Recueil de la jurisprudence

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

29 février 2012 *

« Fonction publique — Fonctionnaires — Sécurité sociale — Assurance accidents et maladies professionnelles — Article 73 du statut — Refus de reconnaissance de l'origine accidentelle d'un accident vasculaire cérébral — Commission médicale — Principe de collégialité »

Dans l'affaire F-100/10,

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

AM, ancien fonctionnaire du Parlement européen, demeurant à Málaga (Espagne), représenté par Mes L. Levi et C. Bernard-Glanz, avocats,

partie requérante,

contre

Parlement européen, représenté par Mmes K. Zejdová et S. Seyr, en qualité d'agents,

partie défenderesse,

LE TRIBUNAL DE LA FONCTION PUBLIQUE (troisième chambre),

composé de MM. S. Van Raepenbusch, président, R. Barents (rapporteur) et K. Bradley, juges,

greffier : Mme X. Lopez Bancalari, administrateur,

vu la procédure écrite et à la suite de l'audience du 6 décembre 2011,

rend le présent

Arrêt

1 Par requête parvenue au greffe du Tribunal le 8 octobre 2010, AM demande, principalement, d'une part, l'annulation de la décision du 12 novembre 2009 par laquelle le Parlement européen a refusé de reconnaître comme accident, au sens de l'article 73 du statut des fonctionnaires de l'Union européenne (ci-après le «statut»), l'accident vasculaire cérébral dont il a été victime le 5 mars 2006 et, d'autre part, la condamnation du Parlement à lui verser 25 000 euros en réparation de son préjudice matériel et 50 000 euros au titre de son préjudice moral.

* Langue de procédure : le français.

Cadre juridique

A – *Statut*

2 L'article 73 du statut prévoit :

«1. Dans les conditions fixées par une réglementation établie d'un commun accord des institutions de l'Union, après avis du comité du statut, le fonctionnaire est couvert, dès le jour de son entrée en service, contre les risques de maladie professionnelle et les risques d'accident. […]

2. Les prestations garanties sont les suivantes :

[…]

b) [e]n cas d'invalidité permanente totale :

[p]aiement à l'intéressé d'un capital égal à huit fois son traitement de base annuel calculé sur la base des traitements mensuels alloués pour les douze mois précédant l'accident ;

c) [e]n cas d'invalidité permanente partielle :

[p]aiement à l'intéressé d'une partie de l'indemnité prévue [sous] b), ci-dessus, calculée sur la base du barème fixé par la réglementation prévue au paragraphe 1 ci-dessus.

[…]»

B – *Réglementation de couverture prise en application de l'article 73 du statut*

3 Le 13 décembre 2005, les institutions de l'Union européenne ont arrêté une réglementation commune relative à la couverture des risques d'accident et de maladie professionnelle des fonctionnaires de l'Union, laquelle est entrée en vigueur le 1er janvier 2006 (ci-après la «réglementation de couverture»).

4 L'article 2, paragraphe 1, de la réglementation de couverture dispose :

«[…], est considéré comme accident tout évènement soudain ayant porté atteinte à l'intégrité physique ou psychique de l'assuré et dont la cause ou l'une des causes est extérieur[e] à l'organisme de la victime.»

5 Aux termes de l'article 15 de la réglementation de couverture :

«1. L'assuré victime d'un accident ou ses ayants droit doivent déclarer l'accident à l'administration de l'institution dont relève l'assuré.

[…]

La déclaration d'accident doit indiquer de façon détaillée le jour et l'heure, les causes et les circonstances de l'accident, ainsi que les noms des témoins et du tiers responsable éventuels. Un certificat médical y sera joint, spécifiant la nature des lésions et les suites probables de l'accident.

2. La déclaration doit être faite dans les dix jours ouvrables suivant la date à laquelle l'accident s'est produit. Toutefois, ce délai peut être dépassé en cas de force majeure ou pour tout autre motif légitime, pour autant que l'assuré apporte la preuve de l'accident et établisse le lien de causalité entre cet accident et les atteintes à son intégrité physique et psychique.

3. L'administration peut ouvrir une enquête.»

6 L'article 17, premier alinéa, de la réglementation de couverture prévoit :

«L'administration peut solliciter toute expertise médicale nécessaire pour l'application de la présente réglementation.»

7 L'article 18 de la réglementation de couverture dispose :

«Les décisions relatives à la reconnaissance de l'origine accidentelle d'un événement, qu'il soit attribué aux risques résultant du travail ou de la vie privée, et les décisions qui y sont liées relatives à la reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie ainsi qu'à la fixation du degré d'invalidité permanente, sont prises par l'autorité investie du pouvoir de nomination suivant la procédure prévue à l'article 20 :

— sur la base des conclusions émises par le ou les médecins désignés par les institutions

et

— si l'assuré le requiert, après consultation de la commission médicale prévue à l'article 22.»

8 L'article 20, paragraphes 1 et 2, de la réglementation de couverture énonce :

«1. Avant de prendre une décision en vertu de l'article 18, l'autorité investie du pouvoir de nomination notifie à l'assuré ou à ses ayants droit le projet de décision, accompagné des conclusions du ou des médecins désignés par l'institution. L'assuré ou ses ayants droit peuvent demander que le rapport médical complet soit transmis au médecin de leur choix ou que celui[-]ci leur soit communiqué.

2. L'assuré ou ses ayants droit peuvent, dans un délai de [60] jours, demander que la commission médicale prévue à l'article 22 donne son avis. La demande de saisine de la commission médicale doit préciser le nom du médecin représentant l'assuré ou ses ayants droit [et être] accompagnée du rapport de ce médecin précisant les questions médicales contestées au médecin ou aux médecins désignés par l'institution aux fins de l'application des dispositions de la présente réglementation.»

9 En vertu de l'article 22, paragraphe 1, de la réglementation de couverture :

«La commission médicale est composée de trois médecins désignés :

— le premier, par l'assuré ou ses ayants droit,

— le deuxième, par l'autorité investie du pouvoir de nomination,

— le troisième, du commun accord des deux médecins ainsi désignés.

[…]»

10 En vertu de l'article 22, paragraphe 3, de la réglementation de couverture :

«La commission médicale examine de manière collégiale la totalité des documents disponibles et susceptibles de lui être utiles pour ses appréciations et toute décision est adoptée à la majorité. Il appartient à la commission médicale de régler sa propre procédure et de fixer les modalités de son fonctionnement. Le troisième médecin est chargé du secrétariat et de la rédaction du rapport. La commission médicale peut demander des examens complémentaires et consulter des experts afin de compléter le dossier ou obtenir des avis utiles pour mener à bien sa mission.

La commission médicale ne peut émettre des avis médicaux que sur les faits qui sont soumis à son analyse ou qui sont portés à sa connaissance.

Si la commission médicale, dont la mission se limite à l'aspect purement médical du dossier, estime qu'elle se trouve en présence d'un litige d'ordre juridique, elle se déclare incompétente.

Au terme de ses travaux, la commission médicale consigne ses conclusions dans un rapport qui est adressé à l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Sur la base de ce rapport, l'autorité investie du pouvoir de nomination notifie à l'assuré ou [à] ses ayants droit sa décision accompagnée des conclusions de la commission médicale. L'assuré ou ses ayants droit peuvent demander que le rapport complet de la commission soit transmis au médecin de leur choix ou que celui[-]ci leur soit communiqué.»

C – *Convention d'assurance*

11 Le 28 janvier 2000, les Communautés européennes et la société AXA Royale Belge, devenue AXA Belgium SA (ci-après l'«assureur») ont conclu la convention 99/24/IX.D.1 (ci-après la «convention»), par laquelle l'assureur s'engage à couvrir, aux conditions de la convention, principalement, les conséquences pécuniaires des obligations statutaires que les Communautés assument du fait des accidents et maladies professionnelles dont seraient victimes les personnes auxquelles s'appliquent les dispositions de l'article 73 du statut [article 2, paragraphe 1, sous a) de la convention]. La convention est entrée en vigueur le 1er février 2000, pour la durée d'un an, et a été reconduite, par avenants successifs, jusqu'au 31 décembre 2006. Pour l'applicabilité de la convention, la date pertinente est, en l'espèce, selon l'article 3, paragraphe 1, sous a) et paragraphe 3, celle de la déclaration de l'accident auprès de l'institution concernée.

12 L'article 6, deuxième alinéa, de la convention dispose :

«[L]es assureurs renoncent à recourir à la voie judiciaire sur des litiges d'ordre médical, lorsque la décision de l'[i]nstitution portant sur la liquidation des droits pécuniaires de la victime ou de ses ayants droit est conforme à l'avis préalablement exprimé par le médecin désigné par l'[i]nstitution ou à l'avis émis par la [c]ommission médicale […] lorsque le médecin désigné par l'[i]nstitution a été médecin membre de cette [c]ommission ; en pareil cas, les assureurs remboursent aux Communautés l'intégralité des sommes versées par celles-ci à la victime ou à ses ayants droit, en exécution de la décision sus-indiquée de l'[i]nstitution […]»

13 L'article 9, paragraphes 3 et 4, de la convention prévoit :

9.3. «Les assureurs communiqueront dans un délai d'un mois aux Communautés leur avis quant à l'acceptation d'un accident au titre des dispositions en vigueur […]

9.4. Le rapport du médecin désigné par l'[i]nstitution est communiqué préalablement pour avis aux assureurs.

a) Ceux-ci informent l'[i]nstitution de leur accord, ou le cas échéant, de leur désaccord sur le projet de décision […]»

Faits à l'origine du litige

14 Le 5 mars 2006, le requérant, fonctionnaire du Parlement alors en activité, a été victime d'un accident vasculaire cérébral (ci-après «AVC») alors qu'il jouait au tennis avec sa fille dans un club de Bruxelles (Belgique).

15 Selon le requérant, cet AVC aurait été provoqué par sa chute accidentelle lors de ce match. Le requérant prétend avoir glissé sur le terrain de tennis, être tombé et avoir percuté violemment de la tête et de la main droite le filet et le poteau métallique soutenant le filet. Après ce choc, il aurait entendu un bruit très fort à l'oreille et n'aurait pu se relever. Les secours sont intervenus et il a été hospitalisé.

16 En date du 15 mars 2006, l'assistante du requérant a fait, pour le compte de celui-ci, une déclaration d'accident auprès du Parlement dans les termes suivants : «[Le requérant] a gliss[é] en jouant [au] tennis et a perdu […] connaissance, il a été [emmené] à la [c]linique S[aint-] Jean et le même soir ils ont fait des examens (scanner) ; ils ont décelé une thrombose dans le cervelet, mais les causes exactes ne sont pas encore connues.»

17 Le certificat médical requis, qui n'avait pas été joint à la déclaration d'accident, a été établi par le D[r] H. en date du 1er juin et est parvenu au Parlement le 9 juin suivant. Au point 2 de ce certificat médical figure notamment la mention «chute sur les mains [et] sur la tête à droite [et] AVC cérébelleux gauche régressif» et «patient gaucher contrarié».

18 Le 6 juillet 2006, le Parlement a informé le requérant par courrier de ce que pour tout ce qui concernerait sa déclaration d'accident il serait fait application de la réglementation de couverture et plus particulièrement de son article 2, paragraphe 1, et de ce que, compte tenu des circonstances et des lésions décrites, un rendez-vous lui serait fixé «auprès du médecin désigné par l'institution […] pour l'acceptation du dossier».

19 Le même jour, le Parlement a notifié à l'assureur la déclaration d'accident du requérant, accompagnée du certificat médical du Dr H., tout en demandant à l'assureur s'il souhaitait un examen médical d'acceptation.

20 Le 14 juillet 2006, l'assureur a informé le Parlement qu'il souhaitait l'organisation d'un examen médical d'acceptation et a réservé sa décision.

21 Le 25 juillet 2006, le Parlement a donné mandat au Dr B. d'examiner le requérant. Ce médecin a procédé à l'examen du requérant le 29 août 2006, puis le 7 novembre 2006. Il a déposé son rapport, daté du 25 mai 2007, le 13 juin 2007 et a conclu à l'origine non accidentelle de l'événement du 5 mars 2006. Dans son rapport, le Dr B. fait référence, entre autres, à la déclaration d'accident du 15 mars 2006, au certificat du Dr H., à un rapport médical rédigé en espagnol par le Dr J. O., en date du 12 juillet 2006, évoquant une origine traumatique et à un certificat du Dr C., médecin traitant du requérant, du 7 novembre 2006, selon lequel «[l] e patient [lui] explique qu'alors qu'il jouait au tennis avec sa fille, il a glissé et chuté contre le filet[; à] partir de ce moment[-]là, il a entendu un bruit violent dans son oreille droite, a commencé à vomir, a présenté des difficultés d'élocution[; u]ne origine thrombotique n'a pas été mise en évidence».

22 À la rubrique «Anamnèse» de son rapport, le Dr B. a inscrit les observations suivantes :

«[Le requérant] explique qu'il jouait au tennis avec sa fille (âgée alors de 16 ans), vers 20 h-21 h. Il a 'commencé très fort' puis a glissé et est tombé sur le filet. Il a quasiment immédiatement perçu un bruit important dans l'oreille droite ('comme un avion') et est tombé à terre, se trouvant incapable de se lever et ayant l'impression de tourner à gauche constamment. Il a ensuite commencé à vomir et a perdu connaissance.»

23 À la rubrique «Commentaires et conclusions» de son rapport, le Dr B. écrit :

«Le 5 mars, alors qu'il jouait au tennis et qu'il voulait rattraper une balle au filet, [le requérant], âgé de 56 ans, a glissé et est tombé contre le filet, ressentant aussitôt un bruit important dans l'oreille droite.»

24 Par courrier du 3 juillet 2007, le Parlement a informé l'assureur des conclusions du Dr B., médecin du Parlement, en y joignant, pour avis, un projet de décision concluant à l'origine non accidentelle de l'événement du 5 mars 2006.

25 Par lettre du 13 septembre 2007, l'assureur a informé le Parlement qu'il avait pris connaissance du rapport du Dr B. médecin de l'autorité investie du pouvoir de nomination (ci-après l'«AIPN») et a marqué son accord sur ses conclusions.

26 Le 21 septembre 2007, le projet de décision, visé à l'article 20, paragraphe 1, de la réglementation de couverture, a été notifié au requérant par l'AIPN qui a ainsi entériné sa conclusion quant à l'origine non accidentelle de l'événement du 5 mars 2006.

27 Le 19 novembre 2007, le requérant a déclaré ne pas être d'accord avec le projet de décision et a demandé la consultation de la commission médicale en désignant le Dr J. O. comme médecin ayant sa confiance. Ce dernier a fait parvenir son rapport à l'AIPN le 10 décembre 2007.

28 Le 19 mars 2008, l'AIPN a informé les premier et deuxième médecins de la commission médicale, respectivement désignés par le requérant et par le Parlement, de la procédure relative à la désignation d'un commun accord du troisième médecin et du mandat de la commission médicale. L'accord sur le troisième médecin, le Dr D. B., est intervenu le 4 décembre 2008 et ladite commission s'est réunie le 19 mai 2009 en présence du requérant.

29 Le 10 juin 2009, le Dr D. B. a rédigé le rapport suivi du projet d'avis de la commission médicale, rejetant, comme l'avait fait le Dr B. dans ses conclusions datées du 25 mai 2007, le caractère accidentel de l'événement du 5 mars 2006, et l'a envoyé le 22 juin suivant aux deux autres membres de la commission, par courriel et par courrier postal. Selon ce rapport, la commission médicale a posé les bases de son analyse dans les termes suivants : «[l]a question importante qui est posée aux différents membres de la commission : […] y a-t-il une relation entre le 'traumatisme' (choc dans le filet) et les séquelles neurologiques observées dans le décours, ou la situation clinique du [5 mars] 2006 est-elle en rapport avec une atteinte cérébrale ayant été à la base de l'état clinique ultérieur. En d'autres termes, l'événement du 5 mars 2006 est-il circulatoire ou post-traumatique?» N'ayant obtenu aucune réaction du Dr J. O., le Dr D. B. a transmis au Parlement, le 10 août 2009, le rapport suivi de l'avis de la commission médicale, revêtu de seulement deux signatures.

30 Le 12 novembre 2009, malgré les protestations du Dr J. O., envoyées par courriel par l'intermédiaire du requérant le 14 août 2009 et relatives à la durée de la réunion de la commission médicale, au respect du principe de collégialité, au contenu du projet de rapport et de manière générale à la façon, selon lui irrégulière, dont s'étaient déroulés les travaux de la commission, accusations formellement rejetées par les deux autres médecins, l'AIPN a pris sa décision finale, en application de l'article 18 de la réglementation de couverture, par laquelle, entérinant les conclusions de la commission médicale, elle a refusé de reconnaître l'origine accidentelle de l'événement du 5 mars 2006 (ci-après la «décision attaquée»). La décision attaquée a été envoyée au requérant, le 16 novembre 2009.

31 Par lettre du 17 février 2010, le requérant a introduit une réclamation, au titre de l'article 90, paragraphe 2, du statut, contre la décision attaquée.

32 Le 16 avril 2010, le requérant a transmis un «argumentaire complémentaire», au soutien duquel il a transmis, par la suite, des déclarations sur l'honneur de sa fille, datée du 27 septembre 2010, et du gérant du club de tennis, datée du 28 mai 2010, qui font état de la chute du requérant avec sa tête contre le filet et le poteau métallique soutenant le filet.

33 Par décision du 22 juin 2010, le Parlement a rejeté la réclamation du requérant.

Conclusions des parties

34 Le requérant conclut à ce qu'il plaise au Tribunal :

— annuler la décision attaquée, prise ensemble avec la décision de rejet de la réclamation ;

— conclure à la reprise de l'examen de la demande qu'il a introduite au titre de l'article 73 du statut par une nouvelle commission médicale ;

— condamner le Parlement à la réparation des préjudices moral et matériel subis par le requérant ;

— condamner le Parlement au paiement d'intérêts de retard sur le capital dû au titre de l'article 73 du statut au taux de 12 % à compter du 15 mars 2007 et jusqu'à complet paiement du capital ;

— condamner le Parlement aux dépens.

35 Le Parlement conclut à ce qu'il plaise au Tribunal :

— rejeter le recours comme irrecevable et subsidiairement comme non fondé ;

— condamner le requérant aux dépens.

36 Par lettre du greffe du 12 mai 2011, le Tribunal a invité les parties à répondre à des mesures d'organisation de la procédure, auxquelles les parties ont déféré dans le délai imparti.

37 Compte tenu de l'expiration du mandat du juge rapporteur auquel l'affaire avait été initialement attribuée et de la modification de la composition des chambres, le président du Tribunal a, le 12 octobre 2011, réattribué l'affaire à la troisième chambre du Tribunal et désigné un nouveau juge rapporteur.

En droit

A – *Sur la recevabilité*

1. *En ce qui concerne les conclusions tendant à la reprise de l'examen de la demande introduite par le requérant au titre de l'article 73 du statut par une nouvelle commission médicale*

38 Par le deuxième chef de ses conclusions, le requérant demande à ce que l'examen de la demande qu'il a introduite au titre de l'article 73 du statut soit repris par une nouvelle commission médicale.

39 Or, selon une jurisprudence constante, le juge de l'Union est incompétent pour adresser des injonctions aux institutions (arrêt du Tribunal du 5 juillet 2011, V/Parlement, F-46/09, point 63, et la jurisprudence citée).

40 Par conséquent, les conclusions susmentionnées doivent être rejetées comme irrecevables.

2. *En ce qui concerne l'exception d'irrecevabilité du recours soulevée par le Parlement*

a) Arguments des parties

41 Le Parlement soutient que la réclamation présentée le 17 février 2010 par le requérant ne contient pas un exposé des moyens et arguments suffisamment clairs et précis soulevés à l'encontre de la décision attaquée. Cet exposé aurait une forme très succincte et sommaire et n'aurait pas permis à l'AIPN de connaître de façon suffisamment précise les critiques et reproches formulés à l'encontre de la décision attaquée. En conséquence, la réclamation devrait être considérée comme irrecevable, et, par voie de conséquence, le recours rejeté comme irrecevable.

42 Le Parlement fait également valoir que l'«argumentaire complémentaire» présenté par le requérant, qui lui est parvenu le 19 avril 2010, est, lui aussi, irrecevable, car il a été produit au-delà du délai fixé à l'article 90, paragraphe 2, du statut. Or, il reviendrait au fonctionnaire de faire les diligences nécessaires dans le délai de trois mois à compter de la connaissance de l'acte lui faisant grief pour pouvoir présenter à l'administration un dossier de réclamation composé de documents pertinents, ceci afin de permettre à l'administration de prendre une décision sur la réclamation dans le délai de quatre mois. Dès lors, le fonctionnaire concerné n'aurait pas la faculté de compléter sa réclamation à tout moment.

43 Enfin, le Parlement soutient que le courrier du 1er juin 2010 par lequel le requérant lui a transmis une attestation du gérant du club de tennis est également irrecevable.

44 Le Parlement indique que ce n'est donc qu'à titre subsidiaire qu'il formule des observations sur le fond.

45 Le requérant rétorque qu'il aurait clairement identifié les moyens de droit qu'il soulevait à l'appui de sa réclamation et précisé quels griefs particuliers il formulait contre la décision attaquée.

46 Pour ce qui est de l'«argumentaire complémentaire» et de la déclaration sur l'honneur du gérant du club de tennis, le requérant soutient que ces éléments complémentaires ne contiendraient pas d'arguments modifiant la cause ou l'objet de la réclamation, mais constitueraient un complément à la réclamation, tous les moyens ayant déjà été soulevés dans celle-ci.

b) Appréciation du Tribunal

47 En vertu d'une jurisprudence constante, le juge de l'Union est en droit d'apprécier, suivant les circonstances de chaque espèce, si une bonne administration de la justice justifie de rejeter au fond le recours, sans statuer préalablement sur l'exception d'irrecevabilité soulevée par la partie défenderesse (voir, en ce sens, arrêts de la Cour du 26 février 2002, Conseil/Boehringer, C-23/00 P, points 51 et 52, et du 23 mars 2004, France/Commission, C-233/02, point 26 ; arrêt du Tribunal de première instance du 15 juin 2005, Regione autonoma della Sardegna/Commission, T-171/02, point 155 ; arrêts du Tribunal du 8 avril 2008, Bordini/Commission, F-134/06, point 56, et du 28 septembre 2011, AZ/Commission, F-26/10, point 34).

48 Dans les circonstances de l'espèce et dans un souci d'économie de procédure, il y a lieu d'examiner d'emblée les moyens de fond invoqués par le requérant, sans statuer préalablement sur l'exception d'irrecevabilité soulevée par le Parlement, le recours étant, en tout état de cause et pour les motifs exposés ci-après, dépourvu de fondement.

B – *Sur le fond*

1. *Sur les conclusions aux fins d'annulation*

49 À l'appui de son recours, le requérant invoque trois moyens tirés, le premier, de la violation de l'article 73 du statut, le deuxième, de l'irrégularité de l'avis de la commission médicale et le troisième, de la violation de l'article 2 de la réglementation de couverture, d'un manquement au principe de bonne administration et au devoir de sollicitude, d'erreurs manifestes d'appréciation et d'incohérences entre les éléments du dossier médical et les conclusions de la commission médicale ainsi que d'une violation de l'obligation de motivation.

a) En ce qui concerne le premier moyen, tiré de la violation de l'article 73 du statut

Arguments des parties

50 Selon le requérant, le Parlement aurait violé l'article 73 du statut en recherchant l'accord préalable de l'assureur sur le projet de décision concernant l'origine accidentelle, ou non, de l'événement du 5 mars 2006 et, ensuite, sur l'avis de la commission médicale et sur la décision attaquée. En subordonnant ainsi sa décision à celle de l'assureur, d'entériner, ou non, les conclusions de la commission médicale, il ne serait pas exclu que l'AIPN ait fait prévaloir la position de l'assureur sur ses obligations statutaires et ait méconnu, en conséquence, l'article 73 du statut.

51 Le Parlement estime, quant à lui, que la position de l'assureur n'est nullement contraignante pour l'AIPN, celle-ci pouvant confirmer sa propre position, même sans l'accord de l'assureur sur les termes du projet de décision. Il ajoute que, de toute façon, en l'espèce, il n'existait aucun désaccord entre l'AIPN et l'assureur et que, dès lors, il n'y avait aucune raison de faire prévaloir l'avis de ce dernier.

52 En outre, selon le Parlement, l'assureur a exprimé son accord seulement après que l'AIPN a conclu, dans son projet de décision, à l'absence d'origine accidentelle de l'événement en cause, conformément à l'avis du médecin désigné par l'institution, ainsi qu'à l'avis de la commission médicale. L'avis de l'assureur n'aurait donc pas pu avoir de conséquences sur la position de l'administration, prise antérieurement à l'avis de l'assureur, et par suite, n'aurait pas pu nuire aux intérêts du requérant.

Appréciation du Tribunal

53 Il ressort de la jurisprudence que, si en vertu de l'article 73 du statut, les institutions sont en droit de souscrire une police déterminant les conditions dans lesquelles la couverture du risque d'accident jouerait, il ne saurait être admis qu'à l'obligation directe de l'institution découlant de cet article soit substituée celle d'un assureur et, plus particulièrement, que l'institution laisse principalement à l'assureur la tâche de régler, en cas d'accident, les problèmes de couverture du risque qui en découlent, en limitant son rôle à celui d'un intermédiaire entre l'assureur et la victime, privant ainsi le fonctionnaire des garanties propres que lui assure le statut (voir, en ce sens, arrêts de la Cour du 16 juin 1971, Duraffour/Conseil, 18/70, point 15 ; du 16 mars 1978, Leonardini/Commission, 115/76, point 11, et du 24 octobre 1996, Commission/Royale belge, C-76/95, point 45).

54 Par conséquent, il convient d'examiner si, en l'espèce, comme le prétend le requérant, l'application par le Parlement de l'article 9, paragraphes 3 et 4, de la convention a pu faire naître le risque que la décision attaquée ait pu être conditionnée par les avis de l'assureur prévus auxdites dispositions.

55 Or, il ressort sans ambiguïté des faits que cette dernière allégation est dénuée de tout fondement.

56 Il ressort, en effet, des pièces du dossier que la déclaration d'accident du 5 mars 2006 a été reçue par le Parlement le 21 mars 2006. Cette déclaration n'était cependant pas accompagnée du certificat médical requis. À la rubrique «Circonstances détaillées» de la déclaration d'accident remplie par l'assistante du requérant, celle-ci a écrit ce qui suit : «[Le requérant] a gliss[é] en jouant [au] tennis et a perdu […] connaissance, il a été [emmené] à la [c]linique S[aint-] Jean et le même soir ils ont fait des examens (scanner) ; ils ont décelé une thrombose dans le cervelet, mais les causes exactes ne sont pas encore connues.»

57 À la demande du Parlement, en date du 30 mai 2006, le requérant a envoyé, par lettre datée du 1er juin 2006, reçue par le Parlement le 9 juin suivant, un certificat médical à l'appui de sa déclaration d'accident, établi par le Dr H. et portant la date du 1er juin 2006. La rubrique «Description des lésions» fait état d'une «chute sur les mains [et] sur la tête à droite [et] AVC cérébelleux gauche régressif» et «patient gaucher contrarié».

58 La déclaration d'accident, ainsi que le certificat médical du Dr H., ont été notifiés par le Parlement à l'assureur par lettre du 6 juillet 2006. Le 14 juillet 2006, l'assureur a accusé réception de ces documents, a annoncé l'ouverture d'un dossier et a exprimé son souhait qu'il soit procédé à un examen médical d'acceptation.

59 Le 25 mai 2007, le médecin que le Parlement avait mandaté pour lui donner son avis sur l'origine accidentelle, ou non, de l'AVC subi par le requérant le 5 mars 2006 a rendu un avis selon lequel l'événement du 5 mars 2006 était de nature circulatoire et non de nature traumatique. Cet avis a été notifié à l'assureur par lettre du Parlement du 3 juillet 2007, avec un projet de décision en ce sens. Par lettre du 13 septembre 2007 adressée au Parlement, l'assureur a déclaré être d'accord avec les conclusions du médecin consulté par le Parlement.

60 Il résulte de ce qui précède que, premièrement, l'assureur n'a pas donné un avis quant à l'acceptation de l'accident, mais a demandé un examen médical d'acceptation, et que, deuxièmement, le Parlement a rédigé le projet de décision avant, et non après, que l'assureur a marqué son accord sur les conclusions du médecin consulté par le Parlement.

61 En tout état de cause, selon la convention, l'avis de l'assureur ne lie en aucune façon l'institution. En effet, l'article 6, deuxième alinéa, de la convention précise que, dans le cas où les avis de l'institution et de l'assureur divergent, l'institution n'est pas liée par l'avis de l'assureur et peut confirmer sa décision initiale. Ainsi, l'institution prendrait les paiements des prestations garanties à sa charge, dont le remboursement par l'assureur peut être demandé en vertu de ladite disposition.

62 Il résulte des considérations qui précèdent que le Parlement n'a pas adopté son projet de décision en fonction de l'avis de l'assureur et n'a, par conséquent, pas violé l'article 73 du statut.

63 Dès lors, il y a lieu de rejeter le premier moyen comme non fondé.

b) Quant au deuxième moyen, tiré de l'irrégularité de l'avis de la commission médicale

64 Le requérant estime que plusieurs vices auraient entaché la procédure devant la commission médicale, laquelle aurait méconnu l'exigence de fonctionnement collégial, adopté son avis sur la base d'éléments factuels erronés, fait abstraction des rapports médicaux favorables au requérant et violé son mandat.

Remarques liminaires

65 Selon une jurisprudence constante, les appréciations médicales proprement dites formulées par la commission médicale doivent être considérées comme définitives lorsqu'elles ont été émises dans des conditions régulières. Le juge est uniquement habilité à vérifier, d'une part, si ladite commission a été

constituée et a fonctionné régulièrement et, d'autre part, si son avis est régulier, notamment s'il contient une motivation permettant d'apprécier les considérations sur lesquelles il est fondé et s'il établit un lien compréhensible entre les constatations médicales qu'il comporte et les conclusions auxquelles il parvient (arrêt du Tribunal du 14 septembre 2010, AE/Commission, F-79/09, point 64, et la jurisprudence citée).

66 Ainsi, eu égard au contrôle juridictionnel limité qu'il revient au Tribunal d'exercer, une critique tirée de l'erreur manifeste d'appréciation dont serait entaché l'avis de la commission médicale ne saurait prospérer (arrêts AE/Commission, précité, points 84 et 89, et du Tribunal du 11 mai 2011, J/Commission, F-53/09, points 102 et 104).

67 Dans ce contexte, un contrôle juridictionnel rigoureux de la procédure suivie par la commission médicale apparaît comme la garantie essentielle des droits de l'assuré.

68 Si les garanties procédurales de l'assuré devant la commission médicale doivent être contrôlées strictement par le juge, il n'en demeure pas moins que ce contrôle doit avoir égard à la nature même des travaux de la commission médicale, lesquels, selon la jurisprudence, ne visent pas à trancher un débat contradictoire, mais à établir des constatations médicales (arrêt de la Cour du 19 janvier 1988, Biedermann/Cour des comptes, 2/87, point 16).

69 C'est à la lumière des principes qui viennent d'être rappelés qu'il convient d'examiner les griefs du requérant (arrêt du Tribunal du 14 septembre 2011, Hecq/Commission, F-47/10, points 44 à 48).

Sur le grief tiré de la méconnaissance du principe de collégialité

– Arguments des parties

70 Le requérant fait valoir, principalement, que la réunion de la commission médicale qui s'est tenue le 19 mai 2009 n'aurait pas duré plus de dix minutes. Le médecin qu'il avait désigné se serait plaint de ce que les deux autres médecins avaient déjà discuté entre eux de son cas et convenu à l'avance de la façon dont celui-ci devait être apprécié ainsi que des conclusions que la commission médicale devait adopter. N'ayant pu faire valoir utilement son point de vue, le médecin chargé de le représenter a refusé de signer l'avis de la commission médicale. Le requérant estime qu'un tel procédé ne serait pas compatible avec l'exigence du fonctionnement collégial de la commission médicale, exigence destinée à assurer le caractère contradictoire des débats et à garantir l'objectivité de ses travaux.

71 Le Parlement rétorque que les intérêts du requérant ont bien été garantis, dans la mesure où la commission médicale aurait accompli ses travaux d'une manière collégiale et que chacun de ses membres aurait eu l'occasion de faire valoir utilement son point de vue. Les membres de la commission médicale auraient eu à leur disposition le dossier médical complet du requérant et les trois médecins auraient effectivement participé à la réunion en date du 19 mai 2009. Le Parlement souligne que les conclusions de la commission médicale n'auraient été émises qu'à l'issue d'une discussion qui aurait suivi l'examen du requérant. Le Parlement ajoute que la réunion du 19 mai 2009 a duré une heure et qu'il n'existe aucun élément dans le dossier laissant apparaître que le médecin désigné par le requérant n'aurait pas pu exprimer son avis. Ce ne serait que quelques mois plus tard, après la clôture des travaux de la commission, que le médecin désigné par le requérant aurait contesté le déroulement de la réunion du 19 mai 2009, les termes du mandat donné à la commission médicale ainsi que le rapport de la commission.

– Appréciation du Tribunal

72 En premier lieu, il convient de rappeler qu'aux termes de l'article 22, paragraphe 3, de la réglementation de couverture, «[l]a commission médicale examine de manière collégiale la totalité des documents disponibles et susceptibles de lui être utiles pour ses appréciations et toute décision est adoptée à la majorité[; il] appartient à la commission médicale de régler sa propre procédure et de fixer les modalités de son fonctionnement».

73 Il y a lieu de rappeler également que, si la mission de la commission médicale n'est pas de trancher un débat contradictoire (arrêt Biedermann/Cour des comptes, précité, point 16), il n'en demeure pas moins que les intérêts du fonctionnaire intéressé sont sauvegardés par la présence d'un médecin ayant sa confiance, ainsi que par la désignation du troisième médecin d'un commun accord par les deux membres nommés par chaque partie ou, à défaut d'accord, par le président de la Cour de justice de l'Union européenne (arrêt Biedermann/Cour des comptes, précité, point 10). Il échet de constater que cette garantie n'est effective que si la commission médicale accomplit ses travaux d'une manière collégiale, chacun de ses membres ayant l'occasion de faire valoir utilement son point de vue (arrêt du Tribunal de première instance du 15 novembre 2000, Camacho-Fernandes/Commission, T-20/00, point 31).

74 En l'espèce, il ressort d'une déclaration produite par le requérant et signée par le Dr J. O., médecin désigné par le requérant, en date du 27 septembre 2010, que celui-ci a bien participé à la réunion de la commission médicale du 19 mai 2009. Selon ce médecin, il a attendu que les deux autres médecins sortent du bureau du Dr D. B. Toujours selon le médecin désigné par le requérant, ce dernier a ensuite été invité à «marcher dans le couloir en vue [d'être examiné] une première fois» et cela a duré «[plus ou moins dix] minutes». À la suite de quoi, le requérant, la commission médicale et les interprètes sont entrés dans le bureau où le requérant a été invité à décrire l'accident et où d'autres questions lui ont été posées. Selon la déclaration du Dr J. O., cette étape a également duré une dizaine de minutes. Par la suite, le requérant a quitté le bureau et attendu à l'extérieur la fin de la réunion, laquelle s'est prolongée de cinq minutes environ. Au total, il ressort donc de la déclaration du Dr J. O., désigné par le requérant, que la réunion de la commission médicale du 19 mai 2009 a duré au moins une trentaine de minutes.

75 Il ressort également d'une lettre du 24 août 2009, à en-tête du service de neurologie des cliniques universitaires Saint-Luc et signée par les Drs B. et D. B., que ceux-ci contestent que la réunion en cause n'ait duré que dix minutes. Selon eux, ladite réunion a duré une heure.

76 Il ressort ensuite d'une attestation du directeur de la direction de l'organisation et de la programmation, au sein de la direction générale de l'interprétation et des conférences du Parlement, que les travaux d'interprétation pour la commission médicale du 19 mai 2009 et, par conséquent, la réunion elle-même, ont duré une heure environ.

77 Par ailleurs, il ne ressort d'aucun élément du dossier de la présente affaire que le Dr J. O. aurait été empêché d'une manière ou d'une autre de faire valoir utilement son point de vue. Au contraire, dans la déclaration susmentionnée du 27 septembre 2010, celui-ci certifie à deux reprises n'avoir rien dit lors de la réunion de la commission médicale du 19 mai 2009, et cela, sans raison apparente. De plus, il ressort du dossier que, peu de temps après cette réunion, le Dr J. O. a demandé au requérant de transmettre au Dr D. B. un document qu'il avait préparé pour ladite réunion.

78 En second lieu, il convient de rappeler que la commission médicale peut décider à la majorité de ses membres la clôture de ses travaux et que son rapport n'est donc pas entaché d'un vice de forme du fait qu'un de ses membres a refusé de le signer (arrêt de la Cour du 10 décembre 1987, Jänsch/Commission, 277/84, point 14 ; arrêts du Tribunal de première instance du 29 janvier 1998, De Corte/Commission, T-62/96, point 81, et Camacho-Fernandes, précité, point 32).

79 En l'espèce, à la suite de la réunion de la commission médicale du 19 mai 2009, à laquelle les trois membres de la commission ont participé, le Dr D. B. a envoyé un projet de rapport aux deux autres membres de la commission, par courriel, par lettre et par lettre recommandée en date du 22 juin 2009. Ne recevant, malgré plusieurs rappels, aucune réaction de la part du Dr J. O., le Dr D. B a envoyé au Parlement le rapport et l'avis définitif de la commission médicale, revêtu seulement de sa signature et de celle du deuxième médecin. Étant donné que le Dr J. O. a pu faire valoir utilement son point de vue lors de la réunion de la commission médicale du 19 mai 2009 à laquelle il a participé, le rapport de la commission médicale n'est pas entaché d'un vice de forme alors même qu'il n'a été signé que par deux des trois médecins.

80 Ainsi est-il établi, au vu des éléments du dossier, que les trois membres de la commission médicale se sont réunis afin de débattre de l'origine de l'événement du 5 mars 2006, que le médecin désigné par le requérant a été en mesure de faire valoir son opinion au sein de la commission médicale et que celle-ci a fonctionné de manière collégiale.

81 Par conséquent, le grief tiré de la méconnaissance du principe de collégialité doit être rejeté.

Sur le grief tiré de l'adoption de l'avis sur la base d'éléments factuels erronés

– Arguments des parties

82 Le requérant soutient que la version des faits retenue par la commission médicale est erronée. La thèse retenue par la commission médicale selon laquelle l'AVC serait survenu pendant sa course vers le filet de tennis, expliquant l'origine endogène de l'AVC, ne saurait être retenue dès lors que la seule chronologie des événements permettrait d'établir un lien temporel logique de cause à effet entre le traumatisme et le processus neurologique dont il a ensuite été victime.

83 Le requérant ajoute que, bien que les Drs B. et D. B. se soient posés la question de savoir s'il y avait une relation de cause à effet entre le traumatisme et les séquelles neurologiques, les prémisses factuelles erronées ne pouvaient pas leur permettre d'y répondre de manière régulière.

84 Le Parlement rétorque que la commission médicale a, sans conteste, eu connaissance de la description des faits fournie par le requérant et par son médecin traitant et qu'elle disposait, par conséquent, de l'ensemble des éléments pour remplir valablement sa mission. Par suite, la commission médicale n'aurait commis aucune erreur en se limitant dans son rapport à un résumé très succinct des faits et ne reprenant pas tous les éléments présentés par le requérant.

– Appréciation du Tribunal

85 Selon une jurisprudence bien établie, la mission qui incombe à la commission médicale de porter en toute objectivité et en toute indépendance une appréciation sur des questions d'ordre médical exige, d'une part, que cette commission dispose de l'ensemble des éléments susceptibles de lui être utiles et, d'autre part, que sa liberté d'appréciation soit entière (arrêts du Tribunal de première instance du 15 décembre 1999, Latino/Commission, T-300/97, point 41, et Nardone/Commission, T-27/98, points 30, 68 et 87 ; du 16 juin 2000, C/Conseil, T-84/98, point 43 ; du 27 juin 2000, Plug/Commission, T-47/97, point 117, et du 26 février 2003, Latino/Commission, T-145/01, point 47).

86 En ce qui concerne l'argument du requérant selon lequel la version des faits retenue par la commission médicale serait erronée, force est de constater que celle-ci avait connaissance du rapport médical établi, à la demande de l'AIPN, par le Dr B., en date du 25 mai 2007, rapport qui, ainsi qu'il a été observé aux points 21 à 23 du présent arrêt, se réfère lui-même au rapport médical, rédigé en espagnol, du Dr J. O. du 12 juillet 2006, au certificat du Dr C., médecin traitant du requérant, du 7 novembre 2006 ainsi

qu'aux déclarations sur les faits du requérant, déclarations figurant à la rubrique «Anamnèse» du rapport du Dr B. Il s'ensuit que la commission médicale avait pleinement connaissance de la version des faits présentée par le requérant.

87 De plus, le requérant a pu fournir à la commission médicale et ce, au cours de la procédure de reconnaissance du caractère accidentel de son AVC, tous les documents qu'il considérait utiles à l'examen de son dossier. Il était également présent à la réunion de la commission médicale du 19 mai 2009 au cours de laquelle il a lui-même décrit l'événement du 5 mars 2006.

88 En tout état de cause, il est constant que, même si la commission médicale n'a pas retenu le caractère traumatique de l'événement du 5 mars 2006, elle a bien pris en considération les deux hypothèses possibles sur la cause de l'AVC du requérant. Ainsi qu'il ressort de ce qui a été observé au point 29 du présent arrêt, la commission médicale, dans son rapport, s'est en effet posée la question de savoir si l'événement du 5 mars 2006 était d'origine circulatoire ou post-traumatique.

89 Le grief tiré de l'adoption de l'avis sur la base d'éléments factuels erronés doit, partant, être rejeté.

Sur le grief tiré de l'absence de prise en considération des rapports médicaux favorables au requérant

– Arguments des parties

90 Le requérant reproche à la commission médicale de ne pas avoir fait mention, dans son avis, de certains comptes rendus et rapports médicaux qui seraient pourtant favorables à la thèse de l'origine traumatique de l'AVC. La commission médicale n'aurait pas non plus tenu compte d'un certain nombre de documents ou y aurait seulement fait, brièvement et indirectement, référence.

91 Le Parlement estime qu'il appartient à la commission médicale de régler sa propre procédure et de déterminer dans quelle mesure il convenait de prendre en considération les divers rapports médicaux dont elle disposait et d'y faire référence dans son avis. La commission ne serait par ailleurs pas obligée d'énumérer tous les documents pris en compte. Son mandat l'obligerait simplement à prendre connaissance de l'ensemble des documents mis à sa disposition.

– Appréciation du Tribunal

92 Pour qu'une commission médicale émette valablement un avis médical, il faut qu'elle soit en mesure de prendre connaissance de la totalité des documents susceptibles de lui être utiles pour ses appréciations (arrêt du Tribunal de première instance du 15 juillet 1997, R/Commission, T-187/95, point 49).

93 Ensuite, la commission médicale dispose d'une entière liberté d'appréciation des questions médicales qui lui sont soumises, de sorte qu'il lui appartient de décider dans quelle mesure il convient de prendre en compte les données médicales en sa possession (arrêt du Tribunal du 28 juin 2006, Beau/Commission, F-39/05, point 58).

94 Comme l'observe à juste titre le requérant, il est de jurisprudence constante que la mission qui incombe à la commission médicale de porter en toute objectivité et en toute indépendance une appréciation sur des questions d'ordre médical exige que sa liberté d'appréciation soit entière (arrêts Biedermann/Cour des comptes, précité, point 19, et Commission/Royale belge, précité, point 73). Toutefois, ce pouvoir de la commission médicale s'accompagne d'une obligation de motivation devant permettre d'apprécier les considérations sur lesquelles sont basées les conclusions contenues dans son avis et de vérifier si ce dernier établit, entre les constatations médicales et les conclusions qu'il comporte, un lien compréhensible (arrêt Nardone/Commission, précité, point 87).

95 Si tel est le cas, la circonstance que la commission médicale n'a pas exposé les raisons pour lesquelles elle ne prenait pas en considération certains éléments médicaux dont elle disposait ne peut pas vicier l'avis qu'elle a remis à l'AIPN (voir, en ce sens, arrêt Beau/Commission, précité, point 62) et être interprété comme un manque de motivation de la part de la commission.

96 En l'espèce, comme le soutient à juste titre le Parlement, la commission n'était pas obligée d'énumérer tous les documents qu'elle avait pris en compte dans son rapport médical et il lui appartenait de décider dans quelle mesure il convenait de les prendre en considération.

97 En tout état de cause, le rapport de la commission médicale se réfère au rapport du Dr B. du 25 mai 2007 et, par conséquent, également à toutes les annexes jointes à ce rapport.

98 Il y a lieu de préciser que, quant aux documents auxquels l'avis de la commission médicale ne ferait que brièvement ou indirectement référence, le rapport de l'unité de neurologie du 13 mai 2006 n'est ni complet, ni signé et ne donne aucun renseignement sur les causes de l'AVC. Les résultats de l'examen radiologique du 20 avril 2006 ne donnent aucun renseignement sur une dissection vertébrale. Le certificat du Dr C. du 7 novembre 2006 dit uniquement qu'une origine thrombotique n'a pas été mise en évidence, mais ne porte aucune conclusion sur une origine quelconque de l'événement. Les rapports du Dr G. du 8 mars 2007 et du Dr V. du 22 janvier 2007, médecins spécialistes qui ont examiné le requérant, ne fournissent pas davantage d'information quant à l'origine possible de l'accident. Néanmoins, tous ces documents sont joints au rapport du Dr B. du 25 mai 2007, de même que le rapport du Dr J. O. du 12 juillet 2006.

99 Quant au rapport du Dr J. O. du 10 décembre 2007, il n'y a aucun doute sur sa prise en considération par la commission médicale, puisque la procédure de consultation de la commission médicale ne pouvait être entamée sans le rapport du Dr J. O. et qu'il a dû faire parvenir ce rapport avant le 15 décembre 2007. Le requérant ne conteste d'ailleurs pas que la commission en ait eu connaissance.

100 Pour ce qui est du rapport préparé par le Dr J. O. en vue de la réunion du 19 mai 2009, celui-ci n'est ni daté, ni signé, mais a néanmoins, ainsi qu'il est certifié par ce médecin désigné par le requérant lui-même, été remis en mains propres au Dr D. B. et fait, par conséquent, partie du dossier, de même que la lettre envoyée, le 14 août 2009, à ses confrères de la commission médicale. Il convient également de noter que cette lettre ainsi que la déclaration du Dr J. O. du 27 septembre 2010 sont postérieures à l'avis de la commission médicale et n'ont donc pas pu être prises en considération par la commission médicale avant qu'elle ne rende son avis.

101 La commission médicale n'a donc pas manqué à son obligation de motivation et le grief tiré de l'absence de prise en considération des rapports médicaux favorables au requérant doit, par conséquent, être rejeté.

Sur le grief tiré de la violation du mandat de la commission médicale

102 Compte tenu du fait que le grief tiré de la violation du mandat de la commission médicale se confond avec les autres griefs du deuxième moyen, il y a lieu de renvoyer aux développements ci-dessus et, par conséquent, de le rejeter.

103 Il découle de tout ce qui précède que le deuxième moyen, tiré de l'irrégularité de l'avis de la commission médicale, doit être rejeté comme non fondé.

c) Quant au troisième moyen, tiré de la violation de l'article 2 de la réglementation de couverture, d'un manquement au principe de bonne administration et au devoir de sollicitude, d'erreurs manifestes d'appréciation et d'incohérences entre les éléments du dossier médical et les conclusions de la commission médicale, ainsi que d'une violation de l'obligation de motivation

Arguments des parties

104 Le requérant soutient que la commission médicale a méconnu l'article 2 de la réglementation de couverture et la notion d'accident qui y est contenue en refusant de considérer l'événement du 5 mars 2006 comme un «accident» au sens de cet article. Le requérant est d'avis que la commission médicale a commis une erreur manifeste d'appréciation et a produit un rapport entaché d'une incohérence entre les éléments du dossier médical et ses conclusions, incohérence sur laquelle l'AIPN ne se serait pas prononcée dans sa réponse à la réclamation. La commission médicale n'aurait aucunement expliqué les raisons qui l'auraient poussée à s'écarter des conclusions médicales qui étaient favorables au requérant, manquant de ce fait à son obligation de motivation. Dans la mesure où il y avait une divergence d'opinion totale entre lui-même et son institution sur la manière dont s'étaient déroulés les faits, l'AIPN aurait dû ouvrir l'enquête prévue à l'article 15, paragraphe 3, de la réglementation de couverture. Son abstention révèlerait une méconnaissance du principe de bonne administration et du devoir de sollicitude auquel elle est tenue.

105 Le Parlement, pour sa part, estime que la commission médicale a fourni des explications claires, suffisantes et cohérentes quant à l'absence de causalité entre l'effort physique du requérant au cours du match de tennis du 5 mars 2006, y inclus le choc dans le filet suite à la chute du requérant, et la survenue des lésions cérébelleuses.

106 Le Parlement ajoute que l'AIPN n'a pas considéré utile de procéder à une enquête administrative, prenant en compte la présentation des faits par le requérant ainsi que les circonstances de l'événement déclaré.

Appréciation du Tribunal

107 Il convient de rappeler que les appréciations médicales proprement dites formulées par la commission médicale prévue à l'article 23 de la réglementation de couverture doivent être considérées comme définitives lorsqu'elles ont été émises dans des conditions régulières, le contrôle juridictionnel ne pouvant s'exercer que sur la régularité de la constitution et du fonctionnement d'une telle commission, ainsi que sur la régularité des avis qu'elle émet (voir arrêt AE/Commission, précité, point 64).

108 Par conséquent, une critique tirée de l'erreur manifeste d'appréciation dont serait entaché l'avis de la commission médicale ne saurait prospérer (voir arrêt Hecq/Commission, précité, point 45).

109 Néanmoins, dans ces limites, le Tribunal est compétent pour examiner si l'avis de la commission médicale contient une motivation permettant d'apprécier les considérations sur lesquelles sont basées les conclusions qu'il contient et s'il a établi un lien compréhensible entre les constatations médicales qu'il comporte et les conclusions auxquelles arrive la commission médicale (arrêt du Tribunal de première instance du 30 mai 1995, Saby/Commission, T-556/93, point 35).

110 Par ailleurs, selon la jurisprudence, lorsque la commission médicale est saisie de questions d'ordre médical complexes se rapportant à un diagnostic difficile ou au lien de causalité entre l'affection dont est atteint l'intéressé et l'exercice de son activité professionnelle auprès d'une institution, il lui appartient notamment d'indiquer dans son avis les éléments du dossier sur lesquels elle s'appuie et de préciser, en cas de divergence significative, les raisons pour lesquelles elle s'écarte de certains rapports

médicaux, antérieurs et pertinents, plus favorables à l'intéressé (arrêt AE/Commission, précité, point 65). Il devrait en aller de même du lien de causalité entre l'affection dont est atteint l'intéressé et l'accident.

111 Néanmoins, la jurisprudence relative à la motivation du rapport d'une commission médicale n'exige pas qu'un tel rapport soit, sur un plan formel, un modèle en matière de rédaction (arrêt J/Commission, précité, point 96). Cette jurisprudence exige seulement qu'il fasse apparaître une motivation permettant d'apprécier sur quelles considérations sont fondées les conclusions qu'il contient et qu'il établisse un lien compréhensible entre les constatations médicales qu'il comporte et les conclusions auxquelles parvient la commission médicale (arrêt AE/Commission, précité, point 64).

112 Il résulte des considérations émises lors de l'examen du deuxième moyen que le rapport de la commission médicale est suffisamment motivé et fait, par conséquent, apparaître des explications claires, suffisantes et cohérentes quant à l'absence de cause à effet entre la chute du requérant lors du match de tennis du 5 mars 2006 et la survenance des lésions cérébelleuses.

113 Enfin, le devoir de sollicitude et le principe de bonne administration ne permettent pas d'imposer à une institution de ne pas respecter la réglementation en matière médicale et de qualifier d'accidents des événements qui ne peuvent recevoir une telle qualification, au sens de cette réglementation (voir, arrêt du 26 février 2003, Latino/Commission, précité, point 91).

114 S'agissant de l'argument du requérant tiré de ce que le Parlement aurait dû procéder à une enquête, le Parlement souligne à juste titre que, l'article 16, paragraphe 3, de la réglementation de couverture ne lui faisait pas obligation de procéder à une enquête. De plus, pour le même motif que celui exposé au point 112 ci-dessus, le requérant ne saurait critiquer le Parlement de ne pas avoir procédé à une enquête. Du reste, à aucun moment, le requérant n'a demandé ni fourni d'éléments qui auraient pu conduire le Parlement à ouvrir une enquête sur les circonstances de l'événement du 5 mars 2006.

115 Il résulte de ce qui précède que le troisième moyen doit également être rejeté.

2. *Sur les conclusions indemnitaires*

116 Le requérant demande à ce que le Parlement soit condamné à la réparation des préjudices moral, fixé provisoirement ex aequo et bono à 50 000 euros, et matériel, évalué provisoirement à 25 000 euros, subis. Il soutient que le préjudice moral consisterait dans la façon peu diligente, voire indigente, avec laquelle l'AIPN aurait traité son dossier et l'absence manifeste de sollicitude qu'elle lui aurait témoignée. Le préjudice matériel résulterait, quant à lui, de la mauvaise administration manifeste et durable qui entache la décision attaquée, obligeant le requérant à recourir à la commission médicale et à un avocat.

117 Selon une jurisprudence constante, les conclusions tendant à la réparation d'un préjudice doivent être rejetées dans la mesure où elles présentent un lien étroit avec les conclusions en annulation qui ont elles-mêmes été rejetées comme non fondées (arrêt du Tribunal de première instance du 16 juillet 1992, Della Pietra/Commission, T-1/91, point 34 ; arrêt du Tribunal du 23 novembre 2010, Wenig/Commission, F-75/09, point 71).

118 En l'espèce, les conclusions en annulation ont été rejetées comme non fondées. Dans la mesure où l'examen des conclusions en annulation n'a révélé aucune illégalité de nature à engager la responsabilité de l'institution, il y a lieu de rejeter les conclusions en indemnité.

119 Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que le recours doit être rejeté dans son intégralité.

Sur les dépens

120 Aux termes de l'article 87, paragraphe 1, du règlement de procédure, sous réserve des autres dispositions du chapitre huitième du titre deuxième dudit règlement, toute partie qui succombe est condamnée aux dépens, s'il est conclu en ce sens. En vertu du paragraphe 2 du même article, le Tribunal peut décider, lorsque l'équité l'exige, qu'une partie qui succombe n'est condamnée que partiellement aux dépens, voire qu'elle ne doit pas être condamnée à ce titre.

121 Il résulte des motifs énoncés ci-dessus que le requérant a succombé en son recours. En outre, le Parlement a, dans ses conclusions, expressément demandé que le requérant soit condamné aux dépens. Les circonstances de l'espèce ne justifiant pas l'application des dispositions de l'article 87, paragraphe 2, du règlement de procédure, il y a lieu de condamner le requérant aux dépens exposés par le Parlement.

Par ces motifs,

LE TRIBUNAL DE LA FONCTION PUBLIQUE (troisième chambre)

déclare et arrête :

1) Le recours est rejeté.

2) AM supporte l'ensemble des dépens.

Van Raepenbusch Barents Bradley

Ainsi prononcé en audience publique à Luxembourg, le 29 février 2012.

Le greffier
W. Hakenberg

Le président
S. Van Raepenbusch