sur deux lettres concernant ses recours était incorrecte et que la décision définitive de la Présidente qui lui a d'abord été adressée ne portait pas de date du tout.

Le requérant fait valoir que, pour rejeter ses «demandes justifiées sur le plan tant juridique que médical», l'Organisation ne peut pas se fonder sur un prétendu accord conclu entre les médecins-conseils de l'Office et du courtier d'assurances et ayant trait aux conditions de remboursement du médicament en question. En considérant que seuls deux types de pathologies justifient le remboursement de ce type de médicament, le courtier d'assurances aurait de fait décidé qu'il ne peut tout simplement pas y avoir d'autres raisons médicales. À ses yeux, cette affaire soulève un problème juridique, celui de l'interprétation et de l'application correctes du contrat collectif d'assurance, et non un problème d'ordre médical.

Outre le remboursement des frais médicaux en litige, le requérant réclame 5 000 euros pour violation du secret médical, 500 euros de dommages-intérêts pour tort moral, 500 euros en réparation du fait que ses recours ont été traités avec retard et 500 euros supplémentaires pour ses «frais accessoires».

C. Dans sa réponse, l'OEB explique qu'en vertu de l'article 16 du contrat collectif d'assurance le courtier d'assurances doit, pour chaque demande de remboursement, examiner si le médicament en question a été prescrit par une personne médicalement qualifiée et s'il l'a été pour un traitement médical résultant d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement. Contrairement à ce qu'ont déclaré les membres de la Commission de recours interne ayant émis l'opinion minoritaire, on ne peut déduire du fait qu'un médicament n'est délivré que sur ordonnance qu'il a été prescrit dans le cadre d'un traitement médical résultant d'une maladie, et c'est un point que le courtier d'assurances doit vérifier dans chaque cas. Des lignes directrices ont été arrêtées d'un commun accord entre les médecins-conseils de l'Office et du courtier d'assurances au sujet des conditions de remboursement de quatre catégories de produits pharmaceutiques, dont le médicament en cause, qui n'est remboursé que dans deux cas de figure. Selon l'OEB, le requérant en a été informé à plusieurs reprises, non seulement par le courtier d'assurances, mais aussi par le médecin-conseil de l'Office. Le courtier d'assurances a examiné ses demandes de remboursement avec tout le soin nécessaire et, après avoir obtenu de l'intéressé un complément d'information, il est parvenu à la conclusion que les conditions de remboursement n'étaient pas remplies. La défenderesse souligne que les lignes directrices suivies par le courtier d'assurances sont purement indicatives et peuvent être adaptées selon les cas. Elles ne sont pas publiées, car cela tendrait à les «figer», empêchant toute évolution en fonction des avancées médicales.

Pour ce qui est de la langue utilisée pour la procédure de recours, l'Organisation affirme que l'objection du requérant est dépourvue de fondement. Non seulement le français est une langue officielle de l'OEB et l'une des langues du pays dont l'intéressé est ressortissant,

mais les données personnelles figurant dans le logiciel Finances et Personnel de l'Office l'indiquent comme sa langue de préférence.

L'OEB réfute également l'allégation selon laquelle il y aurait eu violation du secret médical au cours de ladite procédure. Elle souligne que le requérant a été informé que ses recours allaient être joints lorsqu'il a été convoqué à l'audience, mais qu'il n'a émis aucune objection à ce sujet, ni avant ni pendant l'audience. De plus, le nom du médicament en cause figurait en toutes lettres sur une ordonnance que l'intéressé avait lui-même communiquée à la Commission de recours interne à l'appui de ses demandes. En vertu de l'article 7 du contrat collectif d'assurance, l'Office n'avait pas accès aux renseignements médicaux le concernant.

S'agissant du retard dans la procédure de recours interne, l'OEB fait observer que l'affaire aurait été réglée beaucoup plus rapidement si, comme cela lui a été suggéré à plusieurs reprises, le requérant avait saisi la Commission médicale au lieu de la Commission de recours interne. Elle ajoute que la décision de joindre ses deux recours, outre qu'elle se justifiait par la similitude des points de fait et de droit qu'ils soulevaient, avait pour but d'accélérer la procédure.

Enfin, l'OEB assure que les erreurs matérielles mentionnées par le requérant ne constituaient pas des vices de procédure pouvant entraîner l'annulation de la procédure de recours interne. D'ailleurs, elles n'ont pas eu d'effet négatif sur sa situation, et sa conclusion y relative doit donc être rejetée.

D. Dans sa réplique, le requérant réitère ses moyens. Il réaffirme qu'il y a eu violation du secret médical lors de l'examen de son premier recours.

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

#### CONSIDÈRE :

1. La requête fait suite à deux recours internes dirigés contre le refus que le courtier d'assurances a opposé, à deux reprises, au

requérant concernant le remboursement d'un médicament qui lui avait été prescrit par son médecin. La Commission de recours interne a joint ces deux recours.

2. À l'automne 2005, le requérant adressa au courtier d'assurances une demande de remboursement pour le médicament en question, qui lui fut remboursé. En février 2006, il envoya d'autres demandes de remboursement pour le même médicament. Le courtier d'assurances rejeta ces demandes au motif que les deux seuls types de pathologies pouvant justifier le remboursement dudit médicament n'étaient pas à l'origine de la prescription. Ce rejet fit l'objet du premier recours.

3. À l'automne 2006, le requérant se vit de nouveau prescrire le même médicament et, le 21 décembre 2006, il présenta la demande de remboursement correspondante au courtier d'assurances. En janvier 2007, celui-ci rejeta sa demande en invoquant le même motif, décision qui fit l'objet du second recours.

4. Se fondant sur les dispositions applicables du Statut des fonctionnaires, du contrat collectif d'assurance et de la circulaire n° 236, les membres de la Commission de recours interne conclurent à la majorité que les recours du requérant n'étaient pas fondés, estimant que, bien qu'un remboursement soit soumis à la condition que le médicament ait été prescrit par un médecin, celle-ci n'était pas suffisante. D'après eux, le requérant n'avait pas prouvé que le courtier d'assurances n'avait pas traité son dossier avec diligence. Quant aux membres ayant émis l'opinion minoritaire, ils étaient d'avis que, du fait que le médicament n'était disponible que sur ordonnance, l'aspect médical du traitement était indiscutable. La Présidente de l'Office accepta la recommandation formulée à la majorité et rejeta les recours.

5. Le requérant soutient qu'il a droit au remboursement du médicament en question puisque celui-ci ne pouvait être délivré que sur ordonnance. Il considère que, de ce simple fait, ce médicament satisfait à la condition selon laquelle il constitue un traitement médical

résultant d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement.

6. Il prétend aussi que le courtier d'assurances a enfreint les dispositions du contrat collectif d'assurance en excluant automatiquement le remboursement du médicament en cause au motif qu'il n'avait pas été prescrit pour le traitement de l'un des deux types de pathologies justifiant son remboursement. De plus, il conteste la légalité du refus que le courtier d'assurances lui a opposé sur la base d'un «accord non publié» conclu entre son médecin-conseil et celui de l'Office. Le requérant affirme que, dans la pratique, cet accord limite de manière illicite le champ d'application dudit contrat et exclut le remboursement pour toute autre raison médicale.

7. L'OEB souligne que ce prétendu «accord» est en fait un ensemble de lignes directrices qui ne peuvent s'appliquer sans un examen préliminaire et qui sont purement «indicatives», si bien qu'elles peuvent être adaptées selon les cas. De l'avis de l'Organisation, cette façon de procéder est favorable aux assurés. La défenderesse indique également que lesdites lignes directrices évoluent en fonction des avancées médicales. Leur publication, en leur conférant un caractère définitif, empêcherait une telle évolution. Enfin, elle fait observer que le requérant a été informé des conditions de remboursement du médicament en cause.

8. Il convient de noter que la portée de la décision attaquée n'est pas en litige : elle se limite à la question de savoir si le courtier d'assurances a correctement exercé ses pouvoirs en refusant de rembourser à l'intéressé les frais qu'il avait exposés pour acheter le médicament qui lui avait été prescrit.

9. L'article 83 du Statut dispose que les fonctionnaires sont couverts contre les risques de maladie et d'accident et bénéficient du remboursement des frais occasionnés par une grossesse et un accouchement.



10. L'article 16 du contrat collectif d'assurance se lit ainsi :

«Cette assurance couvre le remboursement, dans les limites indiquées ci-après, 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.»

11. L'OEB n'a pas produit les «lignes directrices» susmentionnées devant le Tribunal. Toutefois, dans un courriel en date du 10 mars 2008, le médecin-conseil de l'Office donnait quelques précisions à leur sujet. Il y indiquait ce qui suit :

«Comme vous le savez, la définition d'un "médicament" a un caractère plus général dans le Codex [le recueil des règles applicables au personnel] que l'interprétation qui en est faite par [le courtier d'assurances] dans le contexte du [contrat collectif d'assurance]. Cette situation entraîne parfois des désaccords et donc des recours. Pour certains médicaments/produits pharmaceutiques, un accord a été conclu entre le médecin-conseil du [courtier d'assurances] et moi-même.»

Sont ensuite énumérés ces produits, au nombre desquels figure celui dont il est question en l'espèce. Le courriel se poursuit ainsi :

«Ces produits ne sont remboursés qu'en cas de pathologie documentée justifiant ce remboursement. Ces accords n'ont toutefois pas été publiés.»

12. Dans le jugement 2063, au considérant 8, le Tribunal décrit les pouvoirs du courtier d'assurances comme suit :

«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 [...], "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.»

13. Le Tribunal rejette l'argument du requérant selon lequel il suffit de montrer que le médicament a été prescrit par un médecin pour pouvoir prétendre à son remboursement. L'article 83 du Statut des

fonctionnaires et l'article 16 du contrat collectif d'assurance disposent très clairement que, pour être remboursé, le traitement médical doit non seulement avoir été prescrit par une personne médicalement qualifiée mais aussi résulter d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement. Le raisonnement doit cependant être développé.

14. 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.

15. Contrairement à ce qu'avance l'OEB, les «lignes directrices» ne traduisent pas une attitude «généreuse» favorisant les fonctionnaires et supposant un examen des particularités de chaque cas en vue de déterminer si le traitement médical résulte d'une maladie ou d'une des autres circonstances énumérées. De même, les arguments de l'Organisation selon lesquels les lignes directrices sont purement indicatives et leur souplesse permet de tenir compte des avancées médicales ne sauraient être retenus.

16. L'OEB savait très bien que c'était l'interprétation plus restrictive faite par le courtier d'assurances du terme «médicament» figurant dans le Codex qui était à l'origine de l'accord visant à limiter le remboursement à quatre catégories de médicaments, en contradiction avec les dispositions du Statut des fonctionnaires et du contrat collectif d'assurance.

17. Le Tribunal relève également que le formulaire de demande de remboursement de frais médicaux établi par le courtier d'assurances, qui est versé au dossier, n'impose pas à l'assuré d'indiquer le diagnostic médical à l'origine de la prescription du médicament au moment où il en demande le remboursement. En outre, l'article 23 du contrat collectif d'assurance dispose que celui-ci se fera après «réception [...] de la demande de remboursement et des pièces justificatives, telles que les factures originales et, si possible, les prescriptions médicales avec indication du diagnostic». Il semble donc qu'au moment où il dépose sa demande de remboursement l'assuré ne soit pas tenu d'apporter la preuve que le médicament fait partie d'un traitement médical résultant d'une des quatre circonstances énumérées ci-avant.

18. S'il existe un doute sur la question de savoir si le médicament constitue un traitement médical au sens du Statut des fonctionnaires et du contrat collectif d'assurance, il est loisible au courtier d'assurances de demander à l'assuré d'étayer sa demande de remboursement. En l'espèce, en n'agissant pas ainsi, le courtier d'assurances n'a pas apporté tout le soin nécessaire à l'examen des demandes présentées par l'intéressé.

19. La conclusion de la Présidente selon laquelle le courtier d'assurances a décidé à bon droit que le médicament dont le requérant réclamait le remboursement ne remplissait pas toutes les conditions requises à cette fin étant entachée d'une erreur de droit, elle sera annulée et renvoyée à l'Organisation pour réexamen. Le requérant a droit à des dommages-intérêts pour le tort moral résultant du fait que ses demandes n'ont pas été examinées avec le soin nécessaire.

20. Le requérant invoque aussi des irrégularités de procédure dans l'examen de ses recours internes. Il soutient que l'Organisation a porté atteinte à son droit au secret médical en joignant ses deux recours, qu'elle n'a pas respecté le choix qu'il avait fait concernant la langue de la procédure, que la procédure de recours a pris un retard indu, que deux documents soumis par l'OEB au sujet de ses recours

portaient une date incorrecte et que la décision définitive n'était pas datée.

21. En ce qui concerne la jonction des deux recours, l'article 10 du Règlement intérieur de la Commission de recours interne dispose, au paragraphe 2, que les recours introduits par un seul et même requérant peuvent être instruits au cours d'une audience commune et faire l'objet d'un avis commun. Le fait que, en raison de cette jonction, le nom du médicament dont l'intéressé demandait le remboursement et qui était mentionné dans son second recours a été divulgué lors de l'examen du premier ne constitue pas une violation de son droit au secret médical. De plus, le refus de l'OEB de retirer le nom du médicament des écritures qu'elle a soumises à la Commission de recours interne ne porte pas atteinte au droit du requérant au respect de sa vie privée.

22. Le requérant reproche à l'OEB de n'avoir pas respecté son choix selon lequel la procédure de recours interne se déroulerait en anglais. Mais le Tribunal relève qu'il ressort du dossier personnel de l'intéressé que la langue pour laquelle il exprime une préférence est le français. D'ailleurs, il n'a pas réclamé l'emploi d'une autre langue à l'audience, comme l'y autorisait l'article 15 du Règlement intérieur susmentionné, et il n'a pas sollicité non plus une traduction gratuite de la position de l'administration ou de l'avis de la Commission.

23. S'agissant du grief relatif à l'examen tardif des recours formés par le requérant, le Tribunal constate que le premier recours a été introduit en avril 2006 et le second en mars 2007, la décision définitive ayant été rendue en avril 2009. Le Tribunal rejette l'argument de l'OEB selon lequel, si l'intéressé souhaitait accélérer la procédure, il aurait dû saisir la Commission médicale, comme cela lui avait été suggéré à plusieurs reprises. Eu égard à la question soulevée dans lesdits recours, la Commission de recours interne était bien l'instance compétente. Le Tribunal note que les faits à l'origine desdits recours étaient simples et globalement incontestés, et que les recours portaient essentiellement sur un seul point de droit. Même en prenant la date

d'introduction du second recours pour point de départ, il s'avère que la procédure de recours interne a duré vingt-quatre mois. L'OEB n'ayant pas fourni de justification valable à ce retard, le requérant a droit à des dommages-intérêts pour tort moral.

24. Le requérant fait valoir que la date figurant sur certains documents était incorrecte et que la décision définitive était quant à elle dépourvue de date. Ces erreurs ayant été corrigées dès qu'elles ont été décelées, elles n'ont pas porté préjudice à l'intéressé.

25. Il résulte de ce qui précède que le requérant a droit à des dommages-intérêts d'un montant de 1 000 euros pour le tort moral résultant du fait que ses recours internes ont été traités avec retard et que ses demandes de remboursement n'ont pas été examinées avec le soin nécessaire. Il a également droit à des dépens, dont le Tribunal fixe le montant à 300 euros. Toutes les autres conclusions sont rejetées.

Par ces motifs,

DÉCIDE :

1. La décision de la Présidente du 9 avril 2009 est annulée et l'affaire est renvoyée à l'Organisation pour réexamen conformément au Statut des fonctionnaires et au contrat collectif d'assurance.
2. L'OEB versera au requérant des dommages-intérêts pour tort moral d'un montant de 1 000 euros.
3. Elle lui versera également 300 euros à titre de dépens.
4. Toutes autres conclusions sont rejetées.

Ainsi jugé, le 13 mai 2011, par M<sup>m</sup>c Mary G. Gaudron, Présidente du Tribunal, M. Giuseppe Barbagallo, Juge, et M<sup>m</sup>c Dolores M. Hansen,

Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Catherine Comtet, Greffière.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 6 juillet 2011.

MARY G. GAUDRON  
GIUSEPPE BARBAGALLO  
DOLORES M. HANSEN  
CATHERINE COMTET