

Organisation internationale du Travail  
*Tribunal administratif*

International Labour Organization  
*Administrative Tribunal*

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

**114<sup>e</sup> session**

**Jugement n° 3158**

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la requête dirigée contre l'Organisation européenne des brevets (OEB), formée par M. O. S. B. le 26 janvier 2010 et régularisée le 7 avril, la réponse de l'OEB du 14 juillet, la réplique du requérant du 12 octobre 2010, la duplique de l'Organisation du 25 janvier 2011, les écritures supplémentaires du requérant du 7 mars et les observations finales de l'OEB du 12 août 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, ressortissant allemand né en 1964, est entré au service de l'Office européen des brevets, secrétariat de l'OEB, en 2004. Il occupe un poste de grade A3.

Entre juin 2006 et janvier 2007, le requérant soumit au courtier d'assurances chargé de la gestion courante du contrat collectif d'assurance conclu par l'OEB plusieurs demandes de remboursement pour différents produits que lui avait prescrits son médecin. Le courtier refusa de lui rembourser trois des produits en question, au motif qu'ils n'étaient pas couverts par le contrat. Il expliquait qu'il n'y

avait pas consensus au sein du milieu médical quant aux effets thérapeutiques de l'un des produits et que les deux autres ne contenaient pas de substances pharmaceutiques actives.

Par lettre du 19 mars 2007, le requérant prétendit que le refus du courtier de lui rembourser les produits prescrits par son médecin était contraire à l'article 20 du contrat collectif d'assurance étant donné que le diagnostic n'était pas contesté. Il demandait au Président de l'Office de contraindre le courtier à lui rembourser les produits ou, à défaut, de prendre des dispositions pour que l'Office les lui rembourse. Dans l'hypothèse où il ne serait pas fait droit à sa demande, le requérant indiquait que sa lettre devrait être considérée comme introductive d'un recours interne, auquel cas il réclamerait également des dommages-intérêts pour tort moral, ainsi que les dépens.

Le 21 mars, le Service de l'administration du personnel demanda au médecin-conseil de l'Office d'examiner le cas du requérant et de rendre son avis sur la question. À cet égard, le Service attirait son attention sur le fait que le courtier d'assurances remboursait les médicaments à quatre conditions : que ces derniers soient prescrits par une personne médicalement qualifiée, qu'ils soient prescrits dans le cadre d'un traitement médical largement reconnu (les dépenses dont le remboursement est demandé doivent résulter d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, à l'exclusion des traitements expérimentaux et/ou préventifs), qu'ils contiennent des substances pharmaceutiques actives et qu'ils aient des effets thérapeutiques scientifiquement prouvés.

Le même jour, le Service de l'administration du personnel se renseigna auprès de la Direction 4.3.3, chargée des relations avec le courtier d'assurances, sur les conditions susmentionnées, car celles-ci ne figuraient pas à l'article 20 du contrat collectif d'assurance : le Service voulait savoir si elles faisaient partie d'un «avenant» ou d'une clause additionnelle au contrat. La Direction répondit que les conditions de remboursement étaient en effet acceptées par l'Office mais qu'elles ne figuraient pas expressément dans un avenant au contrat : il s'agissait plutôt d'une pratique ou d'une interprétation du contrat à laquelle l'Office adhérait. Une note explicative du courtier

d'assurances en date du 20 octobre 2000, qui énonçait les quatre conditions en question, était jointe à la réponse de la Direction.

Le 26 mars, le médecin-conseil informa le Service de l'administration du personnel que les produits litigieux étaient généralement considérés comme des «compléments alimentaires» et non comme des médicaments. Il ajoutait que l'on ne savait pas vraiment s'ils contenaient une substance pharmaceutique active, qu'il n'existait pas de consensus scientifique sur leurs effets thérapeutiques et que, dans le cas du requérant, le diagnostic à la base de la prescription de ces produits demeurait obscur. Selon lui, c'était à bon droit que le courtier d'assurances avait refusé de rembourser ces produits étant donné que trois des quatre conditions de remboursement n'étaient pas remplies.

Dans une lettre non datée qui, selon l'Office, a été envoyée au début du mois d'avril, le directeur du personnel informa le requérant qu'après avoir consulté le médecin-conseil il n'était pas en mesure de donner suite à sa demande. Il expliquait que les produits dont le remboursement avait été refusé ne remplissaient pas les conditions requises pour être considérés comme des médicaments remboursables au sens du point 2 de l'alinéa b) de l'article 20 du contrat collectif d'assurance. Le directeur soulignait par ailleurs que, dans la mesure où le litige concernait une question médicale, il devait être soumis à la Commission médicale conformément au deuxième alinéa du paragraphe 1 de l'article 90 du Statut des fonctionnaires de l'Office européen des brevets. Il demandait donc au requérant de reconsidérer sa décision d'introduire un recours interne et lui suggérait de saisir plutôt la Commission médicale.

Par lettre du 18 mai 2007, le directeur chargé du droit applicable aux agents informa le requérant qu'après un premier examen de l'affaire le Président avait estimé la position du courtier d'assurances justifiée, et que son recours avait en conséquence été transmis à la Commission de recours interne. Le directeur faisait néanmoins observer que l'examen de questions médicales ne relevait pas de la compétence de cet organe mais plutôt de celle de la Commission médicale.

Dans son avis du 21 septembre 2009, la Commission de recours interne, à la majorité de ses membres, recommanda que le recours soit rejeté pour défaut de fondement, le courtier d'assurances ayant correctement appliqué les dispositions pertinentes du Statut des fonctionnaires et du contrat collectif d'assurance. Selon l'avis majoritaire, il n'y avait pas obligation de publier les lignes directrices convenues entre le courtier d'assurances et l'Office concernant l'interprétation du mot «médicaments» aux fins du point 2 de l'alinéa b) de l'article 20 du contrat collectif d'assurance, ni de les soumettre au Conseil consultatif général en vertu du Statut du personnel. Il était considéré comme suffisant que le courtier d'assurances expose les critères de remboursement essentiels sur son site web. La Commission estima également à la majorité de ses membres que le courtier avait examiné le cas du requérant avec la sollicitude voulue. Les membres qui émirent une opinion minoritaire estimèrent au contraire que les critères énoncés dans le contrat collectif d'assurance étaient respectés et que le courtier aurait dû rembourser le requérant. Selon eux, l'Office et le courtier avaient outrepassé leurs pouvoirs en appliquant des critères supplémentaires qui n'avaient jamais été publiés ni clairement portés à la connaissance des fonctionnaires, et ils recommandaient de rembourser le requérant et de lui accorder des dommages-intérêts pour tort moral, ainsi que les dépens.

Le requérant fut informé par une lettre du 11 novembre 2009, qui constitue la décision attaquée, que la Présidente de l'Office avait décidé de suivre l'opinion majoritaire et de rejeter son recours pour défaut de fondement.

B. Le requérant soutient que, dans la mesure où le différend concerne des questions juridiques, en particulier l'application des articles 16 et 20 du contrat collectif d'assurance, la Commission de recours interne et le Tribunal ont bien compétence pour examiner l'objet de son recours. Il fait observer qu'il conteste la légalité de la «pratique» invoquée par l'Office, et non le bien-fondé médical de cette «pratique», et soutient que l'article 90 du Statut des

fonctionnaires concernant les litiges relatifs aux opinions d'ordre médical n'est donc pas applicable à son cas.

Sur le fond, le requérant invoque une inégalité de traitement car, dans deux autres recours internes, la Commission a recommandé le remboursement d'un produit identique à l'un de ceux que lui avait prescrits son médecin, alors que le remboursement a été refusé dans son cas. Il considère qu'il a été privé des garanties d'une procédure régulière, non seulement parce que la décision attaquée n'était pas correctement motivée, mais aussi parce que la procédure de recours interne était entachée de parti pris. Il affirme à cet égard que les modalités de désignation des membres de la Commission de recours interne ne garantissent ni l'indépendance ni l'impartialité de ces derniers.

Le requérant souligne que les quatre conditions dont se prévaut le courtier d'assurances ne figurent ni dans le contrat collectif d'assurance ni dans aucune autre disposition applicable. Selon lui, le courtier n'avait donc pas le pouvoir de limiter la portée du point 2 de l'alinéa b) de l'article 20 du contrat, qui dispose que les médicaments sont remboursés à 80 pour cent pour autant qu'ils soient prescrits par un médecin, en appliquant des critères supplémentaires qui n'avaient jamais été publiés et n'avaient pas fait l'objet d'une procédure de consultation appropriée.

En outre, la «pratique» invoquée par l'Office ne saurait 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, ce qui n'est pas le cas selon lui, celle-ci devrait être interprétée *contra proferentem*, donc en faveur du fonctionnaire. Étant donné que le contrat collectif d'assurance, les règlements d'application pertinents et le Statut des fonctionnaires ne définissent pas le terme «médicament», celui-ci devrait être entendu dans son sens le plus large, conformément au principe *patere legem*.

Enfin, le requérant affirme que l'Office a failli à son devoir de sollicitude et a enfreint l'article 28 du Statut des fonctionnaires en ne l'assistant pas, comme il aurait dû le faire, dans sa démarche visant à obliger le courtier à respecter le contrat collectif d'assurance.

Le requérant demande au Tribunal d'annuler la décision attaquée et d'ordonner le remboursement de tous les frais médicaux litigieux, y compris ceux exposés après l'introduction de son recours interne. Il réclame en outre des dommages-intérêts pour «les autres dommages causés à sa santé par la négligence de l'OEB et le stress inutile créé par cette dernière», des dommages-intérêts pour tort moral, ainsi que les dépens.

C. L'OEB soutient que la requête n'est recevable que dans la mesure où elle concerne la question de savoir si le courtier d'assurances a correctement appliqué les dispositions du contrat collectif d'assurance. Elle considère qu'en vertu de l'article 90 du Statut des fonctionnaires c'est à la Commission médicale de déterminer si un produit pharmaceutique particulier a sa place dans le traitement approprié d'une maladie donnée, car cette question constitue «un litige relatif [à une opinion] d'ordre médical».

Sur le fond, l'Organisation nie que les droits du requérant à une procédure régulière aient été violés au cours de la procédure de recours interne. Elle souligne que les dispositions régissant la composition de la Commission de recours interne, qui figurent dans le Statut des fonctionnaires et le Règlement intérieur de la Commission, autorisent le Président à nommer trois des membres de la Commission. Par ailleurs, le Statut des fonctionnaires autorise le Président à prendre toute décision définitive qu'il considère juste à l'issue de la procédure de recours interne.

Selon la défenderesse, 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 a été prescrit par une personne médicalement qualifiée en tant que traitement médical pour une maladie, un accident, une grossesse ou un 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 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». Pour cette raison, même si le requérant a effectivement obtenu une ordonnance d'une personne médicalement qualifiée, cela ne lui donne pas droit automatiquement au remboursement. C'est au courtier d'assurances de décider, au cas par cas, si ces frais exposés donnent ou non lieu à remboursement. À cet égard, l'Organisation 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, dont ceux qui ont été prescrits au requérant, n'est possible que si lesdits produits remplissent les conditions énoncées dans le consensus.

De plus, si ce consensus, qui figure dans la lettre du courtier d'assurances datée du 20 octobre 2000, 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 juste et égale. Pour cette même raison, une consultation formelle du Conseil consultatif général n'était pas nécessaire. L'OEB souligne que les lignes directrices suivies par le courtier d'assurances sont purement indicatives et peuvent être adaptées selon les cas. Les incorporer dans le Statut des fonctionnaires ou dans le contrat collectif d'assurance reviendrait à les figer, alors qu'en fait elles évoluent en fonction des avancées médicales.

La défenderesse soutient que la décision du courtier d'assurances de ne pas rembourser certains produits prescrits par le médecin du requérant a été prise avec la sollicitude voulue, après examen minutieux du diagnostic et consultation du médecin-conseil de l'Office. Par conséquent, elle n'a pas enfreint l'article 16 ni le point 2 de l'alinéa b) de l'article 20 du contrat collectif d'assurance.

Enfin, l'Organisation nie que le requérant ait été victime d'une inégalité de traitement puisque le cas auquel il fait référence dans sa requête reposait sur des faits différents. Elle réaffirme en outre que l'article 28 du Statut des fonctionnaires ne s'applique pas au cas ici considéré dans la mesure où le courtier d'assurances n'est pas partie à la procédure.

D. Dans sa réplique, le requérant maintient ses moyens. Il prétend qu'il y a eu violation du secret médical car il ressort de la réponse de la défenderesse que le médecin-conseil de l'Office a eu accès à son dossier médical sans son consentement. Il affirme également que son droit d'être entendu a été violé : en effet, l'un des membres de la Commission de recours interne n'a pas signé l'avis; celui-ci a été signé par un membre suppléant qui n'était pas présent aux audiences. Le requérant fait valoir que, si le médecin-conseil de l'Office ou le courtier d'assurances avait examiné son cas avec la sollicitude voulue, celui-ci aurait été soumis à la Commission médicale et non rejeté «sommairement». Selon lui, le fait que l'OEB préconise maintenant la constitution d'une commission médicale prouve sa mauvaise foi.

E. Dans sa duplique, l'OEB maintient intégralement sa position. Elle nie toute violation du secret médical et fait observer que le médecin-conseil de l'Office doit par définition être consulté. Toutefois, comme il ressort clairement de l'article 7 du contrat collectif d'assurance, le courtier d'assurances et le médecin-conseil ont tous deux l'obligation de garder un secret absolu sur les renseignements dont ils peuvent avoir connaissance. En ce qui concerne le droit du requérant d'être entendu, l'OEB fait remarquer que le remplacement d'un membre de la Commission, 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 la fois à une nécessité et avait été effectué conformément au Règlement intérieur de la Commission et au Statut des fonctionnaires. La défenderesse relève que le membre suppléant a émis un avis favorable au requérant et que ce dernier n'a pas demandé à être entendu une nouvelle fois.



F. Dans ses écritures supplémentaires, le requérant nie avoir eu la possibilité de demander à être entendu une nouvelle fois, étant donné qu'il n'a pris connaissance de la nouvelle composition de la Commission qu'en recevant la duplique de la défenderesse dans le cadre de la procédure devant le Tribunal de céans. Il présente par conséquent une nouvelle demande de dommages-intérêts pour «tromperie délibérée».

G. Dans ses observations finales, l'OEB affirme que le requérant et son représentant ont eu connaissance du changement dans la composition de la Commission au plus tard lorsqu'ils ont reçu l'avis de cette dernière. Les allégations de manipulation de procédure et de mauvaise foi formulées par le requérant sont donc manifestement infondées.

#### CONSIDÈRE :

1. Le requérant attaque la décision de la Présidente de l'Office, qui lui a été communiquée par lettre du 11 novembre 2009, portant approbation de l'avis majoritaire de la Commission de recours interne qui recommandait le rejet de son recours pour défaut de fondement. Le recours avait été jugé recevable dans la mesure où il s'agissait d'examiner la question de savoir si le courtier d'assurances avait correctement appliqué les dispositions du contrat collectif d'assurance. Toutefois, appelée à déterminer si le courtier avait examiné avec la sollicitude voulue la possibilité de faire droit à la demande de remboursement présentée par le requérant, la Commission de recours interne s'est estimée incompétente pour statuer sur la question de savoir si les produits pharmaceutiques prescrits au requérant par son médecin pouvaient être considérés comme «un traitement médical» prescrit en raison d'une maladie ou d'un accident, cette question relevant, à son avis, de la compétence de la Commission médicale en vertu de l'article 90 du Statut des fonctionnaires.

Selon l'opinion majoritaire, le courtier d'assurances avait correctement appliqué les dispositions du contrat collectif d'assurance comme indiqué dans la note explicative du 20 octobre 2000 qui

énonçait les quatre conditions qu'un produit médical devait remplir pour pouvoir être remboursé.

À la majorité, la Commission de recours interne a donc recommandé à la Présidente de rejeter le recours. La Présidente n'a pas souscrit à l'opinion minoritaire de la Commission qui, selon elle, «interprète les articles 16 et 20 du [contrat collectif d'assurance] comme créant une obligation de remboursement de toute substance ou traitement dès lors que ceux-ci sont prescrits par un médecin, et ne reconnaît pas [au courtier d'assurances] la compétence d'examiner la conformité au contrat des demandes de remboursement présentées». La Présidente a estimé que le courtier d'assurances avait décidé à bon droit que le produit ne répondait pas à toutes les conditions de remboursement.

2. Le requérant demande au Tribunal d'annuler la décision attaquée et de lui accorder des dommages-intérêts pour tort matériel et moral, ainsi que les dépens. Il soutient que la Commission de recours interne était compétente car le litige concerne des aspects juridiques, à savoir l'interprétation des articles 16 et 20 du contrat collectif d'assurance, et que, par conséquent, l'article 90 du Statut des fonctionnaires n'est pas applicable en l'espèce. Il soutient également que le principe d'égalité de traitement et les garanties d'une procédure régulière n'ont pas été respectés. Il fait observer que la pratique consistant à appliquer les quatre conditions énoncées dans la note explicative par le courtier d'assurances et approuvées par l'OEB ne fait pas partie du contrat collectif d'assurance, qu'elle n'a pas été publiée et que, de ce fait, elle ne peut produire d'effet juridique et ne saurait contredire le sens littéral des textes énonçant les droits des fonctionnaires. En conclusion, selon le requérant, «[I]es termes clairs du [contrat collectif d'assurance] obligeaient [le courtier d'assurances] à rembourser les frais médicaux qui font l'objet du présent litige. Comme le courtier n'y était pas disposé, [ce dernier] et le médecin-conseil de l'Office ont tout simplement ajouté des critères supplémentaires à ceux qui figuraient dans les règles applicables.»

3. Le Tribunal estime que le contrat collectif d'assurance n'a pas été correctement appliqué; la procédure concernant son application était viciée car les droits de la défense n'ont pas été respectés.

4. Premièrement, le requérant n'a appris le remplacement de l'un des membres de la Commission de recours interne (intervenu après les audiences) que lorsqu'il a reçu une copie de l'avis émis par cet organe. La transparence et le respect des garanties d'une procédure régulière auraient voulu que le requérant fût informé de ce remplacement au moment où il a eu lieu afin d'exercer son droit de contester la composition de la Commission. Le fait que le membre suppléant ait voté en faveur du requérant ne purge pas ce vice. De plus, le membre en question n'avait pas assisté à l'audience alors que sa participation aurait pu influencer sur l'avis définitif de la Commission de recours interne.

5. Deuxièmement, le consensus conclu entre l'Office et le courtier d'assurances, qui figure dans la note explicative du 20 octobre 2000 (voir la partie A du présent jugement), ne devrait pas être considéré comme contraignant vu qu'il se borne à établir des lignes directrices pour l'interprétation du terme «médicaments» utilisé au point 2 de l'alinéa b) de l'article 20 du contrat collectif d'assurance («Médicaments – Remboursement à 80% pour autant qu'ils soient prescrits par un médecin»). D'ailleurs, dans le jugement 3031, au considérant 14, le Tribunal est parvenu à la conclusion suivante :

«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.»

6. Troisièmement, les conditions énoncées dans la note explicative du 20 octobre 2000 nécessitent une interprétation des expressions «traitement médical largement reconnu» et «effets thérapeutiques démontrés» en vue de déterminer ce que l'on entend par «médicaments» aux fins du point 2 de l'alinéa b) de l'article 20 du contrat collectif d'assurance. Le Tribunal considère que cette interprétation appelle un avis médical. Aussi, pour déterminer si les produits prescrits au requérant sont des «médicaments» aux fins de la police d'assurance et si le requérant peut se les faire rembourser en application de cette police, conformément aux droits dont il jouit en vertu de l'article 83 du Statut des fonctionnaires, il convient de saisir la Commission médicale, comme le prévoit le deuxième alinéa du paragraphe 1 de l'article 90 («la commission médicale a également compétence pour statuer sur tous les litiges relatifs aux opinions d'ordre médical exprimées aux fins du présent statut»). De même, comme le Tribunal l'a noté dans le jugement 3030, au considérant 7 :

«La seconde condition est que le médicament en question doit avoir été prescrit pour le traitement résultant d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement. En l'occurrence, la seule question à résoudre est par conséquent celle de savoir si, dans le cas du requérant, le médicament a été prescrit pour traiter une maladie. Le médecin de l'intéressé a exposé, dans un courriel que le courtier d'assurances a reçu le 17 octobre 2005, les raisons qui l'ont conduit à prescrire ce médicament. Il y est fait état d'une pathologie sous-jacente, liée à un stress professionnel sévère, et d'un pronostic excellent à court terme moyennant le traitement prescrit.

On se trouve donc en présence d'un «litige sur la nature du traitement médical suivi» au sens de la circulaire n° 236, dont la résolution entre dans la compétence de la Commission médicale. C'est du reste ce qu'a toujours soutenu l'Organisation défenderesse. Mais il appartenait à celle-ci, plutôt que de se borner à suggérer au requérant de s'adresser à cette commission, de saisir elle-même cette dernière et d'inviter l'intéressé à coopérer.»

7. Les autres moyens du requérant relatifs à la violation des garanties d'une procédure régulière sont dénués de fondement. En particulier, le requérant a tort lorsqu'il avance que la composition de la Commission de recours interne fait craindre un comportement partial de sa part dans la mesure où trois des cinq membres sont nommés par le Président, qui prend la décision définitive. Il faut tenir compte du

fait que la composition de la Commission et la procédure de sélection de ses membres sont régies par le Statut des fonctionnaires et par le Règlement intérieur de la Commission de recours interne. Ces dispositions et procédures correspondent à la nature administrative de la Commission. Par ailleurs, l'argument selon lequel il y aurait eu violation de l'article 28 du Statut du fait que l'Organisation n'aurait pas assisté le requérant dans sa démarche visant à obliger le courtier d'assurances à respecter le contrat collectif d'assurance est lui aussi dénué de fondement. Dans sa partie pertinente, l'article 28 du Statut dispose ce qui suit :

«(1) L'Organisation assiste le fonctionnaire [...], notamment dans toute poursuite contre les auteurs de menaces, outrages, injures, diffamations ou attentats contre la personne et les biens dont il est, ou dont les membres de sa famille sont l'objet, en raison de sa qualité et de ses fonctions.»

En l'espèce, le courtier d'assurances n'est pas partie à la procédure : seuls y sont engagés le requérant et l'Organisation.

8. L'allégation d'inégalité de traitement est, de même, dénuée de fondement. Le requérant n'a pas démontré qu'il existait une similitude entre son cas et les recours cités dans l'opinion minoritaire, hormis le fait que le même médicament était en cause. Cela ne suffit pas à prouver la similitude en fait et en droit.

9. Au vu de ce qui précède, la décision attaquée doit être annulée. L'affaire doit être renvoyée devant l'Organisation qui devra constituer sans plus tarder une commission médicale, conformément à l'article 90 du Statut des fonctionnaires et à la circulaire n° 236. La Commission médicale statuera en tenant compte de l'interprétation figurant dans la note explicative du 20 octobre 2000 mais sans être liée par elle. Le requérant a droit à se voir octroyer des dommages-intérêts pour tort moral en raison du caractère illégal de la décision, dont le Tribunal fixe le montant à 700 euros. Il a droit également à 600 euros à titre de dépens. Toutes les autres conclusions seront rejetées.

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 ci-dessus.
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. Toutes les autres conclusions sont rejetées.

Ainsi jugé, le 2 novembre 2012, par M. Seydou Ba, Président du Tribunal, M. Giuseppe Barbagallo, Juge, et M. Michael F. Moore, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Catherine Comtet, Greffière.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 6 février 2013.

SEYDOU BA  
GIUSEPPE BARBAGALLO  
MICHAEL F. MOORE  
CATHERINE COMTET