

## SOIXANTE-HUITIEME SESSION

### Affaire DAGNEAU

#### Jugement No 992

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la requête dirigée contre l'Organisation européenne pour la sécurité de la navigation aérienne (Agence Eurocontrol), formée par M. Claude Dagneau le 30 novembre 1988 et régularisée le 6 janvier 1989, la réponse d'Eurocontrol en date du 29 mars, la réplique du requérant du 27 juin et la duplique de l'Organisation datée du 21 septembre 1989;

Vu l'article II, paragraphe 5, du Statut du Tribunal et l'article 92, paragraphe 2, du Statut administratif du personnel permanent de l'Agence et les articles 20 et 25 ter du 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. L'article 20 du Règlement d'application No 10 de l'Agence Eurocontrol portant sur la couverture des risques de maladie et d'accident indique au paragraphe 1 que :

"Les frais de séjour relatifs à une cure prescrite par le médecin traitant, pour autant que cette cure a été reconnue strictement nécessaire par le médecin-conseil, qu'elle a fait l'objet d'une autorisation préalable et qu'elle a été effectuée sous contrôle médical, sont remboursés...

...

[Une] demande [d'autorisation] devra être accompagnée, à l'intention du médecin-conseil, de la prescription médicale ainsi que d'un rapport médical détaillé justifiant la nécessité de la cure et le lieu où elle sera effectuée."

Le requérant, de nationalité française, est assistant principal, au grade B, au Centre expérimental d'Eurocontrol à Brétigny-sur-Orge, en France.

En 1986 et en 1987, il avait obtenu l'accord de la caisse maladie pour effectuer à Amélie-les-Bains une cure destinée à traiter des troubles rhinologiques. Le 14 avril 1988, il adressa à la caisse maladie une demande d'entente préalable, établie par son médecin traitant et accompagnée d'un certificat médical d'un médecin thermaliste, pour effectuer une troisième cure thermale au même endroit. Par lettre du 6 mai 1988, il fut informé qu'il ne pouvait être donné une suite favorable à la demande, "son caractère indispensable n'étant pas suffisamment spécifié". Le 18 mai 1988, le médecin traitant remplit une deuxième demande en indiquant : "3ème cure thermale indispensable". Cette nouvelle demande fut refusée en date du 7 juin 1988 au motif qu'elle ne reflétait toujours pas l'absolue nécessité de la cure, la mention "indispensable" sans autre explication n'étant pas jugée suffisante.

Le requérant introduisit, le 4 juillet 1988, une réclamation auprès du Directeur général contre ce refus. En application de l'article 25 ter du Règlement No 10, la réclamation a été transmise pour avis à la Commission de gestion de la caisse maladie. Cet avis, communiqué le 17 novembre 1988 au requérant, recommanda à la majorité des membres que le requérant soit soumis à un examen médical par le médecin-conseil du centre de Brétigny avant toute décision définitive.

N'ayant reçu aucune réponse définitive dans le délai de quatre mois prévu à l'article 92, paragraphe 2, du Statut administratif du personnel permanent de l'Agence, le requérant forma la présente requête le 30 novembre 1988 contre la décision implicite de rejet. Le 22 décembre 1988, il fut informé explicitement du rejet de sa réclamation.

B. Le requérant soutient que la caisse maladie d'Eurocontrol a mal interprété le paragraphe 1 de l'article 20 du Règlement No 10 en transformant les termes "strictement nécessaire" et "nécessité de la cure" en "caractère

indispensable" et "absolue nécessité". L'absolue nécessité ne s'applique pour un traitement médical que lorsque la vie est en jeu, et, dans ces conditions, le médecin-conseil ne pourra jamais conclure à "l'absolue nécessité" de la cure demandée. En revanche, si le texte prévoit que le médecin-conseil doit reconnaître qu'une cure est strictement "nécessaire", et non pas "indispensable", c'est pour écarter les cas de demandes d'autorisation concernant des cures inutiles sur le plan thérapeutique, et pour s'assurer que la cure est nécessaire à la guérison du malade. En ce qui le concerne, il est certain que les deux cures déjà suivies ont amélioré son état de santé et diminué ses absences pour maladie. L'Agence a donc été directement bénéficiaire de cette amélioration.

En conclusion, le requérant prie le Tribunal d'annuler la décision implicite de la caisse maladie de refuser l'autorisation préalable à la cure prescrite par son médecin traitant. Il réclame le remboursement des dépens.

C. L'Organisation répond que, conformément à l'article 20 du Règlement No 10, c'est le médecin-conseil qui apprécie le caractère "strictement nécessaire" de la cure en s'appuyant sur le rapport médical détaillé qui doit être joint à la prescription médicale. La simple utilité d'une cure ne suffit donc pas. Les refus opposés par la caisse maladie sont motivés par l'avis défavorable établi par le médecin-conseil sur la base des pièces médicales fournies par le requérant. L'avis de la Commission de gestion est purement consultatif. Les dispositions du Règlement No 10 ne prévoyant pas l'arbitrage recommandé par la majorité de la Commission de gestion, le Directeur général a estimé qu'il pouvait s'en tenir à l'avis du médecin-conseil pour rejeter la réclamation du requérant. Le requérant a encore cependant la possibilité d'obtenir le remboursement d'un autre type de traitement.

D. Dans sa réplique, le requérant fait observer que le médecin traitant a formulé une demande de cure en sa faveur sur la base d'un diagnostic établi à la suite d'un examen médical, alors que le médecin-conseil ne l'a jamais vu ni examiné. Par ailleurs, il ressort clairement du dossier que les deux refus opposés par la caisse maladie ne reposaient pas sur des avis écrits et motivés du médecin-conseil. En réalité, l'avis n'a été formulé qu'après l'introduction de sa réclamation.

En outre, l'attitude de l'Organisation qui refuse de procéder à un arbitrage médical, parce qu'il n'est pas explicitement prévu par la réglementation, démontre qu'elle considère que l'avis du médecin-conseil est sans appel possible. Cette situation est, à son avis, inacceptable et contraire aux droits élémentaires de chacun.

E. Dans sa duplique, Eurocontrol réfute les moyens avancés par le requérant dans la réplique et développe sa propre argumentation.

Elle indique notamment que le rôle du médecin-conseil ne consiste pas à faire subir des contre-visites aux affiliés à la caisse maladie. C'est la caisse même qui répond à la demande de cure du fonctionnaire en mentionnant succinctement l'avis du médecin-conseil. L'Organisation conteste que les avis médicaux aient été établis postérieurement à l'introduction de la réclamation et affirme que la procédure suivie dans le traitement des demandes du requérant n'est entachée d'aucune irrégularité.

#### CONSIDERE :

1. Le requérant, fonctionnaire de l'Agence Eurocontrol, affecté au Centre expérimental de l'Agence à Brétigny-sur-Orge, France, se trouve en litige avec l'Agence au sujet du refus d'autoriser, en faveur du requérant, un séjour de cure demandé par son médecin traitant.

2. Il résulte du dossier que l'intéressé avait obtenu deux fois de suite dans le passé cette autorisation pour des séjours de cure à Amélie-les-Bains, où il avait soigné avec succès, selon les certificats établis à l'époque, une affection rhinologique. Une demande visant à l'autorisation d'une troisième cure dans le même établissement, établie le 14 avril 1988 par le médecin traitant, le docteur Barthes, fut refusée par l'administration à la suite de l'avis négatif du médecin-conseil, celui-ci estimant que le caractère indispensable de la cure n'avait pas été suffisamment spécifié dans la demande du médecin traitant.

3. Le 18 mai 1988, le médecin traitant présenta une nouvelle demande en soulignant cette fois le caractère "indispensable" de la cure. Le 7 juin 1988, l'administration informa l'intéressé de ce que le médecin-conseil ne reconnaissait toujours pas l'absolue nécessité de ce traitement.

4. Le 4 juillet 1988, le requérant adressa une réclamation écrite au Directeur général de l'Agence en vertu de l'article 92, paragraphe 2, du Statut du personnel. Cette réclamation fut transmise pour avis à la Commission de gestion de la caisse maladie. Au cours de cette procédure, le médecin-conseil eut l'occasion de revenir à deux

reprises sur la demande de M. Dagneau.

5. Dans un avis donné le 14 juillet 1988 à la caisse maladie, le médecin-conseil constatait l'absence de toute justification explicite, de la part du médecin traitant, quant à la nécessité du traitement recherché. Le requérant lui ayant transmis entre-temps l'avis d'un autre spécialiste, le docteur Sarment, qui estimait "intéressant" d'accorder à M. Dagneau une troisième cure, vu l'excellent résultat des deux précédentes, le médecin-conseil fit remarquer au requérant, dans une lettre du 8 novembre 1988, "que ce praticien ne fait pas état des résultats d'un examen clinique, mais uniquement des antécédents communiqués par vous", en ajoutant que le terme "intéressant" n'était pas de nature à établir le caractère indispensable de la cure désirée.

6. Le 17 novembre 1988, la Commission de gestion de la caisse maladie informa le Directeur général de ce que, selon l'avis de la majorité de ses membres, le requérant devrait subir un examen médical de la part du médecin-conseil.

7. Le requérant introduisit son recours auprès du Tribunal dès le 30 novembre 1988 en faisant valoir que sa réclamation, introduite le 4 juillet 1988, se trouvait alors en souffrance depuis plus de quatre mois et qu'il était donc en droit d'introduire, en vertu de l'article 92, paragraphe 2, du Statut administratif, un recours contre la décision implicite de rejet résultant du silence de l'administration.

8. Désireux de régulariser la procédure, le Directeur général adressa au requérant après l'introduction de la requête, le 22 décembre 1988, une décision explicite rejetant la réclamation, tout en faisant ressortir que le litige ne concernait que les frais de séjour en cure, alors que les prestations paramédicales appropriées pourraient être accordées sur prescription médicale. Dans la même communication, le Directeur général fit reconnaître qu'il n'estimait pas nécessaire de soumettre le requérant à un examen médical.

9. La requête appelle les observations suivantes du point de vue juridique.

10. La mission du Tribunal est de contrôler si les dispositions pertinentes du Règlement d'application No 10, relatif à la couverture des risques de maladie et d'accident, ont été respectées. Aux termes de l'article 20 de ce règlement, les frais de séjour relatifs à une cure prescrite par le médecin traitant sont remboursés, dans les limites fixées par le Règlement, pour autant que la cure a été "reconnue strictement nécessaire par le médecin-conseil" et fait l'objet d'une autorisation préalable.

11. Le litige porte sur le point de savoir si la cure a été "strictement nécessaire" au sens du Règlement. Il suffit de faire remarquer à ce sujet, sans entrer dans le fond des questions médicales que pose l'état de santé du requérant, que celui-ci n'a pas été en mesure d'apporter des indices de nature à susciter le moindre doute sur l'appréciation portée par le médecin-conseil. Bien loin de là, ce médecin a relevé avec raison que la demande de cure introduite par le médecin traitant manquait de tout diagnostic analytique qui aurait permis d'étayer la nécessité de la cure recherchée. S'il est vrai que le formulaire imposé par l'administration aux médecins incite à la brièveté, le médecin traitant s'est borné en l'occurrence, pour toute justification, dans sa première demande, à la mention "Excellent résultat des 2 premières cures" et, dans la deuxième, aux mots "3ème cure thermale indispensable. Et cure à visée rhumatologique complémentaire".

12. Le médecin-conseil, dans sa dernière communication au requérant, a relevé ainsi avec raison que la demande de cure ne faisait pas état d'un examen clinique quelconque et se bornait à relater les antécédents communiqués par le demandeur lui-même. En présence d'un dossier aussi peu consistant, on ne saurait faire reproche non plus au Directeur général de ne pas avoir suivi la proposition de la Commission de gestion de la caisse maladie visant à soumettre le requérant à un examen médical supplémentaire.

13. Le dossier constitué par le requérant étant donc loin de fournir le moindre indice d'une faute de l'administration ou d'un usage impropre, par le médecin-conseil, de son appréciation médicale, la requête doit être rejetée.

Par ces motifs,

DECIDE :

La requête est rejetée.

Ainsi jugé par M. Jacques Ducoux, Président du Tribunal, Tun Mohamed Suffian, Vice-président, 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 23 janvier 1990.

Jacques Ducoux  
Mohamed Suffian  
P. Pescatore  
A.B. Gardner

Mise à jour par PFR. Approuvée par CC. Dernière modification: 7 juillet 2000.