



Recueil de la jurisprudence

ARRÊT DU TRIBUNAL DE LA FONCTION PUBLIQUE DE L'UNION EUROPÉENNE (troisième chambre)

25 mai 2016*

« Fonction publique — Fonctionnaires — Sécurité sociale — Prise en charge de frais médicaux — Examen concret et circonstancié »

Dans l'affaire F-111/15,

ayant pour objet un recours introduit au titre de l'article 270 TFUE, applicable au traité CEEA en vertu de son article 106 bis,

GW, fonctionnaire de la Commission européenne, demeurant à Bruxelles (Belgique), représenté par M^{es} N. de Montigny et J.-N. Louis, avocats,

partie requérante,

contre

Commission européenne, représentée par M. T. S. Bohr et M^{me} F. Simonetti, en qualité d'agents,

partie défenderesse,

LE TRIBUNAL DE LA FONCTION PUBLIQUE (troisième chambre),

composé de MM. S. Van Raepenbusch (rapporteur), président, E. Perillo et J. Svenningsen, juges,
greffier : M. P. Cullen, administrateur,

vu la procédure écrite et à la suite de l'audience du 13 janvier 2016,

rend le présent

Arrêt

- 1 Par requête parvenue au greffe du Tribunal le 31 juillet 2015, GW demande au Tribunal d'annuler la décision de la Commission européenne refusant de considérer comme remboursables le coût des soins de santé de son épouse (ci-après « M^{me} T. ») repris aux décomptes n^{os} 67 et 68 du 7 février 2014 et n^o 72 du 12 mars 2014 (ci-après la « décision attaquée »).

* Langue de procédure : le français.

Cadre juridique

- 2 En vertu de l'article 72, paragraphe 1, du statut des fonctionnaires de l'Union européenne (ci-après le « statut »), dans la limite, en principe, de 80 % des frais exposés, et sur la base d'une réglementation établie d'un commun accord par les autorités investies du pouvoir de nomination des institutions de l'Union, les fonctionnaires et leurs proches sont couverts contre les risques de maladie.
- 3 En application de l'article 72 du statut, l'article 1^{er} de la réglementation commune relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires de l'Union européenne (ci-après la « réglementation de couverture ») a institué un régime d'assurance maladie commun aux institutions (ci-après le « RCAM »). Ce régime « garantit aux bénéficiaires [...] le remboursement des frais exposés par suite de maladie ».
- 4 En outre, l'article 15, paragraphe 1, de la réglementation de couverture, intitulé « Divorce – fin de partenariat », dispose :

« Le conjoint divorcé d'un affilié ou son partenaire reconnu dont le statut de partenaire non matrimonial est rompu peut être couvert par le [RCAM] pendant une période maximale de douze mois à compter de la date officielle du divorce ou de la rupture du partenariat et à condition de ne pas exercer une activité professionnelle lucrative. »

- 5 Dans le prolongement de cet article, le point 4 du chapitre 2 du titre I de la décision de la Commission, du 2 juillet 2007, portant fixation des dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux (ci-après les « DGE »), intitulé « Divorce et fin de partenariat – Article 15 [de la réglementation de couverture] », précise ce qui suit :

« 4. 1 La date de début de la période maximale de couverture prévue à l'article 15[,] paragraphe 1[, de la réglementation de couverture] est celle de la retranscription à l'état civil du divorce ou de la fin du partenariat.

En aucun cas une prolongation au-delà de cette période de [douze] mois ne pourra être accordée, sauf application des dispositions prévues en cas de maladie grave contractée et déclarée avant l'expiration des droits à la couverture ou en cas de grossesse commencée et déclarée avant la fin de la période de couverture.

[...]

4. 3 En cas de procédure officielle de demande de divorce ou de fin de partenariat, le conjoint ou le/la partenaire de l'affilié peut avoir un accès direct au RCAM pour lui/elle-même et/ou pour les enfants à charge sur autorisation de l'affilié ou sur décision de justice. »

- 6 L'article 20 de la réglementation de couverture, intitulé « Règles générales de remboursement », prévoit, en son paragraphe 3 :

« Les frais relatifs aux traitements considérés comme non fonctionnels ou non nécessaires par le [b]ureau liquidateur, après avis du médecin[-]conseil, ne donnent pas lieu à remboursement. »

- 7 Dans le prolongement de l'article 20, paragraphe 3, de la réglementation de couverture, le titre II, chapitre 2, point 1.1, des DGE, relatif aux règles de remboursement des hospitalisations, dispose :

« 1. 1 Définitions

Sont considérés comme hospitalisations, les séjours en hôpital ou clinique destinés :

- au traitement d'affections médicales ou d'interventions chirurgicales ainsi qu'aux accouchements, y compris les séjours d'une journée ;
- à la revalidation ou à la rééducation fonctionnelle faisant suite à une affection médicale ou une intervention chirurgicale invalidante ;
- au traitement d'affections psychiatriques ;
- aux soins palliatifs.

Ne sont pas considérés comme hospitalisation et ne font l'objet d'aucun remboursement, les séjours :

- dans un établissement ne disposant pas d'une infrastructure médico-technique et logistique pluridisciplinaire ;
- en habitation protégée, appartement supervisé ou résidence de service ne disposant pas d'une infrastructure médicale et/ou paramédicale ;
- dans un hôpital, une clinique ou tout autre type d'établissement pour remise en forme ou traitement de rajeunissement. »

- 8 L'article 30, paragraphes 1 et 2, de la réglementation de couverture, intitulé « Avances », dispose :

« 1. Des avances peuvent être octroyées aux affiliés pour leur permettre de faire face à des dépenses importantes. Elles sont attribuées principalement sous la forme d'une prise en charge en cas d'hospitalisation.

2. Les avances sur frais médicaux sont récupérées, soit sur toute somme due à l'affilié au titre du [RCAM], soit sur la rémunération ou la pension, soit sur toute somme due à l'affilié par son institution, soit sur la pension de survie suite au décès de l'affilié. [...] »

- 9 Aux termes de l'article 41 de la réglementation de couverture, intitulé « Conseil médical » :

« Le [c]omité de [g]estion est assisté d'un [c]onseil médical composé d'un médecin[-]conseil par institution et des médecins[-]conseils de chaque [b]ureau liquidateur.

Le [c]onseil médical peut être consulté par le [c]omité de [g]estion ou le [b]ureau central sur toute question de nature médicale qui se poserait dans le cadre du [RCAM]. [...] »

Faits à l'origine du litige

- 10 Le requérant est un fonctionnaire de la Commission. Il vit séparé de M^{me} T. depuis 2004. Celle-ci a été personnellement affiliée au RCAM.

- 11 Un cancer du sein ayant été diagnostiqué à M^{me} T. en avril 2013, le bureau liquidateur de Bruxelles (Belgique) du RCAM (ci-après le « bureau liquidateur ») a, par décision du 12 juin 2013, reconnu sa maladie comme maladie grave pour la période allant du 9 avril 2013 au 8 avril 2018.
- 12 M^{me} T. a subi une intervention chirurgicale à Malte le 10 juin 2013.
- 13 Le 1^{er} juillet 2013, M^{me} T. a introduit une demande de prise en charge d'une hospitalisation liée à sa maladie à la Veramed Klinik Am Wendelstein – Fachklinik für internistische Onkologie und Naturheilverfahren à Brannenburg (Allemagne, ci-après la « clinique Veramed ») en vue d'une rééducation à partir du 31 juillet 2013.
- 14 Le 3 juillet 2013, l'Office « Gestion et liquidation des droits individuels » (PMO) a établi une note à l'attention de la clinique Veramed confirmant la prise en charge de l'hospitalisation de M^{me} T.
- 15 M^{me} T. a été hospitalisée à la clinique Veramed du 31 juillet au 25 septembre 2013. Parallèlement, du 5 août au 24 septembre 2013, elle a subi une radiothérapie en traitement ambulatoire au Medizinisches Versorgungszentrum de Rosenheim (Allemagne, ci-après le « centre de soins »).
- 16 Les 25 et 26 septembre 2013, la clinique Veramed a émis trois factures d'un montant total de 27 779,38 euros et les a adressées au PMO. La première de ces factures, d'un montant de 1 529,66 euros, portait sur différents traitements délivrés à M^{me} T. pendant son hospitalisation du 31 juillet au 25 septembre 2013, à savoir des traitements par ultrasons, l'administration de sélénium, des analyses de sang et d'urine, des injections intraveineuses, des sessions de psychothérapie, des séances de training autogène en groupe ou individuelles, des séances d'acupuncture et un traitement psychiatrique. La deuxième facture, d'un montant de 2 721,38 euros, était relative à 25 séances d'hyperthermie. La troisième facture, d'un montant de 23 528,34 euros, concernait l'hospitalisation elle-même.
- 17 Le PMO a payé les trois factures mentionnées au point précédent à la clinique Veramed, mais a refusé de les considérer comme remboursables et a demandé le remboursement des montants prépayés. En effet, aux termes du décompte n° 67 du 7 février 2014, le PMO a considéré ce qui suit en ce qui concerne la première facture : « presta[tions]/prod[uits] non remboursables ; PNB [s]éjour non indispensable médicalement – [d]écision [du] médecin-conseil ». S'agissant de la deuxième facture, le décompte n° 68 du 7 février 2014 mentionne : « presta[tions]/prod[uits] non remboursables ; PNB [n]on fonctionnel – décision du médecin-conseil ». Enfin, le décompte n° 72 du 12 mars 2014 indique, au sujet de la troisième facture : « presta[tions]/prod[uits] non remboursables ; PNB [a]vis négatif du médecin-conseil (hospitalisation non médicalement justifiée) ».
- 18 Le 10 février 2014, M^{me} T. a introduit un « appel » contre les décomptes n^{os} 67 et 68 du 7 février précédent.
- 19 Par courriel du 13 mai 2014, le requérant a demandé au PMO les raisons de son refus de tenir les frais médicaux de M^{me} T. comme remboursables. Par une réponse du même jour, le PMO l'a informé, d'une part, que, en l'absence d'une procédure de divorce, les conditions prévues à l'article 15, paragraphe 1, de la réglementation de couverture et au titre I, chapitre 2, point 4, des DGE aux fins de disposer d'un numéro d'affiliation au RCAM n'étaient pas réunies et, d'autre part, qu'il avait été décidé de désactiver le numéro d'affiliation de M^{me} T. avec effet au 1^{er} janvier 2013, étant cependant entendu que celle-ci demeurerait couverte par son intermédiaire. Le PMO a encore précisé dans ce courriel que le requérant devrait, à l'avenir, demander lui-même le remboursement des frais médicaux de M^{me} T. et que ces remboursements seraient effectués uniquement sur le compte bancaire de ce dernier.

- 20 Le 27 mai 2014, en réponse à un rappel de M^{me} T. concernant l'« appel » qu'elle avait formé le 10 février précédent, le PMO a informé cette dernière que les montants repris sur les factures des 25 et 26 septembre 2013 ne pouvaient être considérés comme devant lui être remboursés en raison d'un avis négatif du médecin-conseil du bureau liquidateur (ci-après le « médecin-conseil »).
- 21 Par courriel du 11 juillet 2014, le PMO a précisé à M^{me} T. que le paiement des décomptes n^{os} 67, 68 et 72, annexés audit courriel, avait été effectué à la clinique Veramed, conformément à la décision de prise en charge, mais que, suite à l'avis négatif du médecin-conseil, il avait été décidé de ne pas considérer les frais figurant sur ces décomptes comme remboursables. Par le même courriel, le PMO a également informé M^{me} T. de sa décision de la couvrir de nouveau, avec effet au 1^{er} janvier 2013, sous le numéro d'affiliation au RCAM du requérant. Le PMO lui a ainsi annoncé que la totalité de sa dette était sur le point d'être mise à la charge du requérant, ce dont il l'invitait à l'en informer.
- 22 Le 16 juillet 2014, le requérant a adressé un courriel au PMO, tant en son nom personnel qu'au nom de M^{me} T. Il y exposait que, jusqu'au courriel du PMO du 11 juillet 2014, M^{me} T. était restée en attente d'une réponse à son « appel » du 10 février précédent concernant les décomptes n^{os} 67 et 68. Il y indiquait aussi n'avoir pris connaissance du décompte n^o 72 et du refus de considérer comme remboursables les frais d'hospitalisation à la clinique Veramed qu'à la suite dudit courriel. En conséquence, le requérant a lui aussi formé un « appel » contre les « deux exigences » du PMO.
- 23 À la suite de rappels du requérant, le PMO a précisé à celui-ci, par courriel du 4 novembre 2014, que les examens réalisés à la clinique Veramed auraient pu l'être en traitement ambulatoire et que les traitements délivrés à M^{me} T., tels l'hyperthermie, l'administration de sélénium et certaines injections de produits non identifiés, avaient été jugés « non fonctionnels et non remboursables ».
- 24 Par courriel du 18 novembre 2014, le PMO a encore informé le requérant que, pour les raisons exposées dans le courriel du 4 novembre précédent, la dette de M^{me} T. relative aux décomptes n^{os} 67, 68 et 72 était mise à sa charge et que la procédure de recouvrement commencerait à l'expiration du délai de réclamation.
- 25 Le 29 décembre 2014, le requérant a introduit une réclamation contre la décision attaquée. Dans le cadre de cette réclamation, il a communiqué à l'autorité investie du pouvoir de nomination (ci-après l'« AIPN ») deux rapports médicaux, le premier du 15 juillet 2014 émanant de la clinique Veramed, le second du 3 décembre 2014 établi par le médecin-chef du Tumorzentrum d'Aix-la-Chapelle (Allemagne, ci-après le « centre de lutte contre le cancer »).
- 26 Le 4 février 2015, le médecin-conseil a émis un avis sur ladite réclamation.
- 27 L'AIPN a rejeté la réclamation du requérant le 10 avril 2015 après avoir notamment reproduit la teneur de l'avis susmentionné du médecin-conseil. Le requérant a accusé réception de cette décision le 21 avril suivant.

Conclusions des parties

- 28 Le requérant conclut à ce qu'il plaise au Tribunal :
- annuler la décision attaquée ;
 - condamner la Commission aux dépens.
- 29 La Commission conclut à ce qu'il plaise au Tribunal :
- rejeter le recours ;

— condamner le requérant aux dépens.

En droit

Remarque préliminaire

- 30 À l'appui de son recours, le requérant invoque deux moyens, tirés, le premier, de la violation de l'obligation de motivation et, le second, d'une erreur manifeste d'appréciation.
- 31 Dans ses écritures, la Commission a cependant fait observer que, selon l'article 50, paragraphe 1, sous e), du règlement de procédure, entré en vigueur le 1^{er} octobre 2014, la requête doit contenir « un exposé clair des faits pertinents présentés dans un ordre chronologique, ainsi qu'un exposé distinct, précis et structuré des moyens et arguments de droit invoqués ». Comme le Tribunal a déjà eu l'occasion de le souligner dans son arrêt du 30 juin 2015, *Petsch/Commission* (F-124/14, EU:F:2015:69, points 21 à 23), l'objectif poursuivi par cette nouvelle disposition a consisté notamment à renforcer l'obligation, pour les requérants, de présenter clairement leurs moyens en exigeant que ceux-ci reposent sur une identification précise de leur fondement juridique, que l'argumentation présentée sous chaque moyen soit exclusivement en rapport avec ce fondement et que chacun des moyens soit strictement distingué des autres, cela dans l'intérêt de tous les acteurs judiciaires, justiciables, avocats, agents et magistrats. Or, force est de constater qu'en l'espèce la requête ne répond pas pleinement aux exigences mentionnées ci-dessus. Toutefois, bien que les moyens ne soient pas structurés comme l'exige désormais l'article 50, paragraphe 1, sous e), du règlement de procédure, il n'y a pas lieu, en l'occurrence, de juger la requête irrecevable. La brièveté des développements consacrés « [au fond] » permet, après avoir écarté les digressions, incises et autres griefs équivoques, imprécis ou non développés, de considérer, sans difficulté particulière, que le requérant soulève en réalité quatre moyens.
- 32 Il ressort en effet des développements de la requête que le requérant base son recours, en premier lieu, sur l'article 41 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, en deuxième lieu, sur l'absence d'examen concret et circonstancié, en troisième lieu, sur une erreur manifeste d'appréciation et, en quatrième lieu, sur une insuffisance de motivation. Cette lecture de la requête a été portée à la connaissance des parties dans le rapport préparatoire d'audience.
- 33 Lors de l'audience, la Commission a néanmoins émis des doutes quant à l'opportunité de cette lecture de la requête et a estimé que celle-ci ne comportait que deux moyens, eux-mêmes divisés en branches. Toutefois, la Commission a admis que cette autre présentation des arguments du requérant qu'elle suggérait était sans conséquence en pratique. Par ailleurs, le requérant a marqué son accord, lors de l'audience, sur la présentation par le Tribunal des moyens composant son recours. Dans ces conditions, le Tribunal estime pouvoir s'y tenir.
- 34 En l'espèce, le Tribunal estime opportun de commencer par le deuxième moyen de la requête, tiré de l'absence d'examen concret et circonstancié.

Quant au deuxième moyen, tiré de l'absence d'examen concret et circonstancié

- 35 Le requérant soutient qu'il a joint à sa réclamation deux rapports médicaux, en date respectivement des 15 juillet et 3 décembre 2014, établissant la nature et la nécessité des soins dispensés à M^{me} T. ainsi que la spécialisation de la clinique Veramed. Il fait observer que l'AIPN a indiqué, dans le rejet de sa réclamation, que le médecin-conseil avait réexaminé le dossier de M^{me} T., mais avait confirmé son précédent avis aux termes duquel les soins prodigués lors du séjour à la clinique Veramed n'étaient pas des soins fonctionnels. Or, le médecin-conseil se serait principalement appuyé sur un avis du conseil médical du 2 février 2012 datant alors de plus de trois ans. De manière générale,

l'AIPN ne se serait pas conformée aux principes dégagés dans l'arrêt du 28 septembre 2011, Allen/Commission (F-23/10, EU:F:2011:162, point 76), selon lesquels il incombe à l'institution d'établir que le médecin-conseil ou le conseil médical ont procédé à l'examen concret et circonstancié de la situation qui leur a été soumise. Par ailleurs, le médecin-conseil n'aurait pas tenu compte des raisons qui, selon le médecin traitant de M^{me} T., auraient justifié son hospitalisation à la clinique Veramed et les soins administrés.

- 36 Il convient de rappeler à titre liminaire que, compte tenu de sa finalité même, qui est de permettre à l'administration de revoir sa décision, la procédure précontentieuse présente un caractère évolutif, de sorte que, dans le système des voies de recours prévu aux articles 90 et 91 du statut, l'administration peut, tout en rejetant la réclamation, être conduite à modifier, au vu de celle-ci, les motifs sur le fondement desquels elle avait adopté l'acte contesté. Pour autant, c'est bien la légalité de l'acte initial faisant grief qui est examinée, et ce au regard des motifs contenus dans la décision de rejet de la réclamation (voir, en ce sens, arrêt du 26 mars 2014, CP/Parlement, F-8/13, EU:F:2014:44, point 21 et jurisprudence citée). Plus précisément, lorsqu'un bureau liquidateur refuse la prise en charge de certains frais médicaux sur la base d'un avis défavorable et succinct de son médecin-conseil et que l'intéressé introduit une réclamation, il est loisible à l'administration, en vue de répondre à cette réclamation, de fournir des motifs plus explicites au cours de la procédure précontentieuse. De tels motifs, spécifiques relatifs au cas individuel, communiqués, comme en l'espèce, avant l'introduction du recours juridictionnel, sont censés coïncider avec la décision de refus et doivent donc être considérés comme des éléments d'information pertinents pour apprécier la légalité de cette dernière (arrêt du 9 décembre 2009, Commission/Birkhoff, T-377/08 P, EU:T:2009:485, point 56).
- 37 Il s'ensuit que la légalité de la décision attaquée doit s'apprécier au vu de la motivation de la décision de l'AIPN du 10 avril 2015 rejetant la réclamation du requérant.
- 38 Il convient également de rappeler que, si l'affilié au RCAM peut légitimement considérer que ses frais médicaux seront, en principe, remboursés dans la limite des plafonds prévus à l'article 72, paragraphe 1, du statut, le remboursement de certains frais peut néanmoins être légalement refusé par le bureau liquidateur concerné si, après avis du médecin-conseil et, éventuellement, après avis du conseil médical, ledit bureau estime que ces frais se rapportent à un traitement ou à des prestations dont la validité scientifique n'est pas prouvée. Il est en effet pleinement justifié que le coût de traitements ou de prestations dont l'utilité thérapeutique ou la fiabilité comme moyens de diagnostic est scientifiquement contestée ne soient pas pris en charge par le RCAM, dont le financement incombe aux affiliés et aux institutions. Comme le soutient la Commission à juste titre, c'est dans l'objectif d'éviter d'interminables ou inextricables débats d'experts que les appréciations portées dans ce cadre ont été confiées aux instances médicales du RCAM, à savoir les médecins-conseils et le conseil médical, à charge pour ces instances de se prononcer sur la base de la littérature scientifique, si nécessaire après avis de spécialistes ou de sommités médicales dans le domaine concerné (arrêt du 18 septembre 2007, Botos/Commission, F-10/07, EU:F:2007:161, points 63 et 64).
- 39 Toutefois, le Tribunal a jugé, dans son arrêt du 28 septembre 2011, Allen/Commission (F-23/10, EU:F:2011:162, point 76), que, même si son contrôle ne s'étend pas aux appréciations proprement médicales, le juge doit s'assurer que le médecin-conseil ou le conseil médical ont procédé à un examen concret et circonstancié de la situation qui leur était soumise, cela d'autant plus lorsque, comme en l'espèce, la procédure ne présente pas le même niveau de garantie en termes d'équilibre entre les parties que les procédures prévues par les articles 73 et 78 du statut. En outre, ainsi que le fait valoir le requérant, le Tribunal a précisé que c'est à l'administration qu'il appartient d'établir qu'il a été procédé à un tel examen.
- 40 Il importe, à cet égard, de préciser que si, dans le cadre de leur examen concret et circonstancié, les médecins-conseils, le conseil médical et l'administration doivent se prononcer sur la base de la littérature scientifique et, au besoin, après avis de spécialistes, l'examen portant sur le caractère fonctionnel ou non d'un traitement ou d'une hospitalisation étant une question médicale, ils ne

sauraient faire abstraction de l'état de santé effectif et complet de la personne concernée. Au demeurant, cette obligation de tenir compte de la situation personnelle de l'affilié au RCAM est imposée par le devoir de sollicitude (arrêt du 9 décembre 2009, Commission/Birkhoff, T-377/08 P, EU:T:2009:485, point 88), lequel recouvre largement l'obligation de procéder à un examen complet et circonstancié invoquée par le requérant.

- 41 En l'espèce, dans son rapport du 15 juillet 2014 que le requérant avait joint à sa réclamation, la clinique Veramed a écrit ce qui suit :

« Avant le diagnostic initial de carcinome mammaire, [M^{me} T.] avait déjà souffert d'asthme et d'allergies médicamenteuses multiples. En outre, préalablement à son admission à la [clinique Veramed], elle présentait un retard sévère dans sa convalescence postopératoire, accompagné de douleurs thoraciques considérables. Cela a eu pour conséquence une détresse psychologique grave, se traduisant par une dépression réactionnelle avec symptomatologie de fatigue chronique.

Pour ces motifs, une prise en charge stationnaire aiguë a eu lieu, afin de procéder à la radiothérapie adjuvante qui, à ce stade, ne pouvait être repoussée plus longtemps. Pour permettre la bonne réalisation de ce traitement urgent, une prise en charge stationnaire s'imposait pendant le déroulement entier de la radiothérapie. Étant donné [l']état général affaibli [de M^{me} T.], [s]es symptômes douloureux sévères et l'impact réactionnel psychologique important [sur la patiente], une radiothérapie en [traitement] ambulatoire n'aurait pas été possible. Une absence de radiothérapie aurait entraîné une aggravation du risque de récurrence et un accroissement important du risque de développement de métastases dans le carcinome mammaire.

En complément du traitement anti-douleur, une kinésithérapie de remobilisation a été pratiquée. Au cours de séances individuelles et de séances de groupe de psychothérapie oncologique, des techniques de relaxation et de mise à distance de l'angoisse ont été appliquées [...].

Contre le syndrome de fatigue chronique, nous avons entre autres pratiqué des injections intraveineuses de L-Carnitine, en complément à la kinésithérapie mobilisatrice [...]. »

- 42 Les constatations de la clinique Veramed sont corroborées par le second rapport médical que le requérant avait joint à sa réclamation, le rapport médical établi le 3 décembre 2014 par le médecin-chef du centre de lutte contre le cancer que M^{me} T. avait consulté au cours de l'été 2013. Ce rapport fait en effet état de ce qui suit :

« [M^{me} T.] souffrait de multiples troubles post-opératoires[:] des retards cicatriciels s'accompagnant de douleurs notables, un œdème lymphatique à l'aisselle ainsi qu'au bras gauche et [un] état général, physique et psychique, affaibli. [S]es antécédents médicaux révèlent une bronchite accompagnée de troubles asthmatiques et des réactions allergiques aux antibiotiques, aux préparations hormonales ainsi qu'à d'autres médicaments. Elle faisait état de très fortes craintes de ne pouvoir supporter la radiothérapie adjuvante prévue, qui devait avoir lieu juste après l'opération.

[Au vu de] cet état général amoindri, j'ai analysé avec M^{me} [T.] dans quelles conditions elle croyait possible de faire face à une indispensable radiothérapie adjuvante de plusieurs semaines. La possibilité de poursuivre le traitement anti-cancéreux dans un centre spécialisé en réadaptation oncologique et en thérapies de soutien (physiothérapie, nutrition, soutien psycho-oncologique, thérapie de la douleur), ainsi qu'il en existe plusieurs en Allemagne, a finalement convaincu M^{me} [T.] de se soumettre à la radiothérapie qu'elle refusait jusque-là. [...] »

43 Consulté par l'AIPN dans le cadre de la réclamation du requérant, le médecin-conseil a, dans un avis du 4 février 2015, rappelé les faits et ses précédents avis avant de se prononcer de nouveau. L'avis est rédigé comme suit :

« Pour rappel, l'avis négatif [émis initialement] faisait référence à une hospitalisation à la [clinique] Veramed [...] d'une durée de 56 jours ([du] 31 [juillet 20]13 au 26 [septembre 20]13).

[M^{me} T.] avait présenté un cancer du sein opéré dans un premier temps à Malte en mai 2013. Le traitement adjuvant s'était poursuivi en Allemagne [au centre de soins]. Il s'agissait d'une série de séances de radiothérapie [...] qui se font classiquement en traitement ambulatoire. Cette clinique n'avait d'ailleurs pas jugé nécessaire d'hospitaliser sa patiente.

Parallèlement [M^{me} T.] avait donc séjourné à la [clinique] Veramed [...] qu'elle quittait ponctuellement pour suivre sa radiothérapie au centre de soins. Lors de ce séjour à la [clinique] Veramed [...], toute une série d'examens avaient été réalisés et des traitements avaient été administrés. Après discussion avec mes collègues médecin[s]-conseil[s] du [b]ureau liquidateur [...], j'avais donné un avis négatif pour le remboursement de ce séjour et des traitements au motif qu'ils n'étaient pas médicalement indispensables, qu'ils étaient réalisables en [traitement] ambulatoire et/ou qu'ils n'étaient pas fonctionnels.

On me resoumet pour avis [deux] factures de la [clinique] Veramed [...] : l'une pour les traitements et l'autre pour l'hyperthermie [...].

J'ai repris l'ensemble du dossier et, après discussion avec mes collègues, je ne peux que confirmer le caractère non fonctionnel des traitements liés à ce séjour[: traitement par sélénium], injections intraveineuses de produits non identifiés, séances de training autogène (seul[e] ou en groupe), examens répétés de biologie clinique, des séances de psychothérapie et d'acupuncture par des prestataires non identifiables [...]. En ce qui concerne [l'hyperthermie], l'avis le plus récent du [c]onseil médical date du 9 [février 20]12. Il conclut que "ces traitements par hyperthermie peuvent être remboursés, mais uniquement en cas de cancers avancés, et en association avec de la radio et/ou chimiothérapie". Je dois donc confirmer mon avis négatif pour son remboursement dans ce cas particulier puisque nous ne sommes pas en présence d'un cancer avancé (pas de métastases, pas de récurrence). »

44 Il convient de rappeler qu'au vu, en substance, de cet avis l'AIPN a rejeté la réclamation du requérant.

45 La Commission fait valoir que le médecin-conseil a examiné la situation de M^{me} T. sur la base de l'ensemble des pièces figurant dans son dossier, et ce à la lumière des connaissances scientifiques et médicales actuelles. Il aurait examiné, un par un, si les traitements effectués étaient ou non fonctionnels ou nécessaires.

46 S'agissant du décompte n° 67 correspondant à la première facture émise par la clinique Veramed, il y a lieu de constater que le médecin-conseil a relevé que M^{me} T. avait reçu des injections intraveineuses de produits non précisés. Il convient toutefois de relever que, dans son rapport du 15 juillet 2014, la clinique Veramed avait précisé avoir « pratiqué des injections intraveineuses de L-Carnitine ». Le médecin-conseil a également constaté que les séances de psychothérapie et d'acupuncture avaient été réalisées par des prestataires non identifiables. Il n'apparaît toutefois pas avoir tenu compte du fait que ces séances avaient eu lieu en milieu hospitalier et donc qu'elles avaient été effectuées par des praticiens recrutés par les autorités médicales de la clinique Veramed. De même, le caractère non fonctionnel du traitement par sélénium (« Selen Absorption »), des séances de training autogène et des examens répétés de biologie clinique n'apparaît pas avoir été déduit de l'état de santé de M^{me} T., alors même que l'état général, physique et psychique, de celle-ci avait été décrit par la clinique Veramed et par le médecin-chef du centre de lutte contre le cancer comme « amoindri », ou «

affaibli », et que ceux-ci avaient précisé, en substance, que l'intéressée se trouvait dans un état de détresse psychologique et de dépression et qu'elle souffrait de douleurs considérables et d'allergies médicamenteuses.

- 47 Dans ces conditions, et malgré la circonstance que le médecin-conseil avait affirmé, dans son avis du 4 février 2015, avoir repris l'ensemble du dossier et en avoir discuté avec ses collègues, la Commission n'établit pas que le médecin-conseil et, partant, l'AIPN auraient procédé à un examen concret et circonstancié des traitements en question.
- 48 S'agissant de la deuxième facture émise par la clinique Veramed et du décompte n° 68, concernant le traitement par hyperthermie, la Commission fait valoir que le médecin-conseil s'est fondé sur un avis du conseil médical du 9 février 2012 qui liait ce médecin dès lors qu'il avait constaté que, en l'absence de métastases ou de récurrence, M^{me} T. ne souffrait pas d'un cancer avancé.
- 49 Il y a cependant lieu de rappeler que, dans son arrêt du 8 juillet 2008, Birkhoff/Commission (F-76/07, EU:F:2008:95, point 62, non annulé sur cette question par l'arrêt du 9 décembre 2009, Commission/Birkhoff, T-377/08 P, EU:T:2009:485, point 61), le Tribunal a jugé que le conseil médical ne dispose que d'une compétence consultative, ainsi qu'il ressort de l'article 41 de la réglementation de couverture. Le Tribunal en a déduit qu'une recommandation du conseil médical ne constitue pas en tant que telle une norme applicable par l'administration ni, par conséquent, une norme opposable aux fonctionnaires et agents de l'Union. Au demeurant, dans le cadre de son pourvoi contre l'arrêt du Tribunal susmentionné, la Commission avait précisément défendu le point de vue selon lequel « le conseil médical a[vai]t été instauré pour émettre des avis généraux aboutissant à des présomptions réfutables sur la nécessité de certains frais ». La Commission avait même précisé que ces « présomptions réfutables internes, opposables à l'affilié dans un premier temps », étaient « susceptibles d'être réexaminées à la lumière de chaque cas particulier dans le cadre d'une réclamation » (arrêt du 9 décembre 2009, Commission/Birkhoff, T-377/08 P, EU:T:2009:485, point 32).
- 50 Dans ces conditions, l'avis du conseil médical du 9 février 2012 ne pouvait lier le médecin-conseil d'une manière qui aurait empêché ce dernier d'examiner si, nonobstant la classification du cancer de M^{me} T. et les termes de cet avis, le traitement par hyperthermie était ou non « fonctionnel » dans son cas.
- 51 Certes, la Commission a soutenu à l'audience que les rapports de la clinique Veramed et du médecin-chef du centre de lutte contre le cancer ne démontraient pas la nécessité d'un traitement par hyperthermie. Il s'agit cependant d'une question médicale sur laquelle le Tribunal ne saurait se prononcer. En revanche, le Tribunal se doit de constater que le médecin-conseil lui-même s'est uniquement basé sur l'avis du conseil médical du 9 février 2012 pour confirmer le caractère non fonctionnel de ce traitement sans expliquer, ne fût-ce que succinctement, en quoi les indications médicales figurant dans les rapports en question ne le justifiaient pas.
- 52 Au vu de ce qui précède, la Commission ne peut prétendre avoir procédé, concernant le traitement par hyperthermie et le décompte n° 68, à un examen concret et circonstancié de la situation qui lui était soumise.
- 53 S'agissant de la troisième facture émise par la clinique Veramed et du décompte n° 72, concernant l'hospitalisation de M^{me} T. à la clinique Veramed, il convient de rappeler que l'article 49 de la réglementation de couverture, prise sur le fondement de l'article 72 du statut, dispose que « [l']objectif financier du [RCAM] est d'assurer un équilibre [...] entre les dépenses et les recettes ». De plus, l'article 43 de la réglementation de couverture a rendu le règlement (UE, Euratom) n° 966/2012 du Parlement européen et du Conseil, du 25 octobre 2012, relatif aux règles financières applicables au budget général de l'Union et abrogeant le règlement (CE, Euratom) n° 1605/2002 du Conseil (JO 2012 L 298, p. 1), applicable par analogie à la gestion du RCAM. Or, selon l'article 30 de ce règlement, la Commission, qui gère le RCAM par délégation des autres institutions, doit assurer l'exécution des

recettes et des dépenses suivant le principe de bonne gestion financière, conformément aux principes d'économie, d'efficacité et d'efficacités. Dans ce contexte, l'article 52 de la réglementation de couverture a confié à la Commission le soin de fixer les règles régissant le remboursement des frais médicaux dans le but de sauvegarder l'équilibre financier du RCAM entre les dépenses et les recettes. En vertu du principe de bonne administration, la Commission et, par extension, les bureaux liquidateurs doivent donc être vigilants afin de ne pas engager inconsidérément les fonds dudit régime (voir, en ce sens, arrêt du 16 mai 2013, de Pretis Cagnodo et Trampuz de Pretis Cagnodo/Commission, F-104/10, EU:F:2013:64, points 111 et 112).

- 54 Il y a lieu d'observer également que les progrès de la médecine et les techniques modernes permettent désormais de proposer en traitement ambulatoire des prestations médicales nécessitant autrefois une hospitalisation. Compte tenu de cette réalité et du contexte juridique rappelé ci-dessus, il appartient à l'affilié d'être attentif à cette évolution et de justifier le caractère nécessaire d'une hospitalisation, lorsque celui-ci est contesté.
- 55 En l'espèce, le médecin-conseil a mentionné, dans la première partie de son avis du 4 février 2015, avoir donné un avis négatif pour admettre au remboursement le séjour de M^{me} T. à la clinique Veramed au motif que les traitements dont elle avait bénéficié « étaient réalisables en [traitement] ambulatoire ». Cependant, le médecin conseil se limitait ainsi à rappeler la teneur de son précédent avis, émis avant l'adoption de la décision attaquée. S'agissant du réexamen au stade de la réclamation, il importe de rappeler que le requérant avait déposé deux rapports médicaux, émanant l'un de la clinique Veramed et l'autre du médecin-chef du centre de lutte contre le cancer (points 41 et 42 du présent arrêt), justifiant tous deux l'hospitalisation. Or, force est de constater qu'il ressort de l'avis du 4 février 2015 que seules les deux premières factures « de la [clinique] Veramed [...] : l'une pour les traitements et l'autre pour l'hyperthermie », ont été soumises au médecin-conseil au stade de la réclamation, alors que celle-ci portait sur les trois factures litigieuses, et singulièrement sur la facture relative à l'hospitalisation qui était la plus élevée.
- 56 Certes, le médecin-conseil affirme, dans son avis du 4 février 2015, avoir « repris l'ensemble du dossier » et en avoir discuté avec ses collègues. Toutefois, il ressort de la suite de cet avis que celui-ci s'est limité à établir le caractère prétendument non fonctionnel des traitements prodigués par la clinique Veramed, en particulier le traitement par hyperthermie.
- 57 Dans ces conditions, il n'apparaît pas que le médecin-conseil aurait effectivement été consulté, au stade de la réclamation, sur le caractère fonctionnel ou non de l'hospitalisation. Partant, dans la mesure où l'AIPN s'est fondée sur ledit avis pour rejeter la réclamation du requérant, il y a lieu de conclure qu'elle n'a pas procédé à un examen concret et circonstancié de la nécessité de l'hospitalisation de M^{me} T. au regard de sa situation, telle qu'elle était notamment décrite dans les rapports de la clinique Veramed et du médecin-chef du centre de lutte contre le cancer.
- 58 Les arguments développés par la Commission dans sa défense ne sont pas de nature à infirmer ce qui précède.
- 59 La Commission conteste ainsi les deux rapports de la clinique Veramed et du médecin-chef du centre de lutte contre le cancer au motif que, étant postérieurs à la décision attaquée, leur pertinence serait douteuse.
- 60 Il importe néanmoins de rappeler que les avis exprimés de manière unilatérale par des médecins-conseils relevant des institutions dans le cadre de l'article 72 du statut ne présentent pas le même niveau de garantie en matière d'équilibre entre les parties que ceux formulés par la commission médicale ou la commission d'invalidité sur la base de l'article 73 du même texte (arrêt du 28 septembre 2011, Allen/Commission, F-23/10, EU:F:2011:162 73, point 69). Dans ces conditions, juger que des

rapports médicaux fournis a posteriori ne seraient pas probants comme tels reviendrait à priver les affiliés au RCAM d'un moyen élémentaire de défense susceptible d'amener l'administration à revoir sa position.

- 61 Lors de l'audience, la Commission a, par ailleurs, rappelé que le titre II, chapitre 2, point 1.1, des DGE définit les hospitalisations comme les séjours en hôpital ou clinique destinés au traitement d'affections médicales ou d'interventions chirurgicales, à la revalidation ou à la rééducation fonctionnelle, au traitement d'affections psychiatriques ou aux soins palliatifs. Or, a fait valoir la Commission, les séances de radiothérapie « se font classiquement en [traitement] ambulatoire » et tel a été précisément le cas de la radiothérapie réalisée au centre de soins, celui-ci n'ayant pas jugé une hospitalisation nécessaire.
- 62 Il est exact que le titre II, chapitre 2, point 1.1, des DGE, qui a été adopté dans le prolongement de l'article 20, paragraphe 3, de la réglementation de couverture, définit les hospitalisations dont les frais sont remboursables en fonction des traitements qui sont fournis à leur occasion et exclut de la définition d'hospitalisation les séjours dans des structures qui ne sont pas aptes à fournir un ensemble de traitements médicaux. L'hospitalisation est ainsi liée à l'existence même d'un traitement médical. Ce lien ressort également du titre II, chapitre 2, point 1.3, des DGE, lequel dispose expressément que « [l]e remboursement des frais [de séjour] se limite à la durée de l'hospitalisation médicalement nécessaire afin de procéder aux interventions ou de fournir des soins [...] ».
- 63 Toutefois, à supposer que l'avis du médecin-conseil du 4 février 2015 et la décision de l'AIPN de rejet de la réclamation doivent se comprendre comme justifiant le refus de considérer comme remboursables les frais d'hospitalisation à la clinique Veramed par le caractère non fonctionnel des prestations qui y ont été fournies, il conviendrait d'observer qu'il ne ressort ni de cet avis ni de cette décision que le médecin-conseil et l'AIPN ont tenu compte des rapports de la clinique Veramed du 15 juillet 2014 et du médecin-chef du centre de lutte contre le cancer du 3 décembre 2014, selon lesquels l'état général amoindri de M^{me} T. et ses réticences à l'égard d'une radiothérapie, qui ne pouvait pourtant être retardée, ont rendu nécessaire une prise en charge stationnaire. En particulier, la Commission ne peut se fonder sur le fait que les séances de psychothérapie et les séances de training autogène étaient à considérer comme des traitements non fonctionnels pour contester la nécessité de l'hospitalisation de M^{me} T., dès lors qu'il n'est pas prouvé que cette appréciation des traitements en question était elle-même le résultat d'un examen concret et circonstancié au vu notamment de l'état décrit comme étant dépressif ou de détresse psychologique de M^{me} T. De surcroît, le Tribunal a jugé, aux points 46 à 50 du présent arrêt, que la conclusion du médecin-conseil et de l'AIPN selon laquelle les prestations de la clinique Veramed ne revêtaient pas un caractère fonctionnel n'a pas été le résultat d'un examen concret et circonstancié dûment établi. Partant, et contrairement à ce que soutient la Commission sur la base du titre II, chapitre 2, point 1.1, des DGE, il ne saurait être déduit de cette conclusion que l'hospitalisation elle-même ne présentait pas un caractère fonctionnel.
- 64 En outre, s'il est vrai aussi que M^{me} T. n'a suivi que six séances de psychothérapie pendant son hospitalisation qui a duré cinquante-six jours, ce qui tendrait, selon la Commission, à prouver que cette hospitalisation n'était pas nécessaire, ces séances ne peuvent être isolées des autres prestations dont M^{me} T. a bénéficié durant cette période, telles que, notamment, les séances de training autogène.
- 65 Il est vrai que, lors de l'audience, la Commission a fait observer qu'aucune prestation n'avait été facturée par la clinique Veramed durant quinze des cinquante-six jours d'hospitalisation de M^{me} T. Toutefois, l'examen des factures émises par cet établissement et ayant fait l'objet des décomptes n^{os} 67 et 68 révèle que ces quinze journées correspondaient à des week-ends et que, durant un jour ouvré n'ayant pas fait l'objet d'une prestation reprise au décompte n^o 67, M^{me} T. a suivi une séance d'hyperthermie mentionnée au décompte n^o 68. En conséquence, seul un jour ouvré apparaît n'avoir donné lieu à aucune prestation médicale.

- 66 Par ailleurs, contrairement à ce que suggère la Commission, le fait que la radiothérapie pratiquée au centre de soins a été réalisée en traitement ambulatoire ne constitue pas davantage la preuve que l'hospitalisation à la clinique Veramed n'était pas nécessaire. Tout d'abord, M^{me} T. a été hospitalisée dans cette clinique non pas pour y subir une radiothérapie, mais pour y bénéficier d'un traitement d'accompagnement lui permettant de faire face à celle-ci. De plus, à l'audience, la Commission a admis que le centre de soins travaillait de concert avec la clinique Veramed et même qu'une hospitalisation n'y était pas possible.
- 67 Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le deuxième moyen tiré de l'absence d'examen concret et circonstancié est fondé.
- 68 Partant, il y a lieu de conclure à l'annulation de la décision attaquée sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens qui ne pourraient conduire à une annulation plus étendue.

Sur les dépens

- 69 Aux termes de l'article 101 du règlement de procédure, sous réserve des autres dispositions du chapitre huitième du titre deuxième dudit règlement, toute partie qui succombe supporte ses propres dépens et est condamnée aux dépens exposés par l'autre partie, s'il est conclu en ce sens. En vertu de l'article 102, paragraphe 1, du même règlement, le Tribunal peut décider, lorsque l'équité l'exige, qu'une partie qui succombe supporte ses propres dépens, mais n'est condamnée que partiellement aux dépens exposés par l'autre partie, voire qu'elle ne doit pas être condamnée à ce titre.
- 70 Il résulte des motifs énoncés dans le présent arrêt que la Commission est la partie qui succombe. En outre, le requérant a, dans ses conclusions, expressément demandé que la Commission soit condamnée aux dépens. Les circonstances de l'espèce ne justifiant pas l'application des dispositions de l'article 102, paragraphe 1, du règlement de procédure, la Commission doit supporter ses propres dépens et être condamnée à supporter les dépens exposés par le requérant.

Par ces motifs,

LE TRIBUNAL DE LA FONCTION PUBLIQUE (troisième chambre)

déclare et arrête :

- 1) **La décision de la Commission européenne refusant de considérer comme remboursables les frais, figurant aux décomptes n^{os} 67 et 68, du 7 février 2014, et n^o 72, du 12 mars 2014,, relatifs à des soins de santé de M^{me} T. est annulée.**
- 2) **La Commission européenne supporte ses propres dépens et est condamnée à supporter les dépens exposés par GW.**

Van Raepenbusch

Perillo

Svenningsen

Ainsi prononcé en audience publique à Luxembourg, le 25 mai 2016.

Le greffier
W. Hakenberg

Le président
S. Van Raepenbusch