Recueil de la jurisprudence

ARRÊT DU TRIBUNAL DE LA FONCTION PUBLIQUE DE L'UNION EUROPÉENNE (juge unique)

14 décembre 2010 *

« Fonction publique — Fonctionnaires — Sécurité sociale — Assurance maladie — Demandes de remboursement de frais médicaux — Absence d'acte faisant grief — Irrecevabilité — Défaut de motivation »

Dans l'affaire F-1/10,

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

Luigi Marcuccio, fonctionnaire de la Commission européenne, demeurant à Tricase (Italie), représenté par M^e^ G. Cipressa, avocat,

partie requérante,

contre

Commission européenne, représentée par M. J. Currall et M^me^ C. Berardis-Kayser, en qualité d'agents, assistés de M^e^ A. Dal Ferro, avocat,

partie défenderesse,

LE TRIBUNAL DE LA FONCTION PUBLIQUE (juge unique),

juge: M. S. Gervasoni,

greffier: M. J. Tomac, administrateur,

vu la procédure écrite et à la suite de l'audience du 8 septembre 2010,

rend le présent

Arrêt

1 Par requête déposée au greffe du Tribunal le 4 janvier 2010, M. Marcuccio demande notamment, en premier lieu, l'annulation des décisions par lesquelles la Commission européenne a rejeté, d'une part, ses deux demandes du 25 décembre 2008 tendant au remboursement au taux normal de divers frais médicaux et, d'autre part, sa demande du 27 décembre 2008 tendant au remboursement complémentaire, c'est-à-dire jusqu'à 100 %, des mêmes frais médicaux, en deuxième lieu, l'annulation de la décision du 21 septembre 2009 par laquelle la Commission a rejeté sa réclamation contre lesdites décisions, en troisième lieu, la condamnation de la Commission à lui verser, au titre du

* Langue de procédure: l'italien.

remboursement à 100 % de ces frais, la somme de 2 519,08 euros ou une somme inférieure que le Tribunal estimera juste et équitable à ce titre, majorée d'intérêts au taux de 10 % par an avec capitalisation annuelle, en quatrième lieu, la condamnation de la Commission à lui verser soit une somme correspondant à la différence entre les frais médicaux qu'il a supportés entre le 1er décembre 2000 et le 30 novembre 2008 et les remboursements perçus à ce titre du régime commun d'assurance maladie (ci-après le «RCAM») soit toute autre somme que le Tribunal estimera juste et équitable en l'espèce, majorée d'intérêts au taux de 10 % par an avec capitalisation annuelle.

Cadre juridique

2 L'article 72, paragraphe 1, premier alinéa, du statut des fonctionnaires de l'Union européenne (ci-après le «statut») dispose:

«Dans la limite de 80 % des frais exposés, et sur la base d'une réglementation établie d'un commun accord par les institutions [de l'Union] après avis du comité du statut, le fonctionnaire, son conjoint […] 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, examens 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 par l'autorité investie du pouvoir de nomination, ainsi que pour les examens de dépistage et en cas d'accouchement. […]»

3 En vertu de l'article 73, paragraphe 1, du statut, le fonctionnaire est couvert contre les risques de maladie professionnelle et les risques d'accident, dans les conditions fixées par une réglementation établie d'un commun accord des institutions.

4 La réglementation adoptée en exécution de l'article 73 du statut (ci-après la «réglementation de couverture») prévoit, tant dans son ancienne version (à l'article 10, paragraphe 1), applicable jusqu'au 31 décembre 2005, que dans sa version en vigueur (à l'article 9, paragraphe 1), que le fonctionnaire victime d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit au remboursement de tous les frais nécessités pour le rétablissement aussi complet que possible de son intégrité physique ou psychique et pour tous les soins et traitements nécessités par les suites des lésions subies et leurs manifestations, et s'il y a lieu, des frais nécessités par la réadaptation fonctionnelle et professionnelle de la victime. Ces mêmes dispositions prévoient que les frais sont remboursés au fonctionnaire après la prise en charge par le RCAM de la part incombant à ce régime, mais que si l'autorité investie du pouvoir de nomination dont relève le fonctionnaire (ci-après l'«AIPN») considère certains frais comme excessifs ou non nécessaires, elle peut, sur avis du médecin désigné par elle, les réduire à un montant jugé raisonnable ou, le cas échéant, en refuser le remboursement.

Faits à l'origine du litige

Les demandes de remboursement à 100 % relatives à une première pathologie

5 Depuis le 4 janvier 2002, M. Marcuccio, fonctionnaire de la Commission, au sein de la direction générale «Développement», est en congé de maladie à son domicile de Tricase (Italie). Il a été mis à la retraite pour invalidité par une décision du 30 mai 2005, prise sur le fondement de l'article 78 du statut. Cette décision a été annulée pour insuffisance de motivation, par arrêt du Tribunal du 4 novembre 2008 (Marcuccio/Commission, F-41/06, RecFP p. I-A-1-339 et II-A-1-1851, faisant l'objet d'un pourvoi pendant devant le Tribunal de l'Union européenne, affaire T-20/09 P).

6 Par lettre du 25 novembre 2002, à laquelle était joint un rapport médical établi le même jour contenant une description de la maladie du requérant (un syndrome anxio-dépressif de type réactionnel), ce dernier a demandé «que lui soit accordé le remboursement de 100 % des frais médicaux exposés en vue de soigner les affections en raison desquelles il est en congé de maladie depuis le 4 janvier 2002».

7 La demande de remboursement à 100 % du 25 novembre 2002 étant restée sans réponse, de même que la réclamation formée par le requérant contre le rejet implicite de ladite demande, le requérant a saisi le Tribunal de première instance des Communautés européennes, lequel a annulé ce rejet implicite, pour absence totale de motivation (arrêt du 10 juin 2008, Marcuccio/Commission, T-18/04, non publié au Recueil).

8 Le requérant a, par la suite, présenté d'autres demandes de prise en charge de frais médicaux à 100 %, en se référant chaque fois à sa lettre du 25 novembre 2002, sans autre précision ni pièces justificatives nouvelles relatives à son affection. Les demandes présentées en ce sens par le requérant les 19 mai et 11 octobre 2004 ont fait l'objet de rejets implicites par la Commission, suivies de rejets explicites des réclamations qu'il avait formées.

9 Les recours introduits à l'encontre de ces décisions ont été rejetés comme irrecevables par le Tribunal de première instance, au motif que, en l'absence d'un quelconque élément nouveau venant à l'appui des demandes du requérant, les actes litigieux n'avaient nullement modifié la situation de celui-ci et n'étaient donc pas des actes faisant grief (arrêt du Tribunal de première instance du 9 juillet 2008, Marcuccio/Commission, T-296/05 et T-408/05, non publié au Recueil, confirmé par ordonnance de la Cour du 9 décembre 2009, Marcuccio/Commission, C-432/08 P, non publiée au Recueil).

10 Le requérant a introduit d'autres demandes tendant à la prise en charge des frais médicaux liés à la même affection, demandes se référant de nouveau à la lettre du 25 novembre 2002, d'une part, les demandes des 20 juin et 18 juillet 2005, rejetées implicitement par la Commission, et, d'autre part, la demande du 31 mars 2006, rejetée explicitement cette fois par la Commission.

11 Les décisions de rejet mentionnées au point précédent ont été contestées par le requérant devant le Tribunal dans deux recours, enregistrés sous les références F-84/06 et F-20/07. Le Tribunal a considéré que ces deux affaires devaient être regardées comme ayant le même objet que l'affaire T-18/04 et les affaires jointes T-296/05 et T-408/05, au sens de l'article 8, paragraphe 3, deuxième alinéa, de l'annexe I du statut de la Cour de justice et qu'il devait décliner sa compétence au profit du Tribunal de première instance (ordonnances du 19 décembre 2007, Marcuccio/Commission, F-84/06, RecFP p. I-A-1-467 et II-A-1-2633, et Marcuccio/Commission, F-20/07, RecFP p. I-A-1-469 et II-A-1-2641). Les recours dans les affaires F-84/06 et F-20/07, enregistrés devant le Tribunal de première instance sous les références, respectivement, T-144/08 et T-143/08, ont été rejetés comme irrecevables pour les mêmes raisons que celles retenues dans les affaires T-296/05 et T-408/05 (ordonnances du 9 septembre 2008, Marcuccio/Commission, T-143/08, RecFP p. I-A-2-47 et II-A-2-321, et Marcuccio/Commission, T-144/08, RecFP p. I-A-2-51 et II-A-2-341, les pourvois formés contre ces deux ordonnances ayant été respectivement rejetés par la Cour par deux ordonnances du 9 décembre 2009, Marcuccio/Commission, C-513/08 P et C-528/08 P, non publiées au Recueil).

La demande de remboursement à 100 % liée à une seconde pathologie

12 Par une note du 11 octobre 2005, le requérant a transmis au bureau liquidateur du RCAM à Ispra (Italie) une demande tendant à faire reconnaître qu'il était affecté d'une maladie grave ouvrant droit à un remboursement à 100 % des frais exposés. À cette demande était joint un certificat médical du docteur S., daté du 29 septembre 2005, selon lequel le requérant était atteint d'obésité et de complications liées à cet état, justifiant une intervention de chirurgie digestive.

13 Par une décision du 25 octobre 2005, que le requérant soutient n'avoir reçue que le 23 juin 2006, la Commission a rejeté la demande de reconnaissance de maladie grave du 11 octobre 2005, en se fondant sur un avis émis le 24 octobre 2005 par le médecin-conseil du bureau liquidateur.

14 Par une note du 23 août 2006, le requérant a formé une réclamation à l'encontre de la décision de la Commission du 25 octobre 2005. La Commission a rejeté cette réclamation par décision du 30 novembre 2006.

15 Le Tribunal, saisi par le requérant d'un recours contre la décision du 25 octobre 2005, a estimé que l'absence de réponse de la Commission à la demande de reconnaissance de maladie grave du 11 octobre 2005 dans un délai de quatre mois - la réponse ayant été notifiée tardivement au requérant - avait fait naître une décision implicite de rejet, que le requérant n'avait pas contestée dans le délai de réclamation de trois mois prévu par l'article 90, paragraphe 2, du statut. Le recours a ainsi été rejeté comme manifestement irrecevable (ordonnance du 4 novembre 2008, Marcuccio/Commission, F-18/07, RecFP p. I-A-1-347 et II-A-1-1901).

Les autres demandes de remboursement à 100 %

16 Par la suite, en juin et juillet 2007, le requérant a présenté plusieurs demandes tendant au remboursement au taux normal et à 100 % de divers frais médicaux en faisant référence à ses demandes du 25 novembre 2002 et du 11 octobre 2005. Le bureau liquidateur compétent du RCAM a reconnu que ces divers frais ouvraient droit au remboursement au taux normal mais n'a versé aucune somme à ce titre au requérant. En effet, celui-ci restant redevable d'une somme au RCAM à la suite d'une hospitalisation, le bureau liquidateur a déduit de ladite somme les montants correspondant aux divers frais visés dans les demandes du requérant présentées en juin et juillet 2007. Les réclamations formées par le requérant à l'encontre de ces décisions du bureau liquidateur ont été rejetées par une décision du 29 avril 2008, aux motifs que les demandes de remboursement au taux normal avaient été accueillies par le RCAM et que la maladie du requérant n'était pas considérée comme une maladie grave justifiant le remboursement à 100 % de ses frais médicaux.

17 Le recours formé contre la décision rejetant les réclamations mentionnées au point précédent a été rejeté par le Tribunal en partie comme manifestement dépourvu de tout fondement en droit, et en partie comme manifestement irrecevable (ordonnance du 20 mai 2009, Marcuccio/Commission, F-73/08, RecFP p. I-A-1-145 et II-A-1-819, faisant l'objet d'un pourvoi pendant devant le Tribunal de l'Union européenne, affaire T-311/09 P).

18 En décembre 2007, le requérant a demandé le remboursement au taux normal et à 100 % de divers frais médicaux. Le bureau liquidateur a fait droit aux demandes de prise en charge de ces frais uniquement au taux normal mais le montant dû à ce titre au requérant a été déduit de la somme dont celui-ci restait redevable à l'égard du RCAM. La réclamation du requérant contre les décisions prises par le bureau liquidateur a été rejetée, aux motifs que le requérant n'était pas atteint d'une maladie grave au sens de l'article 72 du statut et qu'il n'avait donc pas droit à un remboursement à 100 % de ses frais médicaux. Quant au remboursement au taux normal des frais médicaux en cause, la Commission a confirmé la position du bureau liquidateur et précisé que le montant dû à ce titre au requérant avait été déduit des avances consenties par le RCAM à la suite de son hospitalisation de juin 2006.

19 Le recours formé par le requérant dans ce litige a été rejeté en partie comme manifestement non fondé et en partie comme manifestement irrecevable (ordonnance du Tribunal du 25 novembre 2009, Marcuccio/Commission, F-11/09, RecFP p. I-A-1-459 et II-A-1-2475, faisant l'objet d'un pourvoi pendant devant le Tribunal de l'Union européenne, affaire T-44/10 P).

20 À la suite de l'arrêt du 10 juin 2008, Marcuccio/Commission, précité (voir point 7 du présent arrêt), la Commission a statué sur la demande du requérant en date du 25 novembre 2002, tendant au remboursement à 100 % des frais médicaux exposés en vue de soigner les affections en raison desquelles il est en congé de maladie depuis le 4 janvier 2002. La Commission, par décisions du 1er et du 5 août 2008, a rejeté cette demande, en estimant que la maladie du requérant ne pouvait être regardée comme une maladie grave, au sens de l'article 72 du statut.

21 Le recours formé par le requérant contre cette décision a été rejeté par le Tribunal comme non fondé (arrêt du 23 novembre 2010, Marcuccio/Commission, F-65/09).

La demande de reconnaissance de l'origine professionnelle d'une des affections du requérant

22 Le 1er mars 2003, le requérant a présenté une demande de reconnaissance de l'origine professionnelle du syndrome anxio-dépressif visé dans sa demande de remboursement à 100 % du 25 novembre 2002 (voir point 6 de la présente ordonnance).

23 Par une décision du 22 juillet 2008, la demande du 1er mars 2003 a été accueillie par la Commission. Dans cette décision, il était précisé que les frais médicaux nécessaires au traitement de la maladie concernée pourraient faire l'objet d'une prise en charge dans les conditions prévues par l'article 73 du statut, sur la base de justificatifs fournis par le requérant. Ce dernier était invité à présenter ses demandes de remboursement de ces frais distinctement de ses demandes de remboursement de ses autres frais médicaux.

Les demandes de remboursement en cause dans le présent litige

24 Par une première note du 25 décembre 2008, le requérant a présenté au bureau liquidateur une demande de remboursement au taux normal de frais médicaux supportés entre le 19 octobre 2006 et 19 août 2008, pour un montant total de 1 744,25 euros, en précisant notamment qu'il se réservait le droit de demander un complément de remboursement de ces frais jusqu'à 100 % en cas d'acceptation de ses demandes du 25 novembre 2002 et du 11 octobre 2005.

25 Par une seconde note du 25 décembre 2008, le requérant a présenté au bureau liquidateur une demande de remboursement au taux normal de frais médicaux supportés entre le 20 février 2008 et le 12 décembre 2008, pour un montant total de 774,83 euros, en précisant notamment qu'il se réservait le droit de demander un complément de remboursement de ces frais jusqu'à 100 % en cas d'acceptation de ses demandes du 25 novembre 2002 et du 11 octobre 2005.

26 Par lettre du 27 décembre 2008, le requérant a présenté au bureau liquidateur et à l'AIPN une demande de remboursement à 100 % des frais visés dans ses deux demandes du 25 décembre 2008, pour un montant cumulé de 2 519,08 euros. Dans cette lettre, il se référait à ses deux pathologies (syndrome anxio-dépressif et obésité sévère) et à la décision du 22 juillet 2008 reconnaissant que la première de ces pathologies avait une origine professionnelle. Il demandait également le versement d'un complément de remboursement pour couvrir intégralement les frais médicaux qu'il avait supportés entre le 1er décembre 2000 et le 30 novembre 2008 et qui avaient déjà fait l'objet d'un remboursement au taux normal par le RCAM.

27 Par note du 3 mars 2009, le chef de la section «Assurance accidents et maladies professionnelles» de la Commission a répondu à la lettre du 27 décembre 2008 (ci-après la «note du 3 mars 2009»). Dans cette note, il était indiqué au requérant qu'en l'absence de reconnaissance d'une maladie grave, ses frais médicaux ne pouvaient faire l'objet d'un remboursement à 100 % sur la base de l'article 72 du statut, mais que ses frais médicaux liés à sa maladie professionnelle pouvaient donner lieu à un remboursement complémentaire en application de l'article 73 du statut. L'auteur de la note invitait le requérant à préciser quels étaient les frais médicaux imputables à cette maladie professionnelle, en

vue de leur remboursement complémentaire. Ladite note informait enfin le requérant que le médecin-conseil de la Commission se prononcerait sur le lien entre les frais médicaux engagés et sa maladie professionnelle.

28 Le requérant soutient dans le présent recours n'avoir jamais reçu la note du 3 mars 2009.

29 Par lettre du 11 juillet 2009, le requérant a formé une réclamation contre la décision ayant, selon lui, rejeté implicitement ses demandes des 25 et 27 décembre 2008.

30 Par note du 21 septembre 2009, l'AIPN a rejeté la réclamation mentionnée au point précédent, en relevant que le requérant n'était pas atteint d'une maladie grave au sens de l'article 72 du statut justifiant un remboursement à 100 % de ses frais médicaux (ci-après la «décision de rejet de la réclamation»). En ce qui concerne le remboursement complémentaire des frais découlant de la maladie professionnelle, au titre de l'article 73, paragraphe 3, du statut, l'AIPN constatait dans ladite note que l'intéressé n'avait donné aucune suite à la demande de la Commission de préciser quels étaient ces frais, alors qu'il y avait été invité par la décision du 22 juillet 2008 et par la note du 3 mars 2009. Compte tenu de l'absence de réponse du requérant, l'AIPN soulignait que les services compétents de l'Office «Gestion et liquidation des droits individuels» (PMO) s'étaient engagés à soumettre au médecin-conseil l'ensemble des demandes de remboursement afin de vérifier leur lien avec la maladie professionnelle. La note du 21 septembre 2009 se terminait par les termes suivants: «la réponse [secteur 'Assurance maladie et accidents' du PMO] du 3 mars 2009 ne représente pas un rejet de [la] demande de remboursement mais, tout au contraire, démontre la volonté de la Commission de procéder de manière régulière au traitement de l'ensemble des dossiers du réclamant».

Conclusions des parties et procédure

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

— annuler les décisions, quelle qu'en soit la forme, par lesquelles la Commission a rejeté, d'une part, ses demandes du 25 décembre 2008 tendant au remboursement au taux normal de divers frais médicaux et, d'autre part, sa demande du 27 décembre 2008 tendant au remboursement complémentaire, c'est-à-dire à 100 %, des mêmes frais médicaux ainsi que de frais médicaux supportés entre le 1er décembre 2000 et le 30 novembre 2008;

— pour autant que nécessaire, annuler la décision de rejet de la réclamation;

— pour autant que nécessaire, annuler la note du 21 septembre 2009;

— condamner la Commission à lui verser sans retard, au titre du remboursement à 100 % des frais médicaux visés dans ses demandes du 25 décembre 2008, la somme de 2 519,08 euros «ou une somme inférieure que le Tribunal considérera comme juste et équitable à ce titre, majorée des intérêts sur la somme susmentionnée, à compter du premier jour du cinquième mois suivant le moment où le destinataire [des demandes des 25 et 27 décembre 2008] a pu en prendre connaissance, au taux de 10 % par an et avec capitalisation annuelle, ou bien au taux avec la capitalisation et à compter du jour que le Tribunal considérera comme justes et équitables»;

— condamner la Commission à lui verser sans retard la différence entre les sommes qu'il a engagées au titre des frais médicaux supportés entre le 1er décembre 2000 et le 30 novembre 2008, et pour lesquels il a envoyé de nombreuses demandes de remboursement au RCAM et les sommes qui lui ont été versées à ce jour par le RCAM, ou toute «somme que le Tribunal considérera comme juste et équitable en l'espèce, majorée des intérêts sur la différence susmentionnée ou sur toute somme que le Tribunal considérera comme juste et équitable, à compter du premier jour du cinquième

mois suivant le moment où le destinataire de la demande du 27 décembre 2008 a pu en prendre connaissance, au taux de 10 % par an, avec capitalisation annuelle, ou au taux, avec la capitalisation et à compter du jour que le Tribunal considérera comme justes et équitables»;

— condamner la Commission à lui rembourser l'ensemble des dépens de la procédure.

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

— rejeter le recours comme irrecevable et/ou dénué de fondement;

— condamner le requérant aux dépens, en vertu de l'article 87, paragraphe 1, du règlement de procédure.

33 En application de l'article 14 du règlement de procédure, la première chambre du Tribunal, à laquelle l'affaire a été attribuée, a décidé à l'unanimité, lors de sa réunion du 12 juillet 2010, après avoir entendu les parties, que l'affaire serait jugée par son président rapporteur statuant en tant que juge unique.

En droit

Sur l'objet du recours

34 En premier lieu, si, outre l'annulation des décisions, quelle qu'en soit la forme, par lesquelles la Commission a rejeté ses demandes de remboursement des 25 et 27 décembre 2008, le requérant demande également, en tant que de besoin, l'annulation de la décision de rejet de sa réclamation, il convient de constater, au vu de la jurisprudence (arrêt de la Cour du 17 janvier 1989, Vainker/Parlement, 293/87, Rec. p. 23, point 8; arrêt du Tribunal de première instance du 10 juin 2004, Liakoura/Conseil, T-330/03, RecFP p. I-A-191 et II-859, point 13; arrêt du Tribunal du 15 décembre 2008, Skareby/Commission, F-34/07, RecFP p. I-A-1-477 et II-A-1-2637, point 27), que ces dernières conclusions sont, comme telles, dépourvues de contenu autonome et se confondent en réalité avec celles dirigées contre les décisions ayant statué sur les demandes de remboursement.

35 En deuxième lieu, il résulte à l'évidence des termes de la note du 21 septembre 2009, dont le requérant demande l'annulation, que cette note constitue la décision de rejet de la réclamation. Les conclusions dirigées contre cette note doivent donc également être analysées comme présentées à l'encontre des décisions implicites ayant statué sur les demandes de remboursement.

36 En troisième lieu, il ressort des pièces du dossier que, contrairement à ce que prétend le requérant, la Commission n'a pas rejeté implicitement sa demande du 27 décembre 2008. En effet, par la note du 3 mars 2009, dont le requérant a eu connaissance en tout état de cause au plus tard par la décision de rejet de la réclamation, la Commission a pris explicitement position sur ladite demande.

37 En quatrième lieu, en revanche, il ne ressort ni de la note du 3 mars 2009 ni de la décision de rejet de la réclamation ni même du mémoire en défense que l'administration aurait répondu aux demandes du 25 décembre 2008 relatives au remboursement au taux normal de certains frais médicaux.

38 Certes, à l'audience, la Commission a produit deux décomptes de remboursement émanant du bureau liquidateur du RCAM de Bruxelles (Belgique), datés du 27 janvier 2009 et relatifs aux demandes de remboursement du 25 décembre 2008. Faisant valoir que les frais médicaux du requérant visés dans ces demandes avaient ainsi donné lieu à remboursement (pour des montants respectifs de 1 142,74

et 531,23 euros), la Commission a soutenu que lesdites demandes avaient été accueillies avant l'introduction de la présente instance et que, par conséquent, les conclusions du recours dirigées contre la décision rejetant ces demandes devaient être déclarées irrecevables ou dépourvues d'objet.

39 Toutefois, une telle argumentation ne peut être accueillie. En effet, d'une part, les deux décomptes de remboursement datés du 27 janvier 2009 n'ont été produits qu'à l'audience et sans qu'aucune justification de ce retard ne soit apportée par la Commission, en méconnaissance de l'article 42 du règlement de procédure. D'autre part, même à supposer que ces documents puissent être pris en considération par le Tribunal, le requérant a soutenu ne les avoir jamais reçus. Or, la Commission n'a pu établir qu'ils avaient été portés à la connaissance de l'intéressé avant l'audience. S'il est vrai que ces décomptes de remboursement portent la mention de l'adresse du requérant figurant sur ses demandes de remboursement du 25 décembre 2008, la Commission n'a pas allégué qu'ils lui auraient été envoyés par lettre recommandée. En outre, il ressort de ces décomptes - sur lesquels figure d'ailleurs la date du 24 août 2010 - que les remboursements des frais médicaux visés dans lesdits décomptes n'ont pas donné lieu à des versements sur le compte bancaire du requérant, dont celui-ci aurait été nécessairement informé, mais à des déductions sur une somme dont le requérant restait redevable au RCAM à la suite d'une hospitalisation.

40 Il doit donc être considéré, comme le soutient le requérant, que ses demandes de remboursement du 25 décembre 2008 ont fait l'objet de décisions implicites de rejet.

41 Il résulte de ce qui précède que les conclusions en annulation doivent être analysées comme visant, d'une part, la note du 3 mars 2009, par laquelle la Commission a pris position sur la demande de remboursement du 27 décembre 2008, d'autre part, les décisions implicites de rejet des demandes de remboursement du 25 décembre 2008.

Sur les fins de non-recevoir soulevées par la Commission

Arguments des parties

42 La Commission soulève deux fins de non-recevoir.

43 En premier lieu, le recours serait irrecevable en ce qu'il a trait à la demande de remboursement complémentaire de frais médicaux liée à la maladie professionnelle du requérant. En effet, par la note du 3 mars 2009 et la décision de rejet de la réclamation, la Commission n'aurait pas refusé ce remboursement mais se serait bornée à indiquer au requérant que la décision sur ce point serait adoptée ultérieurement, après avis du médecin-conseil de l'institution. Cette note ne ferait donc pas grief et les conclusions tendant à son annulation ne seraient, par suite, pas recevables.

44 En second lieu, la Commission soutient que le recours est irrecevable en ce qu'il est dirigé contre le refus de remboursement à 100 % des frais médicaux liés à la maladie grave dont le requérant prétend être atteint. En effet, celui-ci aurait introduit plusieurs recours ayant déjà cet objet, de sorte que les conclusions en annulation soulevées à ce titre se heurteraient à une exception de litispendance. En tout état de cause, ces conclusions méconnaîtraient les délais impératifs de la procédure précontentieuse prévus par l'article 90 du statut, ce refus de remboursement ayant déjà été opposé au requérant par de précédentes décisions de la Commission. Par ailleurs, la Commission ne serait pas en mesure d'identifier les frais médicaux concernés, le requérant se limitant à viser ses «très nombreuses demandes de remboursement» antérieures.

45 Le requérant a, lors de l'audience, contesté l'argumentation de la Commission.

Appréciation du Tribunal

46 En ce qui concerne la première fin de non-recevoir, il convient de rappeler, ainsi qu'il ressort d'une jurisprudence constante, qu'un acte faisant grief est celui qui produit des effets juridiques obligatoires de nature à affecter directement et immédiatement les intérêts du requérant, en modifiant de façon caractérisée la situation juridique de celui-ci (voir arrêt du Tribunal du 28 juin 2006, Grünheid/Commission, F-101/05, RecFP p. I-A-1-55 et II-A-1-199, point 33, et la jurisprudence citée), un tel acte devant émaner de l'autorité compétente et renfermer une prise de position définitive de l'administration (voir arrêts du Tribunal de première instance du 30 juin 1993, Devillez e.a./Parlement, T-46/90, Rec. p. II-699, points 13 et 14, ainsi que du 21 juillet 1998, Mellett/Cour de justice, T-66/96 et T-221/97, RecFP p. I-A-449 et II-1305, point 83; arrêt du Tribunal du 10 mars 2009, Giaprakis/Comité des régions, F-106/07, RecFP p. I-A-1-53 et II-A-1-231, point 43).

47 Il a ainsi été jugé qu'une réponse par laquelle l'administration fait connaître à un fonctionnaire que sa demande est mise à l'étude ne constitue pas un acte faisant grief (ordonnance du Tribunal de première instance du 1er octobre 1991, Coussios/Commission, T-38/91, Rec. p. II-763, point 31; arrêts du Tribunal de première instance du 17 mars 1998, Carraro/Commission, T-183/95, RecFP p. I-A-123 et II-329, points 19 à 22; arrêt du Tribunal du 29 novembre 2007, Pimlott/Europol, F-52/06, RecFP p. I-A-1-395 et II-A-1-2197, point 50). De même, une simple intention de l'administration de pratiquer une retenue sur l'allocation d'invalidité d'un fonctionnaire, si elle n'est pas effectivement mise en œuvre, n'affecte pas la situation juridique de l'intéressé (ordonnance du Tribunal du 29 octobre 2009, Marcuccio/Commission, F-94/08, RecFP p. I-A-1-421 et II-A-1-2281, points 19 à 23, faisant l'objet d'un pourvoi devant le Tribunal de l'Union européenne, affaire T-12/10 P). Des renseignements fournis par un bureau liquidateur du RCAM au sujet d'une demande de remboursement de frais médicaux, dont il ressort qu'une décision sera prise ultérieurement, ne répondent pas davantage à la définition d'acte faisant grief (arrêt du Tribunal de première instance du 16 mars 1993, Blackman/Parlement, T-33/89 et T-74/89, Rec. p. II-249, points 27, 29 et 30).

48 En l'espèce, la note du 3 mars 2009, en ce qu'elle a trait aux demandes de remboursement complémentaire lié à la maladie professionnelle du requérant, ne constitue pas un acte faisant grief.

49 En effet, il ressort clairement des termes de la note du 3 mars 2009 que par celle-ci la Commission n'a pas rejeté la demande de remboursement complémentaire de frais médicaux au titre de la maladie professionnelle reconnue par la décision du 22 juillet 2008. Par cette note, la Commission a réaffirmé, comme elle l'avait fait dans la décision du 22 juillet 2008, qu'elle acceptait un tel remboursement complémentaire et a invité le requérant à préciser quels étaient les frais médicaux imputables à sa maladie professionnelle.

50 La note du 3 mars 2009 doit donc être analysée comme un simple rappel des démarches que le requérant devait effectuer en vue d'obtenir les remboursements auxquels il avait droit et comme l'informant de ce que la décision fixant l'étendue de ces remboursements interviendrait ultérieurement. Lors de l'audience, la Commission a d'ailleurs indiqué que cette décision était intervenue le 11 février 2010 et le requérant n'a pas contesté avoir reçu cette décision.

51 Les conclusions visant la partie de la note du 3 mars 2009 analysée au point précédent ne sont donc pas recevables.

52 En ce qui concerne la seconde fin de non-recevoir, relative au refus de remboursement à 100 % des frais liés à la ou les maladies graves dont le requérant serait atteint, il y a lieu de relever que, par les conclusions en annulation dirigées contre cette autre partie de la note du 3 mars 2009, le requérant conteste en réalité la légalité du refus par la Commission de reconnaître à ses affections le caractère de maladies graves au sens de l'article 72 du statut.

53 Or, ainsi que la Commission le rappelle à juste titre, le requérant a déjà introduit d'autres recours (voir les points 5 à 21 du présent arrêt) dirigés contre le refus par la Commission de reconnaître à ses affections le caractère de maladies graves, refus matérialisé par diverses décisions de la Commission - le plus souvent confirmatives de décisions de refus antérieures -, sur le fondement des mêmes griefs tirés de l'absence d'instruction de sa demande, de défaut de motivation de la décision de refus, de violation du devoir de sollicitude et du principe de bonne administration et de méconnaissance de la réglementation applicable.

54 Les conclusions en annulation visant la note du 3 mars 2009 en tant qu'elle refuse le remboursement à 100 % au titre de la maladie grave sur le fondement de l'article 72 du statut se heurtent donc à l'exception de litispendance et doivent, en conséquence, être rejetées comme irrecevables (voir, en ce sens, arrêts de la Cour du 17 mai 1973, Perinciolo/Conseil, 58/72 et 75/72, Rec. p. 511, points 3 à 5, et du 19 septembre 1985, Hoogovens Groep/Commission, 172/83 et 226/83, Rec. p. 2831, point 9; ordonnance du Tribunal de première instance du 14 juin 2007, Landtag Schleswig-Holstein/Commission, T-68/07, non publiée au Recueil, point 16; ordonnance du Tribunal du 25 janvier 2008, Duyster/Commission, F-80/06, RecFP p. I-A-1-7 et II-A-1-15, point 52).

55 En tout état de cause, à titre surabondant, il y a lieu de relever que la note du 3 mars 2009 ne fait sur ce point que réitérer les refus de remboursement à 100 % au titre de la maladie grave déjà opposés au requérant et ne modifie nullement la situation juridique de ce dernier. Elle ne constitue donc pas un acte faisant grief et le requérant n'est pas recevable à en demander l'annulation (voir, en ce sens, arrêt Marcuccio/Commission, T-296/05 et T-408/05, précité, points 47 à 49, et ordonnances Marcuccio/Commission, T-143/08, précitée, points 39 à 41, et Marcuccio/Commission, T-144/08, précitée, points 32 à 34).

56 Il résulte de ce qui précède que les conclusions dirigées contre la note du 3 mars 2009, par laquelle la Commission a pris position sur la demande du 27 décembre 2008, tendant au remboursement complémentaire des frais médicaux visés dans les demandes du 25 décembre 2008 et de l'ensemble des frais médicaux supportés entre le 1er décembre 2000 et le 30 novembre 2008, doivent être rejetées comme irrecevables.

Sur les conclusions tendant à l'annulation des décisions implicites de rejet des demandes de remboursement du 25 décembre 2008

57 Le requérant soulève trois moyens à l'appui de ces conclusions:

— le premier, tiré d'un défaut absolu de motivation des décisions et d'un défaut d'instruction des demandes;

— le deuxième, tiré de la méconnaissance du devoir de sollicitude et du devoir de bonne administration;

— le troisième, tiré d'une violation de la loi.

Sur le premier moyen

– Arguments des parties

58 Le requérant soutient au point 28 de sa requête, que la Commission n'a jamais fourni la moindre motivation sur le fait qu'il n'a pas reçu les sommes qui lui reviendraient au titre du remboursement au taux normal des frais médicaux. La décision de rejet de la réclamation n'aurait apporté aucune

explication à cet égard. Les décisions implicites de rejet de la demande du 25 décembre 2008 seraient donc entachées d'un défaut absolu de motivation, y compris en raison d'un défaut absolu d'instruction de la demande.

59 La Commission affirme que, dans la note du 3 mars 2009, elle aurait clairement statué sur les demandes de remboursement des 25 et 27 décembre 2008.

– Appréciation du Tribunal

60 En premier lieu, il ne ressort d'aucune pièce versée au dossier que la Commission ait explicitement statué sur les demandes du 25 décembre 2008 par lesquelles le requérant sollicitait le remboursement au taux normal de certains frais médicaux.

61 En effet, d'une part, dans la note du 3 mars 2009, la Commission n'a pris explicitement position que sur la demande du 27 décembre 2008, tendant au remboursement à 100 % des frais médicaux au titre de la maladie professionnelle et des maladies graves dont le requérant prétend être atteint.

62 D'autre part, ni dans la décision de rejet de la réclamation ni dans le mémoire en défense, la Commission ne fait référence à une quelconque décision du bureau liquidateur du RCAM relative au remboursement au taux normal des frais visés dans les demandes du 25 décembre 2008 (voir, a contrario, les affaires F-73/08 et F-11/09, mentionnées respectivement aux points 17 et 19 du présent arrêt).

63 En second lieu et en tout état de cause, la Commission n'a donné aucune information à ce sujet jusqu'à l'audience, lors de laquelle elle a produit deux décomptes de remboursement du 27 janvier 2009 (voir point 38 du présent arrêt).

64 Dès lors, le requérant est fondé à soutenir qu'il n'a reçu avant l'introduction de son recours et, à tout le moins, jusqu'à l'audience, aucune explication du refus de remboursement au taux normal des frais médicaux mentionnés dans ses demandes de remboursement du 25 décembre 2008.

65 Les décisions implicites de rejet des demandes de remboursement du 25 décembre 2008 étaient donc, au moins jusqu'à l'audience devant le Tribunal, entachées d'une absence totale de motivation. Or, c'est seulement lorsque la décision contestée comporte au moins un début de motivation avant l'introduction du recours que l'administration est en droit de fournir des informations complémentaires en cours d'instance et de s'acquitter de son obligation de motivation (voir, en ce sens, arrêt du Tribunal de première instance du 20 septembre 1990, Hanning/Parlement, T-37/89, Rec. p. II-463, points 41 et 44).

66 En conséquence, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens de la requête, les décisions implicites de rejet des demandes de remboursement du 25 décembre 2008 doivent être annulées.

Sur les autres conclusions

67 En premier lieu, le requérant demande au Tribunal de condamner la Commission à lui verser la somme de 2 519,08 euros, au titre du remboursement à 100 % des frais visés dans ses demandes des 25 et 27 décembre 2008, majorée d'intérêts.

68 Ces conclusions étant directement liées aux conclusions tendant à l'annulation de la note du 3 mars 2009, elles doivent être rejetées par voie de conséquence du rejet comme irrecevables de ces dernières conclusions.

69 En second lieu, le requérant demande au Tribunal de condamner la Commission à lui verser la différence entre les sommes qu'il a engagées pour ses frais médicaux supportés entre le 1er décembre 2000 et le 30 novembre 2008 et les sommes qui lui ont été versées «jusqu'à ce jour» par le RCAM.

70 Par de telles conclusions, le requérant demande à bénéficier d'une prise en charge à 100 % des frais médicaux susmentionnés. Or, ces conclusions sont, comme celles énoncées au point 68, directement liées aux conclusions tendant à l'annulation de la note du 3 mars 2009. Elles doivent donc également être rejetées par voie de conséquence du rejet comme irrecevables de ces dernières conclusions.

71 Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que le recours ne peut être accueilli que partiellement, en tant qu'il est dirigé contre les décisions implicites de rejet des demandes du 25 décembre 2008 tendant au remboursement au taux normal de certains frais médicaux exposés par le requérant, et qu'il doit être rejeté comme irrecevable pour le surplus.

Sur les dépens

72 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. En outre, selon l'article 89, paragraphe 2, du règlement de procédure, le Tribunal peut répartir les dépens ou décider que chaque partie supporte ses propres dépens si les parties succombent respectivement sur un ou plusieurs chefs.

73 Il résulte des motifs ci-dessus énoncés que la Commission succombe partiellement, en ce qui concerne les conclusions dirigées contre le rejet implicite des demandes du 25 décembre 2008. En outre, le requérant a, dans ses conclusions, expressément conclu à ce qu'elle soit condamnée aux dépens.

74 Toutefois, le requérant a pour sa part saisi le Tribunal de conclusions clairement irrecevables, tendant notamment à l'annulation d'un acte de la Commission qui ne lui faisait pas grief, alors même que la Commission lui avait indiqué, avant l'introduction du recours, qu'elle allait examiner favorablement une partie de ses demandes de remboursement. Dans ces conditions, il sera fait une juste appréciation des circonstances de l'espèce en condamnant chaque partie à supporter ses propres dépens.

Par ces motifs,

LE TRIBUNAL DE LA FONCTION PUBLIQUE (juge unique)

déclare et arrête:

1) Les décisions implicites par lesquelles la Commission européenne a rejeté les demandes du 25 décembre 2008 de M. Marcuccio tendant au remboursement au taux normal de certains frais médicaux sont annulées.

2) Le surplus des conclusions du recours est rejeté.

3) Chaque partie supporte ses propres dépens.

Ainsi prononcé en audience publique à Luxembourg, le 14 décembre 2010.

Le greffier W. Hakenberg

Le juge S. Gervasoni