



TRIBUNAL ADMINISTRATIF

Jugement du Tribunal administratif

Rendu le 3 octobre 2018

JUGEMENT DANS L'AFFAIRE N° 90

Ms. AA
Requérante

c/ Secrétaire général

La version française fait foi.

JUGEMENT DANS L'AFFAIRE N° 90 DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF

Séance tenue le 17 septembre 2018
à 10 heures au Château de la Muette,
2 rue André-Pascal à Paris

Le Tribunal administratif était composé de :

Madame Louise OTIS, Présidente,

Monsieur Luigi CONDORELLI,

et Monsieur Pierre-François RACINE,

Monsieur Nicolas FERRE et Monsieur David DRYSDALE, Greffier adjoint, assurant les services du Greffe.

Le Tribunal a entendu :

Monsieur Giovanni M. PALMIERI, Conseil de la requérante ;

Monsieur Rémi CEBE, Chef de la Division des affaires juridiques générales à la Direction des affaires juridiques de l'Organisation, au nom du Secrétaire général, assisté de Monsieur Auguste NGANGA MALONGA, Chef ad interim de l'Unité des questions administratives et de personnel à la Direction des affaires juridiques.

INTRODUCTION

[1] Par sa requête en annulation et indemnisation enregistrée au Greffe le 19 décembre 2017, la requérante, AA, demande l'annulation d'une décision du 14 novembre 2017 du Secrétaire général de l'Organisation de coopération et de développement économiques (« l'Organisation ») rejetant sa demande de retrait d'une décision du 11 août 2017 lui refusant la prise en charge intégrale des frais de garde-malade. La requérante demande également le remboursement des sommes dues pour les prestations de garde-malade, soit 65422,13 euros. De plus elle réclame une réparation pour tort moral en raison de la violation par l'Organisation des devoirs de sollicitude dont elle était tenue à son égard, tout en laissant au Tribunal le soin d'en déterminer le montant. Finalement, la requérante demande le remboursement des frais de procédure jusqu'à concurrence de 10000 euros.

[2] Le Secrétaire général de l'Organisation a produit ses observations le 19 février 2018.

[3] La requérante a produit un mémoire en réplique le 3 avril 2018.

[4] Le Secrétaire général de l'Organisation a produit un mémoire en duplique le 4 mai 2018.

[5] Les parties ont été autorisées à produire une preuve documentaire et la requérante a produit une courte vidéo pour démontrer son incapacité.¹

Les faits dans le contexte du litige

[6] La requérante, née en 1960, de nationalité espagnole, est entrée au service de l'Organisation le 3 avril 1989 en qualité d'administratrice au grade A 2 à l'Agence internationale de l'énergie.

¹ Les pièces produites par la requérante sont identifiées sous la cote R et celles produites par l'Organisation sous la cote O.

[7] Le 23 août 1989, quatre (4) mois après son entrée en fonction, elle a été victime d'un grave accident de la circulation dans lequel sa mère a péri et sa sœur a été grièvement blessée. Elle-même a subi un traumatisme crânien grave avec des dommages irréversibles de toutes natures qui ont entraîné une incapacité permanente totale selon la législation de son pays d'origine.

[8] Depuis l'accident de 1989, l'état de santé de la requérante exige des soins médicaux importants qui sont pris en charge par l'Organisation, par le biais du système d'assurance médicale qui lui est propre « OMESYS » et qui est géré par un prestataire, initialement GMC , aujourd'hui Henner. Ces soins sont entièrement assumés par l'assureur puisque la requérante a été reconnue handicapée selon la législation espagnole.

[9] La preuve administrée par les parties démontre que depuis 1989 l'état de la requérante nécessite des soins d'aide à la vie quotidienne afin de compenser sa perte d'autonomie.

[10] Ces soins quotidiens sont assurés par des gardes-malades non diplômés, spécialisés dans la prise en charge quotidienne de patients souffrant de troubles neurologiques complexes. Ce ne sont pas des infirmières.

[11] D'ailleurs, l'incapacité a été reconnue par l'Organisation qui lui verse depuis le 1^{er} novembre 1990, date de sa mise en position de non-activité permanente, une pension d'invalidité dont le montant au 1^{er} janvier 2018 s'élève à 4187euros par mois.

[12] A partir de 1991 le gestionnaire d'Omesys a remboursé d'année en année à la requérante les frais de garde-malade exposés dans la limite des plafonds applicables (en 2016, 168 euros par jour).

[13] Ainsi, le 10 mars 2009, le gestionnaire GMC écrivait à la requérante, sous le titre « *Décision médicale sur une demande d'entente préalable* », pour l'informer que le médecin conseil avait émis un avis favorable à la prise en charge des frais de garde-malade dans la limite d'un plafond de 168 euros par jour au-delà de 8h par jour. Cette lettre précise « Durée de cet accord : 6 mois à compter de l'avis du Médecin Conseil,

sous réserve de vos droits aux prestations à la date à laquelle les soins seront effectivement dispensés. »²

[14] En 2014, L'Organisation a demandé au gestionnaire d'Omesys de réexaminer la situation des anciens agents qui bénéficiaient du remboursement des frais de garde-malade au regard des règles statutaires.

[15] C'est dans ce contexte que le gestionnaire d'Omesys, Henner, a adressé à la requérante et à son père, son tuteur, une lettre datée du 15 février 2016 précisant que les dépenses de dépendance ne sont pas couvertes par le contrat liant l'Organisation et le gestionnaire d'Omesys et que la prise en charge passée des frais de garde-malade faisait suite à « *une mauvaise interprétation par [nos] services du contrat Omesys.* »³

[16] Sans réclamer le reversement « *des sommes versées indûment* » le gestionnaire informait la requérante que la prise en charge des frais de garde-malade serait limitée, au terme d'un délai de 6 mois, à 2 heures par jour à compter du 15 août 2016, pour lui permettre de s'organiser différemment.

[17] Cette décision fut immédiatement contestée par le tuteur de la requérante, en l'occurrence son père.⁴

[18] L'Organisation, informée de la situation, a engagé des discussions pour régler le différend mais aucun accord n'est intervenu à ce jour. Il y eut deux sessions de pourparlers.

[19] D'abord, le 19 janvier 2017, il fut convenu que chaque partie désignerait un médecin pour déterminer les besoins de la requérante, en particulier de garde-malade et que la requérante se désisterait de la procédure civile entamée devant le Tribunal de Grande Instance de Nanterre, ce qui fut fait.

[20] Ainsi, une commission médicale formée de médecins désignés procéda à l'évaluation de la requérante. Les deux médecins, le docteur TR pour la requérante et le docteur J pour Henner, gestionnaire d' Omesys , ne purent toutefois trouver d'accord

² Pièce R-7 de la requête.

³ Pièce R-8 de la requête.

⁴ Pièce R-10 de la requête.

sur la prise en charge par Omesys des frais de garde-malade, alors que le médecin de Henner reconnaissait toutefois que l'état de la requérante nécessitait une présence permanente à ses côtés.⁵ Le rapport conjoint précisait la nécessité de la présence permanente d'une personne auprès de la requérante, 24 h par jour, en particulier pour la prise des repas, la mobilisation, les soins d'hygiène et l'aide aux activités générales. Toutefois, la dispensation de tous ces soins par un garde-malade n'a pu faire l'objet d'un consensus.

[21] Puis, l'Organisation a finalement proposé au conseil de la requérante d'engager des discussions en vue d'une proposition exceptionnelle de prise en charge, sous réserve d'un engagement de confidentialité signé par les parties. Cet engagement stipulait que la confidentialité devrait être respectée, même devant le Tribunal administratif, en cas d'échec des discussions.

[22] Puis, au cours d'une réunion qui eut lieu le 10 juillet 2017, l'Organisation a proposé à titre exceptionnel que les frais de garde de la requérante soient pris en charge à hauteur, non plus de 2 h par jour, mais de 14 h par jour, 7 jour sur 7, laissant ainsi 10 h à la charge de la requérante.⁶ Le tuteur de la requérante a décliné cette proposition.

[23] Cette séance de négociations a été tenue sous engagement de confidentialité. Toutefois, comme la proposition constitue désormais une offre formelle consignée dans les présentes procédures, il est permis de s'y référer à ce seul titre en statuant que les discussions intervenues entre les parties restent entièrement protégées par l'entente de confidentialité.

Questions en litige

[24] Dans un premier temps le Tribunal devra décider de la recevabilité de la requête puisque l'Organisation allègue que celle-ci n'est pas dirigée contre la décision définitive du Secrétaire général et a été déposée en dehors des délais prévus par la Résolution du Conseil sur le statut et fonctionnement du Tribunal administratif.

⁵ Pièce R-9 de la requête.

⁶ Observations du Secrétaire Général, paragraphe 73 et 76; Duplique, paragraphe 59 et 60.

[25] Puis, quant au fond, le Tribunal devra déterminer si la décision attaquée a été prise en violation des règles du Statut, Règlement et Instructions applicables aux agents de l'Organisation (« ci-après le Statut ») et principalement du régime de protection sociale. De plus, il faudra décider s'il y a eu manquement caractérisé aux obligations de sollicitude et de bonne administration imparties à l'Organisation.

Analyse

Quant à la forme

[26] L'Organisation allègue que c'est la décision du 11 août 2017⁷, reçue le 17 août 2017, qui constitue la décision finale du Secrétaire général. Conséquemment, le délai de trois (3) mois prévu à l'article 4a) de l'Annexe III du Statut limitait la présentation de la requête au 17 novembre 2017. Comme celle-ci a été introduite le 14 décembre 2017, le Tribunal devrait déclarer la requête irrecevable car déposée hors délai.

[27] L'article 3 « Demande préalable à l'introduction des requêtes » de l'annexe III au Statut dispose que :

a) Sous réserve des dispositions de l'article 4 b) ci-dessous, les requêtes soumises au tribunal administratif ne sont recevables que si le requérant a adressé au Secrétaire général une demande écrite préalable tendant à obtenir le retrait ou la modification d'une décision lui faisant grief, et si le Secrétaire général a rejeté cette demande ou n'a pas répondu dans un délai d'un mois. La demande préalable doit être adressée au Secrétaire général dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision en ce qui concerne les membres du personnel, l'association du personnel ou les organisations syndicales ou professionnelles ou dans un délai de quatre mois à compter de cette notification en ce qui concerne les anciens membres du personnel ou les ayants droit des membres du personnel et anciens membres du personnel. »

[28] L'article 4a) de l'Annexe III du Statut se lit ainsi :

Les requêtes doivent être déposées auprès du Greffe du tribunal dans un délai de trois (3) mois de la notification de la décision de rejet par le Secrétaire général de la demande préalable ou de la date à laquelle cette demande a été implicitement

⁷ Pièce R-12 de la requête.

écartée. Dans des cas exceptionnels, toutefois, le tribunal administratif peut admettre des requêtes présentées en dehors de ce délai.

[29] La lettre du 15 février 2016 qui communique la décision du gestionnaire d'Omesys n'émane pas du Secrétaire général, ne mentionne pas qu'elle est prise sous sa délégation et ne le met pas en copie de cette décision.

[30] Le tuteur de la requérante ne pouvait pas savoir que cette décision aurait dû être considérée comme une décision du Secrétaire général et l'absence dans la lettre du 15 février de toute indication sur les voies et délais de recours ne pouvait qu'induire le tuteur en erreur sur les obligations procédurales qui s'imposaient à lui s'il entendait contester cette décision. En conséquence, le Tribunal décide que cette lettre n'a fait courir aucun délai.

[31] En deuxième lieu, la réaction de l'Organisation à la réception de la réclamation du 5 avril 2017 fait apparaître que les parties se sont engagées dans un processus de négociation devant déboucher sur une nouvelle décision administrative. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé : la décision du 11 août 2017 augmente de 2 à 14 heures de garde-malade par jour la prise en charge par l'Organisation des frais correspondants, et ce à compter du 5 avril 2017. C'était la décision de l'Organisation.

[32] A compter de la date de réception de cette décision, la requérante devait introduire une demande préalable dans le délai de deux mois prévu par l'article 3 a) du Statut, ce qu'elle a fait le 29 août 2017.⁸ Le Secrétaire général ayant rejeté cette demande le 14 novembre 2017⁹ la requête enregistrée le 14 décembre 2017 au Tribunal a été formée dans le délai de trois (3) mois prévu par le Statut. Elle est donc recevable.

[33] Le Tribunal souligne que sa décision concernant la recevabilité de la requête s'inscrit dans le sillage d'une importante et concordante jurisprudence administrative internationale. Ainsi, par exemple, il a été décidé dans le jugement n° 2584 du tribunal administratif de l'OIT :

⁸ Pièce R-13 de la requête.

⁹ Pièce R-14 de la requête.

« Si une organisation propose d'engager des discussions en vue d'un tel règlement, voire y participe, la bonne foi exige qu'elle considère que ces discussions prolongent d'autant le délai imparti pour entreprendre toute autre démarche, sauf si elle a dit expressément le contraire. En effet, des discussions qui visent à aboutir à un règlement amiable doivent se dérouler en partant du principe qu'aucune autre démarche ne sera nécessaire. Lorsque aucune décision concrète n'a été prise, comme c'est le cas ici, et que l'Organisation a proposé d'engager des discussions en vue de parvenir à un règlement amiable, la bonne foi requiert qu'elle considère que le délai imparti pour entreprendre d'autres démarches commence à courir lorsque lesdites discussions prennent fin et non à partir de la date à laquelle est censée avoir été prise une décision implicite de rejet. En effet, l'invitation à engager des discussions implique nécessairement que, quelles que soient par ailleurs les dispositions du Statut ou du Règlement du personnel, aucune décision définitive n'a déjà été prise ni ne sera prise au cours desdites discussions.»¹⁰

Quant au fond.

[34] L'article 17 du Statut prévoit que :

« Les agents bénéficient, dans les conditions fixées par un règlement du Secrétaire général, sous réserve de l'approbation du Conseil:

a) De prestations en cas de maladie, de maternité, d'accidents de travail, d'invalidité ou de décès...

...

[35] L'instruction 117/1.6.a) dispose :

a) « En cas de maladie, de maternité, ou d'accident autre que ceux visés à l'article 17/1.12, les bénéficiaires énumérés au paragraphe a) de l'instruction 117/1.4.1 ont droit à la prise en charge des frais correspondant à des actes médicaux ou chirurgicaux ou à des traitements ou prescriptions dans les limites et selon les procédures fixées dans l'annexe XIV au présent statut. Cette prise en charge peut prendre la forme d'un paiement direct total ou partiel au fournisseur ou au prestataire de services ou d'un remboursement aux affiliés.

...

[36] L'instruction 117/1.6.2 c) prévoit :

¹⁰ TAOIT, jugement no. 2584, M.L.A.M, 7 février 2007. Voir également TAOIT, jugement n° 509, Villegas ; TAOIT, jugement n° 2066, Tekouk. ; TANU 9-9-1955, Hilpern, 57 Rec.1,273 ; CJCE 11-7—1974, Guillot ;

« Sous réserve de l'application de l'article 4 de l'annexe XIV et des autres conditions fixées à l'article 11 de cette annexe, le taux de prise en charge des frais de soins de santé liés directement au handicap est de 100% des frais encourus quand les bénéficiaires de la prise en charge sont reconnus handicapés selon la législation de leur pays de résidence ou ouvre droit à l'allocation pour enfant handicapé(e) ou au supplément pour enfant handicapé(e) visés aux articles 16/1.3 et 16/2.3 du Statut.

[37] L'annexe XIV intitulé « *Prise en charge des dépenses de santé au titre de l'article 17a) du Statut* » dispose :

Article 1

Les présentes instructions fixent les modalités et les procédures de la prise en charge des dépenses de santé par le système médical et social de l'Organisation prévue aux instructions 117/1.6.1 et 117/1.13.1. Elles sont applicables aux agents et bénéficiaires visés aux articles 17/1.17, 17/1.21 et 17/1.22 du règlement dans les conditions fixées à l'article 10 ci-dessous.

Prise en charge des dépenses de santé

Article 2

a) Les dépenses de santé prises en charge par le système médical et social de l'Organisation en vertu des articles 17/1.6 et 17/1.13 du règlement figurent dans les tableaux de l'article 11 ci-dessous qui décrivent les treize catégories de dépenses prises en charge et fixent, le cas échéant, les plafonds de remboursement et les conditions particulières de prise en charge.

b) Les cas dans lesquels les dépenses de santé ne sont prises en charge qu'après accord préalable sont précisés dans les tableaux de l'article 11....

[38] Le tableau de l'annexe 11 pertinent à la présente affaire est à la rubrique IV intitulé « Auxiliaires médicaux ». Il se lit ainsi :

Nature des services et biens remboursables (1)	Taux de remboursement des frais encourus (2)	Plafonds de remboursement (3)		Accord préalable	Conditions ou modalités particulières
		Europe (y compris les PECO et la Turquie)	Autres pays		
III - SOINS SPECIALISES					Sur prescription
1/ Electrothérapie	100 %	(**)	(**)	---	} Faculté de paiement direct total ou partiel au centre de soins
2/ Dialyse	100 %	(**)	(**)	---	
3/ Chimiothérapie	100 %	(**)	(**)	---	
4/ Radiothérapie	100 %	(**)	(**)	---	
IV - AUXILIAIRES MEDICAUX					Sur prescription
1/ Infirmier(e)s.	92.5 %	(**)	(**)	Non	(*) 100% pour l'enfant de moins de 16 ans
2/ Massages, Kinésithérapie	92.5 %	(**)	(**)	Oui (5)	
3/ Orthophonistes, Orthoptistes	92.5 % (*)	(**)	(**)	Oui (5)	
4/ Pédiatres, Podologues	92.5 %	(**)	(**)	Oui (5)	
5/ Gardes – malades moins de 8 h par jour	92.5 %	109 € par jour	199 € par jour	Oui (6)	
6/ Gardes - malades entre 8 et 24 h par jour	92.5 %	188 € par jour	305 € par jour	Oui (6)	
7/ Ergothérapeutes	92.5 %	(**)	(**)	Oui (5)	
8/ Psychomotriciens	92.5 %	(**)	(**)	Oui (5)	
9/ Frais de déplacement auxiliaires	92.5 %	9 € par acte	9 € par acte		

»

[39] La note 6 à laquelle renvoie les sous-rubriques : « 5/ Gardes-malades moins de 8h par jour » et « 6/Gardes-malades entre 8 et 24 h par jour » est ainsi rédigée :

«6. Accord préalable nécessaire si le nombre de jours prescrits est supérieur à 7. Les 7 premiers jours, les gardes peuvent être effectuées sans attendre l'accord préalable. »

[40] L'autre tableau pertinent au litige est à la rubrique XIV. Il est ainsi rédigé :

XIV – SOINS DIRECTEMENT LIES AU HANDICAP (12)					
- Soins directement liés au handicap et frais de séjour dans les établissements médicaux dispensant de tels soins	100 %	(**)	(**)	Non	Faculté de paiement direct total ou partiel.
- Appareillages et prothèses directement liés au handicap (y compris la réparation)	100 %	(**)	(**)	Oui	Sauf si le montant de l'appareillage ou de la réparation est inférieur à 229 € Prise en charge uniquement pour les appareillages et prothèses figurant sur la nomenclature de la Sécurité Sociale Française
- Frais de transport directement liés au handicap (selon ce que prévoit la Sécurité sociale française)	100 %	(**)	(**)	Non	Prise en charge pour la personne handicapée et, si nécessaire, une tierce personne Hors de France : même principe ou application de la législation locale.
- Tous autres services et biens directement liés au handicap remboursables en vertu des tableaux précédents	100 %				Mêmes conditions que pour les personnes non handicapées

[41] Il résulte de ces tableaux que, s'agissant de personnes handicapées, la prestation de garde-malade entre dans la dernière catégorie de la rubrique XIV, c'est-à-dire « Tous autres services et biens directement liés au handicap remboursables en vertu des tableaux précédents. »

[42] S'il est exact qu'il n'est pas fait mention de la nécessité d'un accord préalable, la rubrique XIV précise clairement que la prise en charge de telles dépenses est soumise aux « mêmes conditions que pour les personnes non handicapées. »

[43] Ces conditions figurent à la rubrique IV « Auxiliaires médicaux » qui comprend deux catégories relatives aux prestations de garde-malade. En particulier, la catégorie 6 « garde-malade entre 8 h et 24 h par jour » précise expressément la nécessité d'un accord préalable. La note – à laquelle renvoie cette catégorie – énonce : « *Accord préalable nécessaire si le nombre de jours prescrits est supérieur à 7* » ce qui est le cas en l'espèce.

[44] La notion d'accord préalable, tel que prévu à l'article 2 b) de l'annexe XIV s'entend de l'approbation donnée par l'autorité compétente à la demande d'une personne.

[45] Le Tribunal estime donc que la prise en charge des frais de garde-malade était et demeure subordonnée à un accord du Secrétaire général. Il observe d'ailleurs que la

pièce R-6 de la requête intitulée « Décision médicale sur une demande d'entente préalable », qui est explicitement « relative à une garde malade », fait clairement apparaître que la prise en charge de cette prestation était soumise à accord préalable renouvelable. Ceci à la différence de la prise en charge des frais inhérents à une affection de longue durée, qui a été faite « à titre définitif », ainsi qu'il ressort de la pièce R-7 de la requête. Il est à remarquer que les deux pièces citées (R-6 et R-7) portent la même date (10 mars 2009) et la même signature.

[46] Il incombe à ce stade au Tribunal de préciser la marge d'appréciation du Secrétaire général et sur quels critères il y a lieu de se fonder.

[47] Il ne s'agit pas en l'espèce d'un cas où la compétence du Secrétaire général est liée, comme lorsqu'une commission médicale a été saisie et a rendu son avis. L'accord préalable dont il s'agit relève de la discrétion éclairée du Secrétaire général soumise au contrôle du Tribunal.

[48] Le Tribunal estime que le Secrétaire général est en droit, s'agissant de la prise en charge de frais de garde-malade, de tenir compte des ressources propres de la personne handicapée ainsi que le cas échéant des membres de sa famille.

[49] Eu égard au montant de la pension d'invalidité que l'Organisation verse à la requérante, soit 4187 euros par mois au 1^{er} janvier 2018, et aux ressources actuelles de sa famille, le Tribunal estime que la décision du Secrétaire général de limiter à 14 h par jour la prise en charge des frais de garde-malade de la requérante à compter du 5 avril 2017 n'est pas déraisonnable et répond au devoir de sollicitude auquel l'Organisation est tenue envers un ancien agent en invalidité totale et permanente.

Quant aux Dommages

[50] L'absence de communications et de suivi entre le gestionnaire du régime d'assurance médicale (Omesys) et la requérante a généré plusieurs mois d'incertitude et de confusion administrative. Le tuteur de la requérante a même dû recourir à un avocat pour assigner l'Organisation en justice. Celui-ci a introduit une procédure civile devant le Tribunal de Grande Instance de Nanterre dont il s'est plus tard désisté.

[51] Ce n'est que lorsque l'Organisation a été mise au fait de la situation de la requérante que les démarches de négociation ont été entreprises avec diligence. Ceci étant, des frais légaux ont été inutilement engagés par la requérante afin de protéger ses droits. Aussi le Tribunal accepte d'allouer une somme symbolique de 1 euro à titre de préjudice moral pour prendre acte de cette période transitoire difficile.

[52] Finalement, le Tribunal estime que l'exception d'irrecevabilité a conduit la requérante à engager des frais sans rapport avec ses demandes au fond. Dès lors, il y a lieu de lui accorder une somme de 2000 euros en remboursement de ses frais de procédure.

POUR CES MOTIFS LE TRIBUNAL

[53] DÉCIDE que la requête de la requérante est recevable.

[54] REJETTE la demande d'annulation de la décision du Secrétaire général.

[55] DÉCIDE d'allouer 1 euro symbolique à titre de préjudice moral.

[56] DÉCIDE d'allouer 2000 euros à titre de frais légaux.