Recueil de la jurisprudence

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

15 décembre 2015 *

« Fonction publique — Ancien fonctionnaire — Sécurité sociale — Prise en charge des frais médicaux — Gestion du dossier médical par la Commission — Principe de bonne administration et devoir de sollicitude — Responsabilité extracontractuelle de l'Union »

Dans l'affaire F-141/14,

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

Christian Guittet, ancien fonctionnaire de la Commission européenne, demeurant à Cannes (France), représenté par M[es] L. Levi et A. Tymen, avocats,

partie requérante,

contre

Commission européenne, représentée initialement par MM. J. Currall et T. S. Bohr, en qualité d'agents, assistés de M[e] C. Mélotte, avocat, puis par M. T. S. Bohr, en qualité d'agent, assisté de M[e] C. Mélotte, avocat,

partie défenderesse,

LE TRIBUNAL DE LA FONCTION PUBLIQUE (troisième chambre),

composé de MM. S. Van Raepenbusch (rapporteur), président, H. Kreppel et J. Svenningsen, juges,

greffier : M[me] W. Hakenberg,

vu la procédure écrite,

vu la décision prise, avec l'accord des parties, de statuer sans audience en application de l'article 59, paragraphe 2, du règlement de procédure,

rend le présent

* Langue de procédure : le français.

Arrêt

1 Par requête parvenue au greffe du Tribunal le 24 décembre 2014, M. Guittet demande, en substance, au Tribunal de condamner la Commission européenne à l'indemniser des préjudices matériel et moral qu'il aurait subis en raison, pour l'essentiel, d'un manquement continu au devoir de sollicitude et au principe de bonne administration que celle-ci aurait commis dans la gestion de son dossier médical et de ses remboursements de frais médicaux, ainsi que de ceux de feu son épouse, depuis son accident survenu le 8 décembre 2003.

Cadre juridique

1. *Dispositions statutaires*

2 L'article 72 du statut des fonctionnaires de l'Union européenne dans sa version applicable au litige (ci-après le « statut ») dispose, en son paragraphe 1, premier alinéa :

« Dans la limite de 80 % des frais exposés […] le fonctionnaire, son conjoint, lorsque celui-ci ne peut pas bénéficier de prestations de même nature et de même niveau […], sont couverts contre les risques de maladie. Ce taux est relevé à 85 % pour les prestations suivantes : consultations et visites, interventions chirurgicales, hospitalisation, produits pharmaceutiques, radiologie, analyses, examen de laboratoire et prothèses sur prescription médicale à l'exception des prothèses dentaires. Il est porté à 100 % en cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres maladies reconnues de gravité comparable […], ainsi que pour les examens de dépistage et en cas d'accouchement. Toutefois, les remboursements prévus à 100 % ne s'appliquent pas en cas de maladie professionnelle ou d'accident ayant entraîné l'application de l'article 73 du statut. »

3 En vertu de l'article 73, paragraphes 1 et 2, du statut :

« 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.

[…] »

4 En vertu de l'article 78 du statut, « le fonctionnaire a droit à une allocation d'invalidité lorsqu'il est atteint d'une invalidité permanente considérée comme totale et le mettant dans l'impossibilité d'exercer des fonctions correspondant à un emploi de son groupe de fonctions ».

2. *Règlementation de couverture prise en application de l'article 73 du statut*

5 Le 1er janvier 2006 est entrée en vigueur la réglementation commune aux institutions des Communautés européennes relative à la couverture des risques d'accident et de maladie professionnelle (ci-après la « réglementation de couverture » ou la « nouvelle réglementation de couverture ») prévue à l'article 73, paragraphe 1, du statut, laquelle a succédé à la précédente réglementation commune de couverture modifiée en dernier lieu le 18 juillet 1997 (ci-après l'« ancienne réglementation de couverture »).

6 L'article 11 de la réglementation de couverture, intitulé « Invalidité permanente », est rédigé comme suit :

« 1. L'invalidité permanente totale ou partielle est mesurée par l'atteinte à l'intégrité physique et psychique […] telle que fixée par le barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique, figurant en annexe A.

Les modalités pratiques d'utilisation du barème figurant en annexe B sont d'application.

[…]

2. En cas d'invalidité permanente totale de l'assuré résultant d'un accident ou d'une maladie professionnelle, l'atteinte à l'intégrité physico-psychique est de 100 % et le capital prévu à l'article 73, paragraphe 2, [sous] b), du statut lui est versé.

3. En cas d'invalidité permanente partielle de l'assuré résultant d'un accident ou d'une maladie professionnelle, le capital prévu à l'article 73, paragraphe 2, [sous] c), du statut et déterminé en fonction des taux prévus au barème […] lui est versé.

4. La lésion de membres ou organes déjà infirmes n'est indemnisée que par différence entre l'état avant et après l'accident.

[…]

6. L'indemnité totale résultant de plusieurs invalidités provenant du même accident s'obtient par addition, sans pouvoir dépasser ni le capital intégral assuré pour l'invalidité permanente totale, ni la somme partielle assurée pour la perte totale ou la perte complète de l'usage du membre ou de l'organe blessé. »

7 L'ancienne réglementation de couverture prévoyait en son article 12 :

« 1. En cas d'invalidité permanente totale du fonctionnaire résultant d'un accident ou d'une maladie professionnelle, le capital prévu à l'article 73, paragraphe 2, [sous] b), du statut lui est versé.

2. En cas d'invalidité permanente partielle du fonctionnaire résultant d'un accident ou d'une maladie professionnelle, le capital déterminé en fonction des taux prévus au barème d'invalidité figurant en annexe lui est versé. »

8 L'article 18 de la réglementation de couverture prévoit que les décisions relatives à la reconnaissance de l'origine accidentelle d'un événement ou 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 (ci-après l'« AIPN ») 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 par ladite réglementation.

Faits à l'origine du litige

9 Le requérant a été victime d'un grave accident le 8 décembre 2003. Cet accident a eu pour conséquence sa mise en invalidité, sur le fondement de l'article 78 du statut, à compter du 1er juillet 2005.

10 Parallèlement, à la suite de la déclaration d'accident introduite par l'épouse du requérant, la Commission a ouvert une procédure sur le fondement de l'article 73 du statut.

11 Dans le cadre de la procédure ouverte au titre de l'article 73 du statut, le requérant a, dans un premier temps, bénéficié, suite à une décision de la Commission du 8 août 2005, du versement d'une indemnité provisionnelle, correspondant à la fraction non litigieuse du taux d'invalidité permanente, d'un montant de 381 812,22 euros (ci-après l'« indemnité provisionnelle »). Le requérant a reçu le paiement de l'indemnité provisionnelle le 17 novembre 2005.

12 Dans un second temps, par un projet de décision du 7 novembre 2006, l'AIPN a, sur le fondement du rapport du médecin désigné par l'institution, octroyé au requérant un capital de 606 126,90 euros, correspondant à une atteinte à l'intégrité physique et psychique (ci-après l'« AIPP ») de 63,5 %, capital pour le solde duquel il convenait de déduire le montant de l'indemnité provisionnelle, soit 381 812,22 euros. En fin d'année 2006, le requérant a ainsi perçu un versement de 224 314,68 euros, en complément de l'indemnité provisionnelle.

13 En désaccord avec le projet de décision du 7 novembre 2006, le requérant a demandé la saisine de la commission médicale.

14 La commission médicale a tenu deux séances, les 3 janvier et 13 octobre 2008, à la suite desquelles un rapport a été établi en date du 12 novembre 2008, lequel a été communiqué à l'AIPN le 9 juin 2009.

15 Au vu du rapport de la commission médicale, l'AIPN, par décision du 27 juillet 2009, a finalement reconnu au requérant un taux d'AIPP atteignant au total 64,5 % et lui a indiqué que le solde du capital lui étant dû, s'élevant à 9 543,31 euros et correspondant à un taux d'AIPP de 1 %, lui serait versé (ci-après la « décision du 27 juillet 2009 »). La somme en cause a été versée au requérant le 9 novembre 2009.

16 Le 23 octobre 2009, le requérant a introduit une réclamation, au titre de l'article 90, paragraphe 2, du statut, contre la décision du 27 juillet 2009. Cette réclamation a été rejetée par décision de l'AIPN du 15 février 2010.

17 Par arrêt du 13 juin 2012, Guittet/Commission (F-31/10, EU:F:2012:80, ci-après l'« arrêt Guittet »), le Tribunal a annulé la décision du 27 juillet 2009 clôturant la procédure ouverte au titre de l'article 73 du statut à la suite de l'accident du requérant du 8 décembre 2003 au motif, en substance, que le taux d'AIPP fixé par cette décision aurait dû être calculé en fonction du barème d'évaluation des AIPP annexé à l'ancienne réglementation de couverture et non pas, comme il avait été procédé, en fonction du barème annexé à la nouvelle réglementation de couverture (arrêt Guittet, points 61 à 69). Par ce même arrêt, le Tribunal, statuant sur la demande du requérant en paiement d'intérêts de retard sur le capital dû au titre de l'article 73 du statut, a jugé que la décision du 27 juillet 2009 n'avait pas été

adoptée dans un délai déraisonnable (arrêt Guittet, point 93). Toutefois, et après avoir constaté que, par l'effet de son arrêt d'annulation, le requérant se trouvait de nouveau en position d'attente quant au règlement définitif de la procédure ouverte au titre de l'article 73 du statut, le Tribunal a estimé qu'un tel prolongement de la situation d'attente et d'incertitude, provoqué par l'illégalité de la décision du 27 juillet 2009, constituait un préjudice moral et a condamné la Commission à verser au requérant en réparation d'un tel préjudice la somme de 2 500 euros (arrêt Guittet, points 111 et 113).

18 Estimant que de nombreux dysfonctionnements étaient intervenus dans la gestion de son dossier médical et le traitement de ses remboursements de frais médicaux depuis son accident du 8 décembre 2003, le requérant a introduit, le 15 novembre 2013, une demande en réparation des préjudices matériel et moral qu'il estimait avoir subis depuis lors (ci-après la « demande indemnitaire »). Dans sa demande indemnitaire, le requérant estimait ainsi que les services concernés n'avaient eu de cesse d'« accumuler les erreurs et les retards dans les remboursements, de manquer à leur devoir de sollicitude dans la gestion de cette situation particulièrement douloureuse et de violer les droits du demandeur à une bonne administration, à la sollicitude et à la protection de ses données personnelles ».

19 Par sa demande indemnitaire, le requérant entendait ainsi engager la responsabilité de la Commission pour faute de service, laquelle aurait été constituée par l'« accumulation » d'un ensemble d'« anomalies » et de « dysfonctionnements » qui auraient découlé « principalement de retards dans les paiements, la mise en place et les travaux de la commission médicale, d'erreurs dans les décomptes et de refus injustifiés de faire droit à ses demandes ». Le requérant estimait avoir subi un préjudice moral en raison de l'état d'incertitude et d'insécurité dans lequel il se serait retrouvé en raison du comportement fautif de l'administration. Il demandait également réparation du préjudice matériel qu'il aurait subi en raison d'un tel comportement et causé en particulier, d'une part, par le retard intervenu dans le paiement de l'indemnité provisionnelle, lequel retard l'aurait obligé à contracter un prêt et à supporter de nombreux frais, et, d'autre part, par les nombreuses réclamations et demandes qu'il aurait été contraint d'introduire pour faire valoir ses droits et obtenir le remboursement de ses frais médicaux, ce qui aurait généré des frais d'avocat importants.

20 La demande indemnitaire a été rejetée par décision de la Commission du 24 février 2014 (ci-après la « décision de rejet de la demande indemnitaire »), contre laquelle le requérant a introduit une réclamation le 23 mai 2014. Le 17 juin 2014, le requérant a fait parvenir à la Commission un courrier intitulé « Explications et documents complémentaires à la réclamation ».

21 La réclamation a été rejetée par décision de l'AIPN du 23 septembre 2014 (ci-après la « décision de rejet de la réclamation »).

Conclusions des parties et procédure

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

— condamner la Commission à l'indemniser de son préjudice matériel et moral ;

— en tant que de besoin, annuler la décision de rejet de la demande indemnitaire ;

— en tant que de besoin, annuler la décision de rejet de la réclamation ;

— condamner la Commission aux dépens.

23 La Commission conclut à ce qu'il plaise au Tribunal :

— rejeter le recours ;

— condamner le requérant aux dépens.

24 Le 16 juillet 2015 puis le 4 septembre suivant, le requérant a fait parvenir de nouvelles preuves au greffe du Tribunal, sur le fondement de l'article 57 du règlement de procédure. Ces preuves portaient sur des décomptes de remboursement établis en 2015. Elles ont été communiquées pour observations à la Commission, laquelle a présenté ses observations les 14 et 25 septembre 2015.

25 Un second échange de mémoires ayant eu lieu, le Tribunal a estimé que la tenue d'une audience n'était pas nécessaire et a invité les parties à faire valoir leurs observations sur sa proposition de statuer sans audience, conformément à l'article 59, paragraphe 2, du règlement de procédure. Le requérant et la Commission ont fait connaître leur accord respectivement le 2 octobre et le 28 septembre 2015. En conséquence, le Tribunal, sur le fondement dudit article, a décidé de statuer sans audience dans la présente affaire.

En droit

1. *Observations préliminaires*

26 Il y a lieu de rappeler que la décision d'une institution portant rejet d'une demande en indemnité fait partie intégrante de la procédure administrative qui précède un recours en responsabilité formé devant le Tribunal et que, par conséquent, les conclusions tendant à l'annulation d'une telle décision ne peuvent être appréciées de manière autonome par rapport aux conclusions en indemnité. En effet, l'acte contenant la prise de position de l'institution pendant la phase précontentieuse a uniquement pour effet de permettre à la partie qui aurait subi un préjudice de saisir le Tribunal d'une demande en indemnité (voir, en ce sens, arrêts du 28 avril 2009, Verheyden/Commission, F-72/06, EU:F:2009:40, point 30, et du 18 septembre 2014, Radelet/Commission, F-7/13, EU:F:2014:217, point 57).

27 Dès lors, le recours doit être analysé comme ayant pour seul objet la réparation des préjudices que le requérant prétend avoir subis en raison du comportement supposé fautif de la Commission

2. *Sur les conclusions indemnitaires*

Arguments des parties

28 Le requérant soutient que l'accumulation des dysfonctionnements intervenus dans la gestion de son dossier médical et de ses demandes de remboursement introduites pour lui ou pour son épouse, depuis son accident survenu le 8 décembre 2003, constitue une « faute de service » dont le « caractère continu » révèle une violation du devoir de sollicitude, du principe de bonne administration ainsi que du droit fondamental à la protection de ses données personnelles et participe finalement d'une forme de harcèlement à son égard susceptible d'engager la responsabilité extracontractuelle de la Commission.

29 Le requérant fait valoir que sa demande indemnitaire ne vise pas à la réparation de chaque « anomalie » apparue dans son parcours médical, prise isolément, chaque anomalie ayant au demeurant fini le plus souvent par être « réparée », mais bien la réparation d'un comportement continu, pris dans son ensemble, dont les illustrations figurant dans sa requête ne sont données qu'à titre d'exemple, de manière chronologique, pour justifier de la continuité du comportement fautif dénoncé.

30 Selon le requérant, le présent recours visant à l'indemnisation d'un comportement global, qui, par lui-même, constituerait une faute de service, la circonstance que telle ou telle faute aurait déjà été évoquée, de façon isolée, par le passé, dans le cadre de précédentes demandes indemnitaires adressées

à la Commission ou que tels éléments factuels aient déjà été contestés dans de précédentes réclamations contre des décisions de rejet de demandes indemnitaires ne saurait ainsi faire obstacle à la recevabilité du présent recours. À cet égard, faute de précisions de la part de la Commission quant à l'identité alléguée par celle-ci entre les présentes conclusions indemnitaires et les réclamations et demandes antérieures, l'exception d'irrecevabilité qu'elle soulève ne saurait en tout état de cause être accueillie.

31 Afin d'illustrer la continuité du comportement fautif allégué, le requérant se prévaut en particulier d'une série d'erreurs et de dysfonctionnements qui auraient émaillé le traitement de son dossier médical depuis la fin de l'année 2003, ainsi que celui de son épouse, et qui auraient concerné ce qui suit : le remboursement de piles destinées à son appareil auditif en 2004 ; le retard pris dans le versement de l'indemnité provisionnelle ; le remboursement de frais médicaux exposés dans le cadre de la procédure ouverte au titre de l'article 73 du statut entre septembre et décembre 2005, ainsi que les frais exposés, dans le cadre de cette même procédure, lors d'un examen médical passé le 13 juin 2006 ; le remboursement des frais d'une intervention chirurgicale subie par sa femme pour le traitement de sa myopie en décembre 2009 ; les décomptes de remboursement établis par le régime commun d'assurance maladie des Communautés européennes entre février 2009 et mai 2010 sous les numéros 548, 553, 556, 558, 564, 568 et 571 ; la gestion du dossier de reconnaissance de maladie grave de la pathologie de feu son épouse ; la demande de remboursement du 30 juin 2012 concernant certains frais médicaux exposés par celle-ci ; le remboursement des frais d'orthophonie, d'achat de piles et de transport exposés par le requérant lors du changement de sa prothèse auditive en 2011 ; la divulgation de données personnelles et la non-préservation de son anonymat ; le refus opposé à sa demande d'assistance introduite au titre de l'article 24 du statut le 24 août 2011 ; le retard pris dans le traitement de sa demande de reconnaissance de maladie grave du 15 mars 2013 ; une série de huit décomptes de remboursement de frais médicaux établis par le régime commun d'assurance maladie de l'Union européenne entre février et avril 2014 et une série de quatre décomptes de remboursement établis entre septembre et novembre 2014, soit après l'introduction de sa réclamation.

32 En outre, dans sa réplique, le requérant fait état d'erreurs qui seraient intervenues dans certains décomptes de remboursement établis en 2015 afin d'illustrer le caractère permanent et continu de la faute de service commise par la Commission, décomptes de remboursement dont il s'est une seconde fois prévalu dans le cadre de la production de nouvelles preuves devant le Tribunal les 16 juillet et 4 septembre 2015. Toujours pour illustrer le caractère permanent et continu de la faute de service de la Commission, le requérant relève à l'intention du Tribunal que l'exécution de l'arrêt Guittet est toujours en cours, une première décision de l'AIPN, prise à la suite de la réunion d'une nouvelle commission médicale, ayant été retirée par l'AIPN après réclamation du requérant, et la commission médicale étant à nouveau convoquée.

33 Le requérant soutient ainsi que « les multiples et incessantes erreurs commises par l'administration », lesquelles auraient été quasiment « systématiques », l'ont contraint à introduire de nombreuses réclamations et demandes afin de faire valoir ses droits, ainsi qu'à saisir le Médiateur européen. Le taux d'erreur dans les décomptes de remboursement aurait même atteint 25 % à certaines périodes, notamment entre février 2009 et mai 2010 et depuis 2014.

34 Un tel dysfonctionnement continu constituerait assurément une faute de service pour violation du principe de bonne administration et du devoir de sollicitude et aurait causé au requérant, qui s'estime « victime de maltraitance sur personne vulnérable », des « tourments permanents » ainsi que généré un sentiment d'injustice, constitutifs d'un préjudice moral d'autant plus élevé que le requérant se trouvait alors dans un état de grande vulnérabilité, en raison de son état de santé, préjudice que celui-ci évalue à la somme de 100 000 euros.

35 En outre, le retard pris dans le versement de l'indemnité provisionnelle, lequel l'aurait contraint à contracter un prêt bancaire et à exposer de nombreux frais, l'obligation, pour faire valoir ses droits, d'introduire de nombreuses réclamations et demandes qui auraient généré des frais d'avocat, ainsi que

les rejets pour tardiveté de ses demandes de remboursement, alors qu'une telle tardiveté n'aurait été que la conséquence du retard pris pour corriger les innombrables erreurs de l'administration à son égard, auraient également causé au requérant un préjudice matériel que celui-ci évalue à la somme de 10 000 euros.

36 La Commission conclut au rejet des prétentions du requérant, estimant, en substance, que les conclusions indemnitaires sont irrecevables. Elle fait valoir que les chefs de contestation soulevés dans la requête ont déjà fait l'objet de demandes et de réclamations devant l'administration ayant donné lieu à des décisions, lesquelles seraient devenues définitives. Dans ces conditions, le requérant ne saurait rouvrir les délais de recours à l'encontre desdites décisions en introduisant un recours indemnitaire. La requête est donc manifestement irrecevable pour méconnaissance des articles 90 et 91 du statut. Au demeurant, le requérant n'établirait pas que les faits reprochés à la Commission constitueraient, pris dans leur ensemble, une faute de service distincte de ces mêmes faits, chacun pris isolément.

37 Au surplus, le recours serait également irrecevable au motif que l'autorité de la chose jugée qui s'attache au dispositif et aux motifs qui en constituent le soutien nécessaire de l'arrêt Guittet s'opposerait à ce que le Tribunal puisse connaître des chefs de préjudice avancés dans le présent recours qui reposeraient sur les mêmes causes juridiques que les chefs de préjudice déjà invoqués dans l'affaire ayant donné lieu à l'arrêt Guittet.

38 Ensuite, et en tout état de cause, la Commission fait valoir qu'aucune faute n'a été commise dans le traitement du dossier médical du requérant depuis son accident. Elle estime n'avoir fait que respecter la réglementation applicable dans le traitement des demandes de remboursement du requérant et avoir agi à son égard comme elle aurait agi à l'égard de n'importe quel autre fonctionnaire. Si certaines erreurs se sont effectivement produites, certaines corrections auraient toutefois dû être apportées en raison d'un manque d'information préalable. Rapportées au nombre de décomptes, soit environ 360, que le requérant aurait reçu en réponse à ses demandes de remboursement, et à la durée de la période concernée, soit près de 11 années, et eu égard à la complexité de son dossier, de telles erreurs, lesquelles n'auraient été explicitement invoquées par le requérant que pour 15 décomptes, ne sauraient être qualifiées, ainsi que le soutient celui-ci, de « systématiques » ni avoir atteint un taux de 25 % sur certaines périodes, lequel s'établirait plutôt autour de 4 %. Enfin, la circonstance, qui relève de l'initiative personnelle du requérant et que la Commission ne saurait empêcher, que celui-ci ait privilégié la voie précontentieuse en introduisant des réclamations pour obtenir les remboursements auxquels il entendait prétendre ne saurait, par elle-même, révéler un dysfonctionnement global dans le traitement de ses demandes, alors qu'il lui aurait suffi d'envoyer au service compétent les documents requis pour obtenir, dans le respect de la réglementation applicable, ce à quoi il avait droit.

39 Par ailleurs, les préjudices dont le requérant entend obtenir réclamation ne seraient pas établis, faute de précisions suffisantes. En tout état de cause, s'agissant du préjudice moral pour mauvaise administration, les erreurs ayant été rectifiées, le dommage aurait été réparé. D'ailleurs, le requérant reconnaîtrait que tous ses frais médicaux auraient été remboursés et qu'il ne subirait donc aucun dommage. Pour ce qui concerne le préjudice matériel qui aurait été causé par le retard de paiement de l'indemnité provisionnelle, le Tribunal ayant déjà jugé qu'aucun retard dans la procédure ouverte au titre de l'article 73 du statut n'avait été constaté, aucune faute ne saurait, à cet égard, être reprochée à la Commission. S'agissant des frais d'avocat liés aux réclamations précontentieuses, de tels frais, en l'absence de circonstances exceptionnelles, ne sauraient être remboursés au requérant. Enfin, pour ce qui est des refus de remboursement pour tardiveté, le requérant n'apporte aucune précision quant au montant desdits remboursements ni aucune pièce au soutien d'un tel chef de préjudice, de sorte que celui-ci ne saurait être regardé comme réel et certain.

Appréciation du Tribunal

Sur l'objet et l'étendue du litige

40 En l'espèce, pour établir la responsabilité de la Commission dans le traitement de son dossier médical depuis son accident du 8 décembre 2003 et dans le traitement de celui de feu son épouse, le requérant se prévaut d'un certain nombres d'actes et de comportements, tels qu'énumérés au point 31 du présent arrêt, lesquels auraient révélé la mauvaise administration et le manque de sollicitude manifestés par les services de la Commission à son égard. Celle-ci aurait en outre attenté à son droit à la protection de ses données personnelles et l'aurait contraint, pour faire valoir ses droits et obliger l'administration à rectifier ses erreurs et omissions, dont le caractère répétitif se serait « apparent[é] à une forme de harcèlement » dirigé contre lui, à introduire un grand nombre de demandes et de réclamations et lui aurait ainsi causé un important préjudice, tant matériel que moral.

41 Le requérant demande donc, en substance, la réparation d'un préjudice qui trouve sa cause tant dans des décisions que dans des fautes de service prétendument commises par la Commission, lesquelles doivent être « prises dans leur ensemble ». Le Tribunal constate ainsi que le requérant ne cherche pas à obtenir, par ses conclusions en indemnité, la réparation des seuls effets des décisions dont il se prévaut dans sa requête, qui sont, pour l'essentiel, une série de décomptes de remboursement, mais également la réparation d'un préjudice causé par un ensemble d'actes et de comportements de la Commission qui doivent faire l'objet d'une appréciation globale, dont la légalité et les effets ne peuvent être perçus que dans leur ensemble (voir, en ce sens, et par analogie, arrêt du 1er février 2007, Tsarnavas/Commission, F-125/05, EU:F:2007:18, point 81).

42 Si l'appréciation du préjudice allégué ne saurait ainsi se faire que de façon globale, le requérant ne peut toutefois soutenir que les « erreurs », les « retards » ou les « anomalies » dont il se prévaut dans sa requête ne seraient donnés qu'à titre d'exemple, comme de simples illustrations de la même faute, et ne sauraient donc « viser à l'exhaustivité » pour apprécier la réalité ou l'étendue de ladite faute. Le préjudice dont il entend obtenir réparation dans sa demande indemnitaire ne trouve, en effet, sa cause que dans les seuls « erreurs », « retards » et « anomalies » qui auraient entaché les décomptes de remboursement émis lors de la période couverte par ladite demande indemnitaire ou révélé un comportement fautif lors de ladite période.

43 À cet égard, la circonstance que d'autres faits de nature similaire aux faits dénoncés dans la demande indemnitaire auraient entaché, après l'introduction de ladite demande, des décisions ultérieures de nature similaire à celles contestées dans cette demande, soit de nouveaux décomptes de remboursement, et révélé un comportement fautif comparable à celui dénoncé dans cette même demande, à savoir un manquement au principe de bonne administration et au devoir de sollicitude, ne saurait entrer en ligne de compte dans le présent litige indemnitaire. En effet, de tels décomptes n'ont été pris ni en réponse aux demandes de remboursement visées dans la demande indemnitaire, ni en conséquence des décomptes visés dans cette même demande, de sorte qu'ils ne sont pas directement liés à ladite demande. Ils ne sauraient donc être à l'origine du préjudice que, dans sa demande indemnitaire, le requérant prétend avoir subi, ni a fortiori être retenus pour apprécier l'étendue ou la réalité du dommage allégué (voir, a contrario, arrêt du 1er juillet 1976, Sergy/Commission, 58/75, EU:C:1976:102, points 30 à 36).

44 Dans ces conditions, pour apprécier l'engagement de la responsabilité éventuelle de la Commission à l'égard du requérant, le Tribunal ne saurait tenir compte que des seuls faits repris au soutien des conclusions indemnitaires dans la requête et évoqués dans la demande indemnitaire, laquelle a précisément pour objet de lier le contentieux.

45 Il convient encore d'ajouter que les décomptes établis entre février et avril 2014 dont le requérant se prévaut dans sa requête ont été contestés pour la première fois dans un courrier du 17 juin 2014 et n'ont pas été, en raison de leurs dates, contestés dans la demande indemnitaire, de sorte que le contentieux ne saurait être lié sur ce point et que de tels décomptes ne sauraient être pris en compte pour apprécier l'engagement de la responsabilité de la Commission dans le cadre du présent litige. Il en va de même des décomptes de remboursement établis entre septembre et novembre 2014, lesquels n'ont même pas été évoqués au stade précontentieux.

46 Enfin, si le requérant a également entendu se prévaloir d'erreurs intervenues dans certains décomptes de remboursement en 2015, ainsi qu'il a été indiqué au point 32 du présent arrêt, et à supposer qu'il ait également entendu se prévaloir du retard allégué dans l'exécution de l'arrêt Guittet au soutien de ses présentes conclusions indemnitaires, il suffit de constater que de telles erreurs et un tel comportement supposés fautifs n'ont été évoqués pour la première fois qu'au stade contentieux, au demeurant dans le mémoire en réplique, puis à l'occasion de la présentation de nouvelles preuves les 16 juillet et 4 septembre 2015, de sorte qu'il ne saurait pas davantage, en tout état de cause, en être tenu compte dans le cadre du présent litige.

47 Au regard de tout ce qui précède, il doit être conclu que le requérant entend engager la responsabilité de la Commission pour un ensemble d'actes et de comportements que celle-ci aurait commis et eus à son égard dans la gestion de son dossier médical, et à l'égard de son épouse, entre son accident, survenu le 8 décembre 2003, et l'introduction de la demande indemnitaire, le 15 novembre 2013, soit sur une période de près de dix années (ci-après la « période litigieuse »).

Sur le bien-fondé des conclusions indemnitaires

48 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 les fins de non-recevoir soulevées par la partie défenderesse ni examiner la recevabilité dudit recours (voir, en ce sens, arrêts du 26 février 2002, Conseil/Boehringer, C-23/00 P, EU:C:2002:118, points 51 et 52, et du 18 septembre 2014, CV/CESE, F-54/13, EU:F:2014:216, point 38)

49 Dans les circonstances de l'espèce et dans un souci d'économie de la procédure, une bonne administration de la justice justifie qu'il soit statué au fond sur les conclusions indemnitaires, sans qu'il soit besoin de statuer sur leur recevabilité, le recours étant, en tout état de cause et pour les motifs exposés ci-après, dépourvu de fondement (voir, en ce sens, arrêt du 30 juin 2015, Petsch/Commission, F-124/14, EU:F:2015:69, point 20).

50 À titre liminaire, il convient de rappeler que l'engagement de la responsabilité extracontractuelle de l'Union est subordonné à la réunion d'un ensemble de trois conditions, à savoir l'illégalité du comportement reproché aux institutions, la réalité du préjudice et l'existence d'un lien de causalité entre l'illégalité reprochée et le préjudice invoqué. Ces trois conditions sont cumulatives, de sorte que l'absence de l'une d'entre elles suffit pour rejeter un recours indemnitaire (arrêts du 21 février 2008, Commission/Girardot, C-348/06 P, EU:C:2008:107, point 52, et la jurisprudence citée, et du 19 mai 2015, Brune/Commission, F-59/14, EU:F:2015:50, point 71).

51 Par ailleurs, l'article 41, paragraphe 1, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, relatif au « [d]roit à une bonne administration », dispose que « [t]oute personne a le droit de voir ses affaires traitées impartialement, équitablement et dans un délai raisonnable par les institutions, organes et organismes de l'Union ».

52 À cet égard, et selon une jurisprudence constante, le principe de bonne administration et le devoir de sollicitude de l'administration à l'égard de ses agents, qui reflète l'équilibre des droits et des obligations réciproques que le statut a créé dans les relations entre l'autorité publique et les agents du service public, se rejoignent pour imposer à l'administration, lorsqu'elle statue à propos de la situation d'un fonctionnaire, de tenir compte non seulement de l'intérêt du service, mais aussi de celui du fonctionnaire concerné (arrêts du 28 mai 1980, Kuhner/Commission, 33/79 et 75/79, EU:C:1980:139, point 22, et du 18 mai 2015, Bischoff/Commission, F-36/14, EU:F:2015:48, point 53).

53 Enfin, l'article 12 bis, paragraphe 3, du statut prévoit que, « [p]ar harcèlement moral, on entend toute conduite abusive se manifestant de façon durable, répétitive ou systématique par des comportements, des paroles, des actes, des gestes et des écrits qui sont intentionnels et qui portent atteinte à la personnalité, la dignité ou l'intégrité physique ou psychique d'une personne ». Selon la jurisprudence, cette disposition requiert que les comportements, paroles, actes, gestes ou écrits visés présentent un caractère volontaire, sans exiger, en revanche, qu'ils aient été commis avec l'intention de porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne (voir, en ce sens, arrêt du 9 mars 2010, N/Parlement, F-26/09, EU:F:2010:17, point 72).

54 C'est à la lumière des considérations qui précèdent que doivent être examinés les différents griefs soulevés par le requérant pour obtenir la réparation des préjudices moral et matériel allégués.

– Sur les conclusions indemnitaires tendant à la réparation du préjudice moral

55 Ainsi qu'il a été rappelé au point 31 du présent arrêt, le requérant se prévaut, pour obtenir la réparation de son préjudice moral, d'une série d'erreurs, de négligences ou de retards qui auraient entaché, au total, une quinzaine de demandes de remboursement présentées sur la période litigieuse.

56 Au regard du nombre de demandes de remboursement introduites sur la période litigieuse, lesquelles ont généré, au titre de cette même période, environ 350 décomptes, il convient d'emblée d'observer que le requérant ne saurait sérieusement soutenir avoir fait l'objet, tout au long de ladite période, soit pendant près de dix années, d'une « forme de harcèlement continu » de la part des services de la Commission, au motif que celle-ci aurait commis à son égard des erreurs « systématiques », révélatrices d'un manquement au principe de bonne administration, le contraignant sans cesse à introduire des réclamations pour faire valoir ses droits, ainsi que d'une violation de son devoir de sollicitude à son égard, ou encore d'une situation de « maltraitance envers une personne vulnérable ». Les erreurs effectivement commises ont d'ailleurs été rectifiées, sans que le requérant n'allègue que les corrections ainsi apportées n'auraient pas correspondu aux remboursements sollicités. Une telle conclusion s'imposerait également même dans l'hypothèse où il serait tenu compte des huit décomptes supplémentaires établis entre février et avril 2014, dont il n'est pas contesté qu'ils ont également tous été rectifiés, le requérant se bornant à soutenir que les rectifications intervenues sur lesdits décomptes révéleraient « implicitement que de nombreuses erreurs » auraient été commises sans apporter dans sa requête d'élément de nature à justifier, en tout état de cause, que de telles erreurs auraient été exclusivement le fait du service liquidateur, à savoir, en l'espèce, de l'Office « Gestion et liquidation des droits individuels » (PMO).

57 Dans ces conditions, le requérant ne saurait raisonnablement soutenir que les faits qu'il dénonce, pris dans leur ensemble et appréciés, ainsi qu'il entend le faire valoir, « dans une continuité de comportement », seraient constitutifs d'une faute de service de nature à engager la responsabilité de la Commission à son égard, alors qu'une telle continuité de comportement n'est pas même établie. À cet égard, si le requérant prétend que la Commission a eu un « taux de 25 % d'erreurs dans le traitement de [ses] demandes » qui serait « constitutif à lui seul d'une faute de service », il n'apporte aucun élément de nature à démontrer le bien-fondé de ce qu'il avance. À supposer même que le requérant ait entendu seulement soutenir que ce taux d'erreur aurait concerné la seule année 2009, il n'établit pas davantage une telle allégation.

58 En tout état de cause, l'ensemble des erreurs et retards allégués au soutien du recours ne paraissent pas, pris dans leur ensemble et appréciés au regard de la durée de la période litigieuse, d'une gravité suffisante pour ouvrir droit à réparation d'un préjudice moral pour avoir ressenti un « sentiment d'injustice » et enduré des « tourments permanents causés par les refus et rejets incessants du PMO ».

59 En effet, et en premier lieu, il ne ressort pas du dossier que les corrections effectuées sur les décomptes de remboursement erronés et les réponses apportées aux réclamations introduites par le requérant auraient été adoptées dans des conditions de nature vexatoire ou blessante ou attentatoire à la protection de ses données personnelles.

60 À cet égard, le requérant fait tout d'abord valoir, de manière générale, que la « multiplication des erreurs et des retards » intervenus « toujours en sa défaveur » sur la période litigieuse serait constitutive d'une « forme de harcèlement » et l'aurait conduit à introduire, le 24 août 2011, une demande d'assistance au titre de l'article 24 du statut. Il ne saurait toutefois soutenir que le refus de faire droit à sa demande d'assistance qui lui a alors été opposé participerait du manque de sollicitude continu dont il aurait été victime, puisqu'il n'apporte pas le moindre commencement de preuve susceptible de laisser même présumer que les erreurs et retards qu'il dénonce auraient été volontairement commis à son égard et auraient porté atteinte, par eux-mêmes, à sa dignité, à sa personnalité ou à son intégrité physique ou psychique. Au demeurant, le requérant, qui n'a pas contesté le refus de faire droit à sa demande d'assistance, n'a pas entendu, ainsi qu'il ressort de la requête elle-même, revenir sur la qualification juridique alors donnée par l'administration à de tels retards et erreurs.

61 Le requérant dénonce ensuite, et en substance, la partialité dont aurait fait preuve la Commission dans ses réponses à ses demandes et réclamations. Sur ce point, pour justifier de la pertinence de ses allégations, il se borne à soutenir que la Commission aurait été fautive pour ne pas avoir reconnu, dans ses réponses, avoir commis des erreurs, sans toutefois préciser de manière suffisante en quoi ces erreurs auraient consisté, ni établir, en tout état de cause, le caractère supposément erroné des refus de remboursement contestés. Au demeurant, la circonstance que la Commission, alors qu'elle venait de procéder aux remboursements concernés, ait pu, à plusieurs reprises, répondre au requérant que sa réclamation était devenue sans objet ne saurait, de toute évidence, et contrairement à ce que le requérant soutient, révéler un manque de sollicitude ou de bonne administration, puisque la Commission ne pouvait apporter d'autre réponse que celle-là dès lors qu'elle venait précisément d'accorder les remboursements.

62 Le requérant invoque toutefois, en particulier, le manque de sollicitude et d'« humanité » dont aurait fait preuve le service compétent dans la gestion du dossier de reconnaissance de maladie grave de la pathologie de son épouse, en lui demandant de compléter sa demande de reconnaissance par un rapport « plus détaillé » que le dossier qu'il avait fourni à l'appui de sa demande et en lui demandant de préciser la date de début de la maladie alors qu'une telle information aurait figuré « clairement sur les documents communiqués à l'appui de sa demande ».

63 En tout état de cause, il ne ressort pas de la note du médecin-conseil, datée du 11 juillet 2011, produite par le requérant que ledit médecin ou toute autre personne du service en cause aurait manqué à son devoir de sollicitude à l'égard du requérant en se bornant à solliciter des informations complémentaires afin d'être en mesure d'instruire correctement la demande du requérant. À supposer même que certaines informations demandées auraient déjà été en possession de l'administration, et nonobstant la situation douloureuse dans laquelle le requérant pouvait alors se trouver, un tel comportement, pouvant certes apparaître comme inutile et redondant, ne saurait pour autant être considéré comme vexatoire ou « dénué de toute humanité » à l'égard du requérant.

64 Certes, la circonstance d'avoir demandé au requérant, dans le cadre d'un remboursement de frais médicaux, la production de la déclaration de revenus de feu son épouse, alors que celle-ci venait de décéder, peut paraître particulièrement malvenue. Toutefois, elle ne saurait pour autant, comme telle, à défaut de toute autre circonstance, révéler une intention malveillante.

65 Le requérant estime, enfin, que la circonstance que le directeur du PMO a répondu à son courrier du 26 décembre 2009, alors que ce courrier, par lequel il entendait dénoncer des faits qu'il estimait illégaux dans la gestion de ses demandes de remboursement, avait été adressé au secrétaire général de la Commission, et la circonstance que ce même directeur a adressé une copie de sa réponse du 4 février 2010 aux fonctionnaires chargés de la gestion de ses demandes de remboursement ont porté atteinte à son anonymat et à la protection de ses données personnelles dès lors que les fonctionnaires en question ont ainsi eu connaissance des dysfonctionnements dont il faisait état. Toutefois, le requérant ne précise nullement en quoi de telles circonstances auraient été constitutives d'une faute, n'indiquant notamment pas la base juridique sur laquelle il se fonde pour se prévaloir des manquements qu'il dénonce.

66 En tout état de cause, il convient de constater, d'une part, que le courrier du requérant du 26 décembre 2009, à l'origine de la réponse susmentionnée du 4 février 2010, courrier présenté sur le fondement de l'article 22 bis du statut, lequel concerne le fonctionnaire « dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions », position que n'occupait pas le requérant pour avoir été placé en invalidité, ne saurait être regardé autrement que comme une nouvelle réclamation par laquelle celui-ci entendait, une nouvelle fois, dénoncer la manière dont son dossier médical avait été traité par les services du PMO, réclamation que le secrétaire général de la Commission pouvait valablement transférer pour traitement au directeur desdits services. D'autre part, la réponse apportée par le directeur du PMO, dans son courrier du 4 février 2010, aux prétendus « dysfonctionnements » signalés par le requérant ne fait état que de demandes de remboursement de frais médicaux du requérant à la suite de son accident du 8 décembre 2003, ne reprenant ainsi que des données personnelles du requérant qui étaient forcément connues par les gestionnaires de son dossier médical, chargés précisément d'instruire les demandes de remboursement de frais médicaux. Dans ces conditions, il ne saurait être reproché au directeur du PMO d'avoir adressé une copie de sa réponse du 4 février 2010 au courrier du requérant du 26 décembre 2009, lequel pouvait être, en substance, regardé comme une réclamation, au gestionnaire du dossier médical du requérant et au chef du secteur « Accidents » du PMO. En procédant ainsi, le directeur du PMO n'a méconnu ni l'anonymat du requérant, lequel ne s'imposait pas en l'espèce, ni porté atteinte à la protection de ses données personnelles.

67 En deuxième lieu, si le requérant se plaint, de manière générale, du retard pris dans la rectification des erreurs et dans l'instruction de ses demandes de remboursement, il n'apporte, cependant, aucun élément précis sur ce point. Il ne ressort d'ailleurs pas du dossier que les demandes en cause n'auraient pas fait l'objet de remboursements dans des délais raisonnables à la suite de la réception des justificatifs nécessaires à leur instruction. À cet égard, si le requérant prétend avoir toujours transmis les justificatifs appropriés à l'appui de ses demandes, ou avoir toujours correctement identifié les types de demandes de remboursement en fonction des frais dont il entendait obtenir le remboursement, il ne l'établit pas, de sorte qu'il ne saurait être exclu que les erreurs commises dans certains décomptes ne soient pas imputables au requérant lui-même.

68 Ainsi, si le requérant dénonce la « négligence » du PMO en août 2004 pour lui avoir demandé de fournir un justificatif de la pose d'un appareillage médical afin de procéder au remboursement des piles nécessaires à son fonctionnement, il n'établit pas, par les pièces qu'il verse au dossier, qu'il aurait, ainsi qu'il le soutient, informé le service de cette intervention médicale, intervenue au mois de janvier précédent, préalablement à sa demande de remboursement. Au surplus, si le requérant invoque l'enrichissement sans cause dont aurait profité à cette occasion la Commission, pour avoir dès cette période bénéficié du remboursement du coût des piles par l'assureur du responsable de son accident du 8 décembre 2003, alors qu'il n'en avait pas encore été remboursé lui-même, il ne l'établit

pas, en se bornant à fournir sur ce point un courrier de l'avocat de la Commission adressé à l'assureur dudit responsable pour le paiement des sommes dues au titre des prestations sociales versées au requérant, mais établi, en tout état de cause, postérieurement à 2004, puisque daté du 7 août 2009.

69 De même, si le requérant a contesté le motif de refus initialement opposé à sa demande de remboursement de décembre 2009, concernant l'opération chirurgicale subie par son épouse, et fondé erronément selon lui sur l'absence d'autorisation préalable jointe à sa demande, il ne conteste pas en revanche ne pas avoir, en tout état de cause, à l'appui de ladite demande, transmis les justificatifs nécessaires au remboursement, à savoir le justificatif de non-prise en charge par sa mutuelle française.

70 De même encore, s'agissant du remboursement de frais exposés par le requérant lors du changement en 2011 de sa prothèse auditive, le requérant n'apporte aucun élément à l'appui de ses conclusions indemnitaires de nature à établir que le retard et les erreurs allégués auraient été le fait d'un comportement fautif de l'administration, se bornant à renvoyer sur ce point aux différentes réclamations introduites et à affirmer avoir été contraint de procéder de la sorte pour obtenir les remboursements auxquels il avait droit. À cet égard, il convient de préciser qu'un moyen ne saurait être examiné à l'aune d'arguments ou de griefs contenus dans une annexe qui ne seraient pas repris dans la requête elle-même (voir, en ce sens, arrêt du 2 juillet 2009, Giannini/Commission, F-49/08, EU:F:2009:76, point 86, et la jurisprudence citée.)

71 En outre, pour ce qui concerne les conditions dans lesquelles est intervenu le remboursement des frais liés à l'expertise médicale du 13 juin 2006, sollicitée dans le cadre de la procédure ouverte au titre de l'article 73 du statut, il ressort du dossier que la demande de remboursement a été introduite le 8 mars 2007, que le remboursement a été effectué le 10 avril suivant et que le détail des sommes versées a été indiqué au requérant par courrier du 18 septembre 2007, en réponse à sa demande du 31 juillet précédent. Aucune faute ne saurait sur ce point et dans ces conditions être retenue à l'égard de la Commission. Quant aux frais exposés par son épouse et les indemnités journalières que celle-ci aurait dû recevoir pour les examens médicaux passés par le requérant « de septembre à décembre 2005 », le requérant ne précise pas de quels frais il s'agit et indique, s'agissant des indemnités journalières, que le PMO a finalement versé de telles indemnités journalières au bénéfice de son épouse au titre des examens en cause, sans établir au demeurant que le retard pris dans le versement de ces indemnités aurait été dû aux seules carences du PMO, se bornant, là encore, à affirmer avoir été contraint d'introduire une réclamation pour obtenir ce à quoi il avait droit, sans autre précision.

72 Enfin, s'agissant du retard allégué dans le traitement de son dossier de reconnaissance de maladie grave, si le requérant soutient avoir déposé sa demande le 15 mars 2013, puis adressé un courriel de relance le 4 juillet 2013, il ne l'établit pas, de sorte qu'il n'apporte aucun élément de nature à justifier que la décision du 13 février 2014, reconnaissant sa maladie comme maladie grave, serait intervenue au-delà d'un délai raisonnable, ni qu'il aurait été contraint d'introduire une réclamation pour que son droit soit reconnu.

73 Dans ces conditions, le requérant ne saurait soutenir avoir été systématiquement contraint, tout au long de la période litigieuse, d'introduire des réclamations pour faire valoir ses droits et obliger l'administration à rectifier ses erreurs alors qu'il lui suffisait de présenter les justificatifs nécessaires à l'appui de ses demandes de remboursement et qu'il ne ressort pas du dossier, et qu'il n'allègue d'ailleurs pas, qu'il ne lui était pas possible, en cas de doute, de demander un complément d'information auprès du service liquidateur, plutôt que de choisir la voie précontentieuse.

74 Si la Commission reconnaît avoir pu commettre des erreurs dans le traitement de certaines demandes de remboursement présentées par le requérant ou son épouse et que des corrections ont dû être apportées sur certains décomptes de remboursement, elle a toutefois précisé, sans être contestée sur ce point par le requérant dans le mémoire en réplique, que certaines erreurs étaient également « liées à un manque d'information préalable ». En outre, il convient d'observer que de telles erreurs n'ont concerné, au plus, qu'une quinzaine de décomptes sur un total d'environ 350 décomptes sur la période

litigieuse. Au surplus, le requérant n'établit pas que ces erreurs auraient été commises volontairement par la Commission. Dès lors, de telles erreurs ne sauraient être d'une gravité par elle-même suffisante pour que soit retenue la responsabilité de la Commission et que soit justifié l'octroi d'une indemnité au titre d'un préjudice moral. Au demeurant, il convient de rappeler que l'ensemble des décomptes couverts par la demande indemnitaire, à savoir les décomptes de remboursement portant les numéros 548, 553, 556, 558, 564, 568 et 571, ont tous été rectifiés en faveur du requérant, selon les propres affirmations de celui-ci, et remplacés ainsi par de nouveaux décomptes établis sous les numéros 574, 575, 585, 586, 587, 594 et 596.

75 À cet égard, il convient de préciser que la Commission, dans la décision de rejet de la demande indemnitaire, a présenté ses excuses au requérant pour les erreurs qu'elle aurait pu commettre dans certains décomptes intervenus sur la période litigieuse. La Commission a renouvelé ses excuses dans la décision de rejet de la réclamation. En outre, il y a lieu d'observer que la Commission s'est toujours efforcée d'informer le requérant de façon précise et de répondre de façon circonstanciée aux griefs présentés dans le cadre de ses nombreuses réclamations, plus d'une dizaine sur la période litigieuse, comme il ressort de la simple lecture des courriers de réponse de la Commission.

76 Compte tenu de tout ce qui précède, le requérant ne saurait obtenir réparation du préjudice moral qu'il aurait prétendument subi en raison du comportement supposé fautif de la Commission tout au long de la période litigieuse dans la gestion de son dossier médical et le traitement des demandes de remboursement de frais exposés par son épouse.

– Sur les conclusions indemnitaires tendant à la réparation du préjudice matériel

77 En premier lieu, ainsi qu'il a été exposé au point 35 du présent arrêt, le requérant se prévaut du préjudice matériel que lui aurait causé le retard pris dans le versement de l'indemnité provisionnelle. Un tel retard l'aurait contraint à contracter un prêt relais pour l'achat de sa résidence principale et à supporter ainsi de nombreux frais.

78 À cet égard, il convient de rappeler que, selon une jurisprudence constante, le retard pris dans l'adoption d'un acte faisant grief est de nature à révéler un comportement constitutif d'une faute de service (voir, en ce sens, arrêt du 20 novembre 2007, Ianniello/Commission, T-308/04, EU:T:2007:347, point 100).

79 En l'espèce, le requérant a sollicité la réparation du préjudice causé par le prétendu retard dans le versement de l'indemnité provisionnelle une première fois le 1er juillet 2005. Or, ce versement est intervenu à la fin du mois de novembre 2005 après que le montant de l'indemnité avait été arrêté le 8 août précédent. Dès lors qu'une institution dispose d'un délai de quatre mois pour répondre à une demande présentée sur le fondement de l'article 90, paragraphe 1, du statut avant que ne naisse une décision implicite de rejet, il ne saurait être conclu, nonobstant l'intervention effective du versement de l'indemnité provisionnelle sur le compte du requérant trois mois après que la décision de versement avait été prise, que ledit versement serait intervenu dans des conditions de nature à ouvrir droit à réparation. En outre, le requérant n'établit ni la réalité du préjudice de « plusieurs milliers d'euros » que ce retard lui aurait causé, ni l'existence d'un lien de causalité direct entre le retard allégué et la nécessité de contracter un prêt relais pour l'achat de sa résidence principale.

80 Au surplus, il convient de rappeler que, dans l'arrêt Guittet, le Tribunal a estimé, ainsi qu'il a été rappelé au point 17 du présent arrêt, que le délai qui s'était écoulé entre l'accident du 8 décembre 2003 et l'adoption de la décision du 27 juillet 2009 fixant le taux d'AIPP, délai au cours duquel avait été fixé le montant de l'indemnité provisionnelle, n'avait pas été déraisonnable, rejetant par voie de conséquence la demande du requérant en paiement d'intérêts de retard sur le capital dû au titre de l'article 73 du statut.

81 Enfin, il convient de constater que la demande indemnitaire, dans laquelle le requérant invoquait le retard fautif de la Commission à lui verser l'indemnité provisionnelle, a été présentée huit ans après que le versement de ladite indemnité a eu lieu. Dans ces conditions, le requérant ne saurait valablement soutenir qu'un tel retard aurait contribué au préjudice dont il demande réparation dans le cadre du présent recours.

82 En second lieu, le requérant demande la réparation du préjudice matériel que lui aurait causé l'obligation dans laquelle il se serait trouvé, pour faire valoir ses droits, d'introduire de nombreuses réclamations et demandes qui auraient généré des frais d'avocat, ainsi que les refus pour tardiveté de ses demandes de remboursement, alors qu'une telle tardiveté n'aurait été que la conséquence du retard pris pour corriger les innombrables erreurs de l'administration à son égard.

83 Or, ainsi qu'il ressort de ce qui a été dit précédemment, et notamment au point 73 du présent arrêt, le requérant n'a pas établi, en tout état de cause, avoir été contraint d'introduire systématiquement des réclamations pour obtenir le remboursement des frais médicaux qu'il avait exposés. La prémisse sur laquelle se fonde le raisonnement du requérant étant erronée, il ne saurait prétendre obtenir l'indemnisation des frais d'avocat que lesdites réclamations auraient entraînés.

84 En outre, ainsi que la Commission le rappelle à bon droit, les frais d'avocat, sauf circonstances exceptionnelles, ne sauraient constituer un dommage matériel réparable dans la mesure où le recours à un avocat n'est pas imposé par les règles statutaires au stade précontentieux et qu'il relève ainsi de la seule responsabilité personnelle du fonctionnaire concerné (voir, en ce sens, arrêt Guittet, point 105). Or, rien au dossier de la présente affaire ne permet d'établir l'existence de telles circonstances exceptionnelles.

85 Compte tenu des considérations qui précèdent, le requérant ne saurait obtenir réparation d'un préjudice matériel dans le cadre de ses conclusions indemnitaires.

86 Il résulte de tout ce qui précède que l'ensemble des conclusions indemnitaires doivent être rejetées.

Sur les dépens

87 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.

88 Il résulte des motifs énoncés dans le présent arrêt que le requérant a succombé en son recours. En outre, la Commission 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 102, paragraphe 1, du règlement de procédure, le requérant doit supporter ses propres dépens et est condamné à supporter les dépens exposés par la Commission.

Par ces motifs,

LE TRIBUNAL DE LA FONCTION PUBLIQUE (troisième chambre)

déclare et arrête :

1) **Le recours est rejeté.**

2) **M. Guittet supporte ses propres dépens et est condamné à supporter les dépens exposés par la Commission européenne.**

Van Raepenbusch Kreppel Svenningsen

Ainsi prononcé en audience publique à Luxembourg, le 15 décembre 2015.

Le greffier
W. Hakenberg

Le président
S. Van Raepenbusch